

*Александр Борисович Зудин*

**Основы реформирования  
здравоохранения в России**

Москва  
«Шико»  
2017

УДК 614.2  
ББК 51.1  
349

Рецензенты: *Хабриев Рамил Усманович* — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор;  
*Щепин Владимир Олегович* — член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор.

**Зудин А. Б.**  
349 Основы реформирования здравоохранения в России.— М.: «Шико», 2017.— 280 с.  
ISBN 978-5-900758-88-6

Монография посвящена вопросам реформирования здравоохранения в России. Подробным образом изучены современное состояние и объективные причины реформирования здравоохранения Российской Федерации. Рассматриваются основные этапы реформ здравоохранения в стране. Проводятся международные сопоставления по становлению и развитию национальных систем здравоохранения. Приведена типологизация национальных систем здравоохранения. Выявлены ключевые направления проведения реформ в российском здравоохранении. Представлены результаты широкомасштабных социологических исследований мнения населения о качестве оказываемой медицинской помощи и отношении к реформам, проводимых на территории страны с 2008 по 2015 г. Доказана важность совершенствования правового обеспечения процессов реформирования здравоохранения. Подготовлены системные меры по развитию системы стратегического планирования и прогнозирования как основе проведения реформ в здравоохранении России.

**ББК 51.1**  
УДК 614.2

ISBN 978-5-900758-88-6

© Зудин А. Б., 2017

*Все права автора защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.*



## ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Введение . . . . .	5
Глава 1. <b>Современное состояние и объективные причины реформирования здравоохранения Российской Федерации</b> . . . . .	13
1.1. Анализ российских и зарубежных моделей организации здравоохранения и их поэтапного реформирования . . . . .	13
1.2. Изучение современного состояния и объективных причин реформирования здравоохранения Российской Федерации . . . . .	19
1.3. Динамика изменений количественных и качественных показателей процессов реформирования здравоохранения, оказывающих влияние на качество жизни населения . . . . .	34
Глава 2. <b>План и программа исследования, методика сбора и обработки материала</b> . . . . .	68
Глава 3. <b>Социологическая оценка эффективности функционирования отечественной системы здравоохранения</b> . . . . .	73
3.1. Оценка удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи . . . . .	74
3.2. Отношение населения к процессам реформирования системы здравоохранения . . . . .	87
Глава 4. <b>Современные подходы к организации процесса реформирования системы здравоохранения</b> . . . . .	99
4.1. Типологизация национальных систем здравоохранения . . . . .	99
4.2. Ключевые направления проведения реформ в российском здравоохранении (на примере системы здравоохранения города Москвы) . . . . .	116
4.3. Показатели, характеризующие реформирование системы здравоохранения . . . . .	136
4.4. Качество ресурсного обеспечения учреждений системы здравоохранения . . . . .	147
4.5. Кадровое обеспечение процессов реформирования системы здравоохранения . . . . .	155
4.6. Институциональные изменения системы здравоохранения . . . . .	159

Глава 5. <b>Правовое обеспечение процессов реформирования системы здравоохранения</b> . . . . .	168
5.1. Документы национального уровня, определяющие развитие здравоохранения . . . . .	168
5.2. Нормативно-правовое регулирование реформы в системе здравоохранения России . . . . .	177
5.3. Юридические «пустоты», влияющие на процессы реформирования системы здравоохранения России . . . . .	189
Глава 6. <b>Формирование системы стратегического планирования и прогнозирования как основы проведения реформ здравоохранения</b> . . . . .	197
6.1. Национальная лаборатория здоровья и ее роль в повышении качества процессов реформирования здравоохранения . . . . .	197
6.2. Научно-технологическое прогнозирование для определения приоритетов развития здравоохранения . . . . .	204
6.3. Внедрение научно обоснованного подхода в реформировании здравоохранения . . . . .	217
6.4. Методология оценки эффективности реформирования системы здравоохранения . . . . .	227
6.5. Методология расчета эффективности системы здравоохранения . . . . .	236
6.6. Показатели эффективности реформирования системы здравоохранения . . . . .	243
Заключение . . . . .	256
Список литературы . . . . .	260

## ВВЕДЕНИЕ

---

Реформирование системы здравоохранения в России продолжается многие годы. Системные изменения в отечественном здравоохранении были предприняты в 90-е годы, сразу после распада СССР. На тот момент система советского здравоохранения не могла эффективно реагировать на веяния времени, адекватно применять рыночные механизмы [Щепин О. П., 1991; Стародубов В. И., 2013; Линденбрaten А. Л., 2011]. Начался процесс децентрализации управления здравоохранением и поиск новых механизмов финансирования. Состояние здоровья граждан и демографическая ситуация в стране ухудшались, медицинская помощь была все менее доступной для населения. Новацией того времени стало внедрение системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Базовой задачей реформы здравоохранения 90-х годов XX века была реорганизация всей системы, обеспечение безболезненного перехода к эффективному функционированию в рыночной экономике [Хальфин Р. А., 2013]. На тот момент важно было создать условия для конкуренции между лечебными учреждениями. Начиная с 1994 года Россия инициировала поэтапный переход на систему одноканального финансирования. Предпринятые попытки Министерства здравоохранения Российской Федерации отхода от модели Семашко, эффективной на этапе лечения спектра болезней индустриального и постиндустриального общества, к рыночной модели не дали видимого результата [Найговзина Н. Б., 1999; Расторгуева Т. И., 2012; Проклова Т. Н., 2012; Щепин В. О., 2013; Миргородская О. В., 2013; Линденбрaten А. Л., 2014]. Россия унаследовала от социализма предельно широкие обязательства государства по бесплатному медицинскому обслуживанию населения. При этом система здравоохранения, созданная в советское время, была ориентирована на массовое применение относительно простых и недорогих медицинских технологий. Отличительной чертой советского здравоохранения всегда была низкая оплата труда медицинских работников, диспансерный метод обслуживания населения, всеобщая бесплатная медицинская помощь [Кучеренко В. З., 2008; Зимина Э. В., 2012]. Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширило возможности диагностики и лечения многих заболеваний и

обусловило рост потребностей населения в получении медицинских услуг более широкого спектра и высокого качества, как следствие, более дорогих. Но удовлетворить эти потребности путем бесплатного предоставления всем гражданам медицинской помощи государству уже не в состоянии. Законодательной инициативой 90-х годов стало принятие Федерального закона «О медицинском страховании». В нем впервые были разделены покупатели и поставщики медицинских услуг. Основная цель реализации такого закона заключалась в поиске новых источников внебюджетного финансирования с тем, чтобы дополнить выделяемые бюджетные средства, создать механизм объединения финансовых средств в едином аналитическом учете, сохранение общедоступного и всестороннего медицинского обслуживания, а также дать пациентам право выбора медицинского учреждения и СМО. Достижению поставленных целей должны были служить следующие меры: внедрение усовершенствованных механизмов управления системой здравоохранения и стимулов, напрямую определяемых конкуренцией, как среди страховщиков, так и среди медицинских учреждений. В 1996 году была принята программа Правительства Российской Федерации о структурной перестройке и достижении экономического роста в 1997—2000 годах. Она предполагала улучшение качества медицинской помощи населению на основе проведения реформ на различных уровнях системы и создания условий финансовой устойчивости и дальнейшего развития медицинского страхования, возможности выбора гражданами медицинского учреждения и лечащего врача. Уже в 1997 году разработана Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, в которой стратегической целью заявлено сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения, а основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи являются развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный. На рубеже 2000-х годов Правительство Российской Федерации впервые принимает программу государственных гарантий в системе здравоохранения, в которой определены виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно, а финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. Указанные процессы здравоохранения совпали с общей сменой идеологии государства и перехода к централизации власти и системе государственного планирования. В 2000-е годы в системе российского здравоохранения происходили значительные изменения: стремительная децен-

трализация власти; введение различных типов медицинской помощи (специализированной, высокотехнологичной) и ее оказание в специализированных клиниках по государственному заданию; организация лекарственного обеспечения через федеральную программу дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения. Впервые на системной основе стал использоваться программно-целевой подход [Стародубов В. И., Галанова Г. И., 2011; Зарайкин С. В., 2011; Кривенко Н. В., 2015]. Все задачи реформы здравоохранения были зафиксированы в отдельных федеральных целевых программах, а затем в государственных программах. Изменения затронули те сектора системы здравоохранения (повышение качества при оказании первичной медико-санитарной помощи — ПМСП — и в области профилактики заболеваний; улучшение доступа к услугам третичной помощи и совершенствование предоставляемых медицинских услуг в области охраны здоровья матери и ребенка), в которых наблюдались значительные проблемы. В 2006 году начал реализовываться Приоритетный национальный проект «Здоровье», в рамках которого были определены наиболее значимые для развития здравоохранения проблемы и разработаны пути их разрешения. В период 2000—2010 годов была предпринята попытка перейти от модели управления по поручениям к модели управления результатами (проектное управление) [Скворцова В. И., 2010; Клименко А. В., 2010; Хабриев Р. У., 2013; Овчинникова М. А., 2014]. После 2010-х годов на всех уровнях управления здравоохранением была сформирована система среднесрочного планирования и достижения целевых показателей по изменению ситуации в медицине.

В настоящее время ключевым инструментом реализации долгосрочной политики России стал Федеральный закон от 28 июня 2014 года № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации». В этом законе определены принципы планирования, задачи, участники процесса государственного планирования. Получил развитие проектно-целевой подход, и большинство федеральных целевых программ легли в основу государственной программы развития здравоохранения. В 2016 году Министерством здравоохранения Российской Федерации инициированы проекты по стратегическому развитию здравоохранения в субъектах страны. Принцип их формирования заключается в определении направлений стратегического развития Российской Федерации по здравоохранению, фиксации существующих проблем и подготовки предложений по минимизации рисков от нерешения таких проблем.

Однако вся деятельность по планированию развития системы российского здравоохранения строится на основе проблемного подхода, т. е. во всех стратегических документах

фиксируется негативная динамика развития того или иного процесса и разрабатываются локальные механизмы к устранению проблемы. До сих пор на государственном уровне не проводится работа по прогнозированию развития системы здравоохранения с учетом мировых трендов, геополитических конфликтов, условий социально-экономического развития страны и, особенно, возможностей самой системы здравоохранения в действующей ее модели. Тем самым российская система здравоохранения вынуждена реагировать на сиюминутные вызовы, а не формировать стратегию долгосрочного развития, как это заявляется во всех значимых документах отрасли (Федеральный закон № 15-ФЗ от 23 февраля 2013 года «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»; Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 года № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации») и реагировать на системной основе на глобальные вызовы для развития национальных социальных систем.

В настоящее время и в России, и в зарубежных странах проводятся исследования, направленные на изучение механизмов, обеспечивающих эффективность национальных систем здравоохранения и поиск путей их развития. В связи с этим тема монографии представляется актуальной.

Российскими и зарубежными специалистами (Вернадский В. И., Абалкин Л. И., Бургонов О. В., Аганбегян А. Г., Комаров Ю. М., Бабич А. М., Бояринцев Б. И., Галкин Р. Ф., Гневко В. А., Голубецкая Н. П., Асаул А. Н., Добрынин А. И., Колтынюк Б. А., Корчагин В. П., Дятлов С. А., Критский М. М., Кучеренко В. З., Лисицын Ю. П., Ивлева Е. С., Щепин В. О., Маркс К., Кейнс Дж.М., Хайек Ф., Маршал А., Туроу Л., Шульц Т., Лернер А., Эрроу К. и др.) рассматриваются вопросы идеологии функционирования национальных систем здравоохранения, отдельных ее элементов, проблемы обеспечения общественного здоровья как системного национального блага, правовые аспекты доступности медицинского обслуживания, экономики сферы здравоохранения и пр.

Среди российских ученых, развивающих в своих работах идеи эффективного функционирования национальной системы здравоохранения, следует назвать Войцехович Б. А., Ковалевского М. А., Григорьеву Н. С., Вялкова А. И., Каменева А. В., Бирюкову Н. Б., Кучеренко В. З., Лисицына Ю. П., Канаеву О. А., Шишкина С. В., Попова Г. А., Скляр Т. М., Найговзину Н. Б., Стародубова В. И., Тишука Е. А., Щепина О. П., Тогунова И. А., Шейман И. М., Нечаев В. С., Овчирова В. К., Преображенскую И. М., Расторгуеву Т. И., Черкасова С. Н., Чичерина Л. П. и др.).

Развитию национальных систем здравоохранения, их преобразованиям и модернизации посвящены работы и зарубежных ученых: Anderson E., Anderson G., Arrow K., Beveridge W., Bohr V., Brenner J., Dixon I., Garrett L., Grand I., Groenewold J., Hamilton K., Krugman P., Lessof F., Linking R., Marmot M., Porter E., Porter M., Shaffer E., Smith P., Tragakes E., Winslow K., Yau J., Zweifel P. и др.

Исследованиям в области глобализации сферы здравоохранения и медицинского обслуживания посвящены работы отечественных специалистов (Чугров С. В., Делягин М., Зуев А. Г., Мясникова Л. А., Сон И. М., Подберезский И. В., Иноземцев В. Л., Удовик С. Л., Михайлова Ю. В., Загладин Н. В., Зимина Э. В., Эльянов А. Я. и др.) и зарубежных авторов (Bauman Z., Bhagwati Jagdish, Drucker P., Beck, U., Falk R., Fischer S., Anderson V., Friedman T., Clark L., Dreher' A., Dunning J., Gaston N., Gildens E., Harvey D., Frankel J., Jones B., Perraton J., Sklair L., Radice H., Martens P., Robertson R., Ross R., Scherer J., Rugman A., Stiglitz J., Trachte K., Wallerstein I., Waters M. и пр.).

Большой вклад в решение проблем институциональных преобразований, происходящих в современном здравоохранении России, затрагивающих различные аспекты теории и методологии формирования и развития российского здравоохранения, внесли такие ученые, как Адамов Н. А., Григорьев Ю. И., Грищенко Н. Б., Зелькович Р. М., Леонов С. А., Алексеева В. М., Калинская А. А., Линденбратен А. Л., Семенов Н. Н., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Хальфин Р. А. и др.

В то же время в научной литературе отмечается недостаток исследований, посвященных использованию современных, инновационных технологий реформирования систем здравоохранения, повышению эффективности и снижению затрат на проводимые реформы, а также недостаточно проработаны вопросы стратегического планирования и научно-технологического прогнозирования развития отечественного здравоохранения, что требует развития научных исследований в указанном направлении.

На основе проведения углубленного анализа процессов реформирования здравоохранения выявлены особенности раз-

личных этапов изменения здравоохранения, охарактеризована институциональная структура отрасли; определена динамика их развития и выявлены системные недостатки реформ. В частности, определено, что человеческий фактор оказывает принципиальное влияние на эффективность реформы здравоохранения, а проблемы кадрового обеспечения здравоохранения в период реформирования системы здравоохранения связаны не столько с дефицитом врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием по ряду специальностей, сколько со сформировавшимися диспропорциями в отрасли.

Применительно к системе здравоохранения использовано понятие «управления по результатам» на основе принципов долгосрочного прогнозирования и стратегического планирования во взаимосвязи с социально-экономическим развитием страны. Доказано, что при реформировании системы здравоохранения Российской Федерации отсутствует системный подход к оценке эффективности здравоохранения, а следовательно, далеко не все начатые проекты реализуются в проектируемых условиях и завершаются. В результате проблемного анализа документов, регламентирующих деятельность медицинских организаций, выявлено, что отсутствуют показатели, характеризующие медицинскую результативность, экономическую эффективность и эффективность использования ресурсов. Отсутствуют также показатели, характеризующие эффективность работы специализированных служб регионов, составленные на основе порядков оказания медицинской помощи, и показатели оценки эффективности немедицинского персонала.

Определен круг актуальных вопросов нормативно-правового регулирования реформирования системы здравоохранения, стоящих в свете проводимых реформ. Построена уровневая модель законодательных и нормативно-правовых актов реформирования системы здравоохранения с учетом социально-экономических, стратегических, научно-технологических приоритетов развития страны, появления «больших вызовов» для России в мировом пространстве. Доказано, что юридическое обеспечение программы модернизации здравоохранения в том виде, как оно представлено сейчас, не является действенным. В целях улучшения ситуации следует заложить основы для социальной адаптивности будущих программ развития здравоохранения, основываясь на принципах долгосрочного прогнозирования и стратегического планирования развития России в целом и отдельных институциональных единиц национальной экономической системы.

Предложена и обоснована необходимость изменения организационной модели планирования процессов развития здравоохранения и подготовки стратегических документов. Долж-



на быть построена система прогнозирования развития здравоохранения в условиях определенных социально-экономических и научно-технологических параметров развития страны и условий глобализации мировой экономики. Базовой институциональной единицей для этого может стать создание Национальной лаборатории общественного здоровья, задачами которой являются: измерение показателей здоровья населения; изучение экономики здорового поведения, реформ и политики; исследование хронических заболеваний в России; изучение экономики старения организма. На основе полученных данных и формируемых систем «big data», с учетом «больших вызовов» для России строится прогноз развития здравоохранения, и уже затем определяется модель оказания медицинской помощи населению, проводится отраслевое стратегическое планирование среднесрочного и долгосрочного развития здравоохранения. Формируются государственные программы развития здравоохранения и определяются стратегические проекты здравоохранения.

Разработана методология оценки эффективности реформирования системы здравоохранения. Оценка эффективности заключается в улучшении качества решений, принимаемых всеми участниками системы здравоохранения: пациентами, врачами, организаторами системы здравоохранения, правительствами на всех уровнях, страховщиками, политиками и населением в качестве источников финансирования.

Определены показатели эффективности реформирования системы здравоохранения, которые включают в себя: приведение системы отчетных форм в соответствие с приоритетами социально-экономического и научно-технологического развития страны; задачами государственной политики в сфере здравоохранения, практикой деятельности учреждений здравоохранения, международными стандартами статистической отчетности; разработку описаний используемых показателей с учетом практики сбора данных и наиболее частых ошибок при сдаче отчетности; повышение квалификации персонала, работающего в системе медицинской статистики, передача функций по заполнению отчетности статистическим кабинетам и медицинским информационно-аналитическим центрам; совершенствование информационных систем в здравоохранении (создание систем автоматического контроля и предупреждения ошибок, переход к единой базе данных медицинской статистики, доступной для всех основных организаторов здравоохранения, ориентация информационных систем на реальный уровень подготовки пользователей); усиление контроля за рисками целенаправленного искажения статистических данных (сопоставление данных, представленных схожими организациями/территориями, проведение выборочных экспертных проверок).

Научно-практическая значимость исследования состоит в разработке предложений и рекомендаций, которые могут быть использованы органами управления сферой здравоохранения на федеральном и региональном уровнях в процессе принятия решений по реформированию и модернизации здравоохранения и медицинского обслуживания населения.

На основе результатов социологических исследований разработаны рекомендации для органов управления здравоохранением Москвы по повышению удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Разработана программа профилактики неинфекционных заболеваний в Москве, которая в 2016 году успешно прошла общественно-профессиональное обсуждение и была рекомендована к внедрению в систему столичного здравоохранения.

Разработанная методология оценки эффективности процессов реформирования здравоохранения и система показателей эффективности реформирования системы здравоохранения легли в основу рекомендаций столичным властям по повышению качества оказания медицинской помощи и формированию системы мониторинга эффективности преобразований.

Организационная модель планирования развития здравоохранения и подготовки стратегических документов была применена в 2015—2016 годах в деятельности департамента здравоохранения города Москвы. На основе такой модели разработана дорожная карта по комплексному мониторингу реформирования здравоохранения и подготовлены проекты стратегических документов по научно-технологическому прогнозированию и планированию развития столичного здравоохранения в части профилактической деятельности до 2020 года.

### **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

#### **1.1. Анализ российских и зарубежных моделей организации здравоохранения и их поэтапного реформирования**

Глобальные тренды реформирования здравоохранения связаны, в первую очередь, с изменением модели оказания медицинской помощи различным группам населения. В большинстве стран мира стационарное лечение является наиболее распространенной формой лечения пациентов. Даже в развитых странах наблюдается рост численности врачей на 35% за счет роста числа специалистов в период с 1990 по 2005 год примерно на 50%, тогда как численность врачей общего профиля увеличилась лишь на 20%.

Движущими силами роста являются ярко выраженная семейственность и профессиональные традиции медицинских работников, а также престижность профессии врача во многих странах мира. Однако наблюдения за развитием систем здравоохранения развитых стран позволяют сделать вывод, что ориентация на стационарное лечение приводит к значительным расходам в связи с прописыванием ненужных лекарств и обследований, содержанием больных в стационаре. Например, в России отделение кардиохирургии в расчете на одного жителя больше, чем в Германии, однако программ, направленных на сокращение рисков сердечно-сосудистых заболеваний и первичной диагностики этих заболеваний, явно недостаточно.

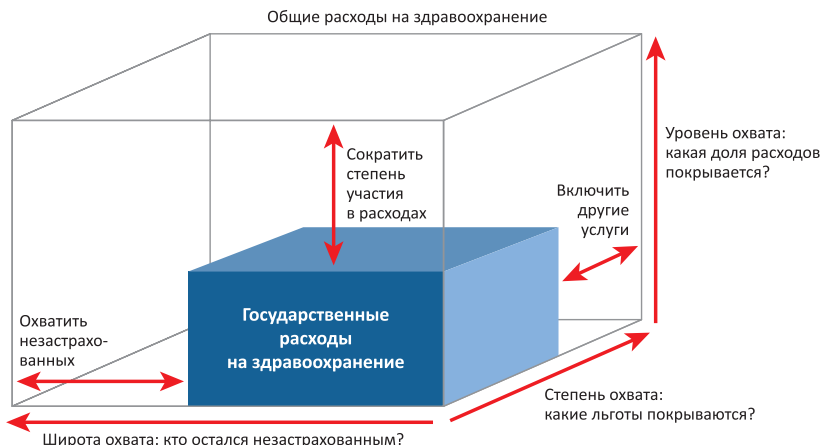
Таким образом, неэффективные решения проблем в области здравоохранения, основанные лишь на историческом осознании правильности выбранного пути, вытесняют более результативные и рациональные методы организации медицинской помощи и повышения уровня здоровья населения. В ряде западных стран еще в 1980—1990-х годах осуществлены программы балансировки специализированной медицинской помощи — первичной медицинской помощи и пропаганды здорового образа жизни, в частности целенаправленное со-

крашение больничных коек, замена госпитализации уходом на дому, нормирование медицинского оборудования и многочисленные финансовые стимулы и ограничения, призванные повысить результативность на микроуровне.

В течение последних 30 лет это способствовало значительному улучшению результатов мероприятий по охране здоровья. В последние годы страны со средним уровнем доходов, такие как Бразилия, Таиланд, Чили, внедрили аналогичные программы в здравоохранении. На их фоне Россия продолжает наращивать количество стационаров, открывая все новые высокотехнологичные центры, новые корпуса существующих федеральных и региональных больниц.

Первым шагом в развитии амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, основанной на индивидуальном подходе к пациенту, является создание максимального удобства в доступе к медицинским услугам. Для этого в рамках программ реформ здравоохранения в развитых странах предприняты шаги по созданию сети амбулаторных учреждений общего профиля. Сравнение данных по странам с высоким уровнем доходов показал, что увеличение числа врачей общего профиля в амбулаторных учреждениях сопровождается снижением общих затрат и повышением качества медицинских услуг. В рамках такого подхода устанавливается четкая ответственность команды врачей общего профиля за определенную группу населения, тем самым вырабатывая конкретные механизмы финансирования и административной отчетности. Это вынуждает врачей общего профиля расширить спектр оказываемых ранее медицинских услуг, включив различные социальные и медицинские программы, ориентированные на раннюю диагностику и профилактику заболеваний. Таким образом формируется сеть медицинских работников, где «узлы» этой сети выполняют координирующую функцию по отношению к конкретной группе людей, а «связи» между этими «узлами» оперативно изменяются под воздействием ожиданий и запросов внешней среды, оставаясь при этом прочными за счет наличия определенных правил формирования медицинского профессионального сообщества, ответственности перед государством за реализацию социальных программ, отчетности за государственное финансирование.

Ключевым вызовом глобального здравоохранения является обеспечение равенства в оказании медицинской помощи. Основным механизмом достижения равенства в развитых странах является принятие комплекса мер по всеобщему охвату населения медицинской помощью и обеспечение всеобщего доступа к полному спектру медицинских услуг, в которых нуждаются люди. Такие меры могут быть основаны на налогообложении или системе социального медицинского страхования. Но используемые при этом принципы универсальны для всех



*Рис. 1.* Три способа достижения всеобщего охвата населения медицинской помощью.

стран: создание общего фонда предварительно оплаченных взносов, собираемых на основе принципа платежеспособности; использование этих средств для обеспечения доступной и качественной помощи для всех, кто нуждается в ней, не подвергая их риску разорительных расходов (рис. 1—3).

Достижение всеобщего охвата возможно тремя различными способами: 1) создание системы социальной поддержки для беднейших и уязвимых групп населения до тех пор, пока они не будут полностью охвачены медицинской помощью; 2) увеличение степени охвата путем расширения спектра основных услуг, необходимых для удовлетворения потребностей людей в медицинской помощи, с учетом имеющегося спроса и ожиданий, объемов ресурсов, которые общество готово выделить на здравоохранение; 3) повышение уровня охвата посредством увеличения финансирования здравоохранения с помощью объединения средств в общий фонд и предварительной оплаты услуг. Применение третьего способа позволяет значительно снизить расходы населения, связанные с наличной системой оплаты медицинских услуг.

Если в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) реализуется ряд социальных программ, обеспечивающих всеобщий охват населения медицинской помощью и увеличение ее доступности, то в России наблюдается иная ситуация. За период 2000—2012 годов в России сократилось число амбулаторно-поликлинического звена в расчете на 10 тыс. населения с 21,3 тыс. до 16,5 тыс., что указывает на снижение всеобщего охвата населения медицинской помощью.

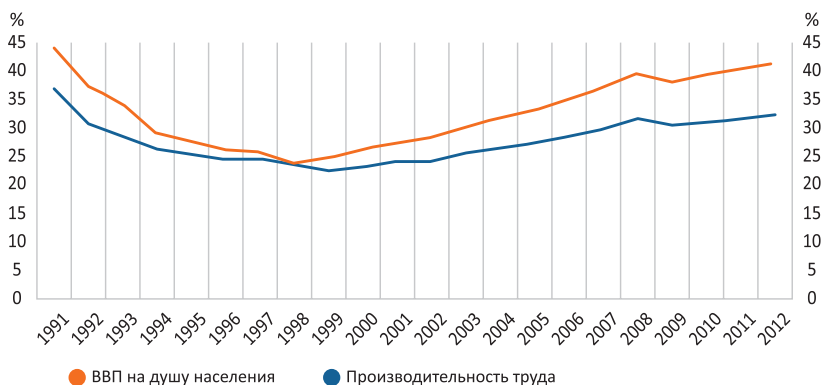


Рис. 2. Размер расходов, связанных с наличной оплатой медицинских услуг в месте их предоставления.

В странах ОЭСР введение в различные годы государственных программ всеобщего охвата населения медицинской помощью привело к снижению расходов, связанных с оплатой медицинских услуг в месте их предоставления, что положительно сказалось на снижении уровня коррупции системы здравоохранения, увеличению финансирования и развитием безналичных расходов. Существующая статистика представлена для стран ОЭСР. Россия при этом относится к странам, где уровень расходов, связанных с наличной оплатой медицинских услуг в местах их предоставления, очень высок.

В целях успешного проведения реформ в здравоохранении страны ОЭСР разработали кадровые программы, позволяющие отслеживать в режиме реального времени формируемые навыки и квалификации медицинского персонала. Ключевые изменения коснулись структуры подготовки медицинских работников. Еще на этапе раннего обучения в медицинских образовательных организациях (до момента начала работы в клиниках) в учебные курсы включены дисциплины по формированию навыков решения проблем в составе междисциплинарных групп, управлению ситуацией, формированию социальных установок, ориентированных на непрерывность наблюдения пациента и лечения человека, а не его болезни. В качестве форм обучения активно применяется обучение «на местах», без отрыва от медицинской деятельности; наставничество; инструктирование и непрерывное образование. Для

Доля в процентах от среднего показателя по наиболее развитым странам - членам ОЭСР<sup>1</sup>



*Примечание:* Производительность труда рассчитана как ВВП в расчете на час отработанного времени.  
1. Простое среднее по 17 странам-членам ОЭСР с наиболее высокими уровнями ВВП на душу населения и ВВП в расчете на час отработанного времени (в постоянных ценах 2005 г., по паритету покупательной способности).  
*Источник:* оценки ОЭСР.

Рис. 3. ВВП на душу населения и производительность труда.

разработки таких образовательных программ привлекаются все институциональные партнеры, причем активно используется опыт и зарубежных коллег.

Среди основных требований, которые сегодня население развитых стран предъявляет правительству при разработке и реализации реформ здравоохранения,— требование обеспечить надежную защиту от опасностей здоровья людей и равный доступ в случае необходимости к качественной медицинской помощи. Здравоохранение стало одним из ключевых критериев, по которому оценивают эффективность деятельности правительства. Поэтому развитые страны принимают комплексные меры по формированию общественного мнения о реформе здравоохранения, активному вовлечению в принятие решений граждан при определении наиболее эффективных путей развития здравоохранения в целом и отдельных его структурных элементов.

Вопросы повышения эффективности здравоохранения последние 20—30 лет активно изучаются странами ОЭСР. В странах используются различные методологии оценки и мониторинга. Например, во Франции система оценки качества медицинской деятельности включает 450 показателей, распределенных по 21 группе. Основная цель проведения оценки — это выявление нестабильных элементов, оказывающих негативное влияние на производительность труда медицинских работников.

По результатам международных исследований, производительность труда в России достаточно низкая и составляет менее 50% от среднего уровня стран ОЭСР. При этом Россия практически исчерпала возможности по привлечению дополнительных трудовых ресурсов, что подтверждается низким уровнем безработицы (7%) и большим количеством рабочих часов в году (около 2000). Среди выявленных причин, влияющих на производительность труда, можно выделить отсутствие убедительной базы доказательной медицины, свидетельств об итогах и рентабельности медицинских услуг. Отсутствие на государственном уровне таких факторов приводит к тому, что в отдельно взятых регионах и клиниках часть рабочего времени используется для выполнения расчетов и сбора информации для доказательной медицины, а зачастую совершаются пагубные ошибки, которых можно было бы избежать, используя открытый для профессионального сообщества ресурс. Поэтому многие развитые страны создают международные профессиональные клинические сети. Следующей задачей по повышению производительности медицинских работников является представление систематических обзоров достижений по областям знаний, экономическая оценка применения новых методов. Для этого используется механизм расширения круга обязанностей уже существующих организаций путем дополнения их направлений деятельности по обобщению, оценке и ведению баз данных и реестров новых технологий здравоохранения в открытом профессиональном сообществе. Такие организации становятся независимыми центрами технологической экспертизы в области здравоохранения, «центрами притяжения» новых технологий на национальном и международном уровне. На уровне клиник проводятся меры по ускорению документирования медицинской информации и оценке используемых подходов и методов лечения. Это позволяет накапливать фактические данные всеми заинтересованными представителями медицинского сообщества, организовывать содержательные межсекторальные дискуссии, которые в свою очередь позволяют повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Для повышения производительности труда медицинских работников изменяется и институциональный ландшафт системы. Все активнее применяются принципы создания структур мультицентричного институционального развития, в которых образование, получение первого опыта профессиональной деятельности, оказание медицинской помощи населению тесно взаимосвязаны.

Применение новых технологий и современного оборудования также позитивно сказывается на увеличении производительности труда врачей. Общемировые расходы на медицинское оборудование увеличиваются с каждым годом. За послед-



ние 10 лет расходы на приобретение оборудования и приборов выросло более чем на 80 млрд долл. США. Помимо значительного сокращения времени на проведение медицинских манипуляций на современном оборудовании, значительно повышается достоверность результатов, а также использование сложного оборудования вынуждает врачей к постоянному самосовершенствованию.

Согласно международным экспертным позициям и научно-технологическим прогнозам, перспективы развития в мире будут прямо зависеть от скорости появления новых технологий и продуктов, формирования новых отраслей и модернизации менее технологических сфер деятельности человека. При этом на фоне оптимизации национальных научно-технических политик развитых стран увеличится роль транснациональных корпораций. Они сосредоточатся на более экономически выгодных рынках и стадиях инновационного процесса, усиливая защиту интеллектуальной собственности. А развивающиеся страны начнут двигаться от копирования зарубежных технологий к созданию собственных инновационных решений. Эти процессы будут сопровождать интернационализацию научно-исследовательских и опытно-конструкторских разработок (НИОКР) и развитие аутсорсинга в науке. Усилится рост мобильности научных работников, будет осуществляться постоянная трансформация организационных процессов корпоративных исследовательских программ. Таким образом, ожидается, что мобильность квалифицированных специалистов будет представлять «утечку мозгов» из стран, институционально не обеспечивающих для представителей среднего класса комфортные условия занятости и проживания.

В рамках ряда исследований Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ОЭСР доказано, что наиболее результативна та система здравоохранения, в которой в большей степени учитываются интересы людей. В современной модели здравоохранения, ориентированной на человека, предусматривается не только сокращение очередей, изменение графика работы учреждений, адекватное и уважительное персонала к пациентам, но и непрерывность медицинского наблюдения пациента и членов его семьи.

## **1.2. Изучение современного состояния и объективных причин реформирования здравоохранения Российской Федерации**

Предпринимаемые меры реформирования национальных систем здравоохранения оказывают непосредственное влияние на качество оказываемой медицинской помощи населению страны. ОЭСР и ВОЗ выявлены и структурированы клю-

чевые воздействия, которые оказывают значительное влияние на состояние здоровья населения.

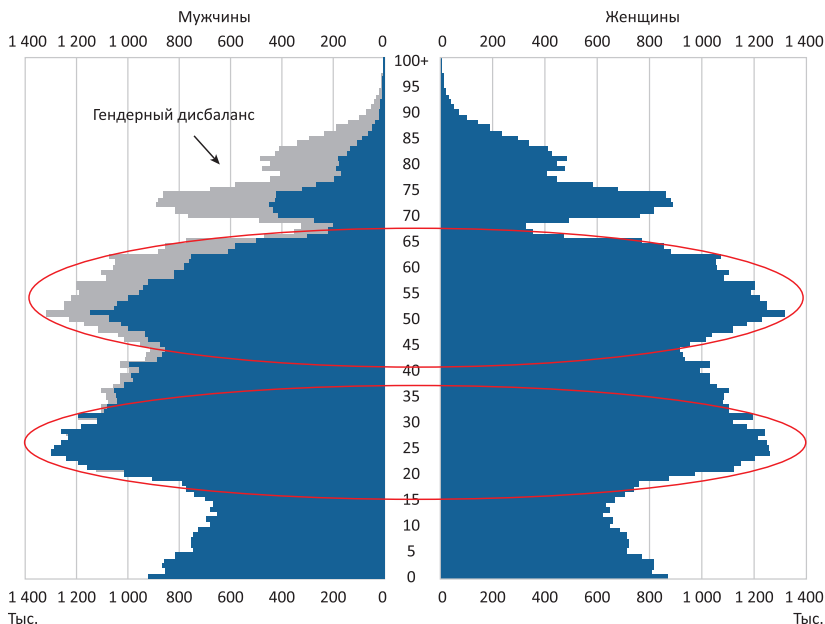
Средняя продолжительность жизни в развитых странах уже в 2010 году превысила 80 лет, что представляет собой увеличение продолжительности жизни на 10 лет по сравнению с 1970 годом. Самая большая ожидаемая продолжительность жизни наблюдается в Швейцарии, Японии и Италии. В России продолжительность жизни составляла в среднем в 2013 году 70,2 года. Этот показатель с 1970 года изменился всего на 5 лет. По ожидаемой продолжительности жизни Россия занимает 136-е место в мире.

Продолжительность жизни женщин и мужчин неоднородна. В развитых странах продолжительность жизни женщин на 5,5 года больше, чем мужчин. В России этот разрыв составляет уже 11,3 года. Дополнительно негативные изменения в демографической ситуации в России вносит дисбаланс между численностью мужчин и женщин. В возрастной группе от 35 до 60 лет недостаток мужчин составляет в среднем 500 тыс. человек. При этом именно эта группа населения России характеризуется наиболее высоким уровнем образования. А согласно международным исследованиям человек с высшим образованием живет в среднем на 6 лет дольше человека с низким уровнем образования. В России это значение ниже, чем в развитых странах, но все же положительная динамика сохраняется. Этот факт позволяет сделать вывод, что через 10—15 лет продолжительность жизни в России должна увеличиться.

На фоне все увеличивающейся продолжительности жизни наблюдается и рост хронических заболеваний. Так, в 2012 году более 7% (более 85 млн. человек) населения развитых стран болели диабетом. В России этот показатель составляет 1519 тыс. человек. С каждым годом происходит увеличение численности заболевших на 12%.

Согласно последним исследованиям Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) население России оценивает качество оказываемой медицинской помощи как удовлетворительное (не более 30% населения удовлетворены качеством полученных услуг). В развитых странах значение данного показателя значительно выше и составляет в среднем по странам ОЭСР 85%. Большинство участников социологического исследования не доверяют врачам и уровню их образования (более 60%), не получают ожидаемого лечения (43%).

Внедрение в мире социальных программ по увеличению охвата медицинской помощью различных слоев населения показывает положительные результаты. В каждом случае увеличение охвата различными видами медицинской помощи населения сопровождалось расширением прав граждан на доступ к



Источник: Rosstat, The population of the Russian Federation, by sex and age.

Рис. 4. Динамика продолжительности жизни населения: мужчины и женщины.

медицинскому обслуживанию и социальной защите, что положительно оценивалось большинством. Так, в 2009 году в США началась реформа системы здравоохранения, позволяющая к 2020 году высвободить дополнительно более 250 млрд долл. для финансирования системы здравоохранения при увеличении охвата медицинской помощью населения более чем на 17%.

В развитых странах в условиях постоянного совершенствования системы здравоохранения наблюдается сокращение продолжительности пребывания в больнице. В странах ОЭСР за последние десять лет произошло сокращение пребывания в больнице на 1,2 дня, и этот показатель составил в 2012 году 8,0 дня. В России значение данного показателя на порядки выше и составляет в среднем 12 дней, но по отдельным группам заболеваний — около 21 дня. Это обусловлено применением устаревших медико-экономических стандартов и отсутствием целенаправленной политики Министерства здравоохранения РФ в сфере оптимизации работы клиник, создания благоприятных условий для повышения эффективности их работы.

В мире отмечается естественный рост доли рынка дженериков. Но в развитых странах этот показатель по-прежнему составляет не более 25% (Италия, Ирландия, Швейцария, Япония и Франция). В таких странах, как Германия и Великобритания, доля рынка дженериков составляет 75%. По мнению отдельных экспертов, в России наблюдается тотальная зависимость в сырье для производства собственных лекарственных средств в объеме не менее 90%. А большую долю рынка лекарственных средств России (порядка 80%) составляют дженерики.

Сокращение числа ненужных госпитализаций в случае хронических заболеваний снизилось в большинстве развитых стран. За последние 10 лет стали госпитализировать с такими хроническими заболеваниями, как астма, диабет, на 16% меньше. В России же в силу неразвитости системы первичной диагностики, отсутствия современного оснащения оборудованием первичного звена наблюдается постоянный рост числа госпитализаций. Официально зафиксированных в России случаев оказания помощи ненадлежащего качества почти 10%, 13% — госпитализация без медицинских показаний, 11% — диагноз был поставлен неправильно. По данным международных экспертов, как минимум треть диагнозов в России ставится неверно.

Одним из достижений отечественного здравоохранения была реализованная в 40-х годах XX века модель лечения пациента Семашко. Генеральная идея этой модели — централизованная государственная бесплатная медицина. Построенная на тот момент система первичной диагностики населения России позволила выявить на ранней стадии заболевания и предпринять системные шаги по их лечению. Пережитками модели Семашко стали «гонка» за необоснованным увеличением количества больничных коек, перевоспроизводство врачей. Зарплата врача и сегодня зависит не от результатов его деятельности, а от специализации, квалификации и ученой степени. Все это до сих пор приводит к нерациональному расходованию средств здравоохранения. На сегодня Россия занимает 130-е место в мире по уровню оказываемой медицинской помощи, а по общему уровню здоровья — 127-е место.

В Великобритании до сих пор сохранилась модель здравоохранения Бевереджа, смысл которой заключается в том, что оплата работы врачей зависит от количества зарегистрированных пациентов, которых он обслуживал (подушевая оплата). Со временем врачи стали объединяться в службы врачей общей практики и получать годовой государственный бюджет, включающий средства на лечение и профилактику заболеваний, требующих дорогостоящего стационарного лечения, и услуги узких специалистов. Такой принцип позволяет Англии расходовать в 1,5—2 раза меньше средств, чем другие разви-

тые страны, при сопоставимом качестве медицинского обслуживания. Великобритания занимает в мире 14-е место.

Анализ современного состояния здравоохранения России в совокупности изучения действующих национальных моделей в развитых странах мира позволяет выявить системные недостатки отечественного здравоохранения.

Медицинская помощь организована таким образом, что максимальными ресурсами пользуются люди, имеющие сравнительно высокие доходы. Но, согласно статистическим данным Министерства здравоохранения РФ и международных исследований ОЭСР, уровень здоровья людей находится в прямой зависимости от уровня их доходов. Поэтому их здоровье имеет удовлетворительный или хороший статус. При этом люди, располагающие скудными доходами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, не имеют доступа к медицинской помощи. Эта пропорция универсальна для всех стран — как с высокими, так и с низкими доходами: государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу более обеспеченным слоям населения, а не социально незащищенным или маргинальным, что приводит к росту эпидемий и повышению смертности населения.

На общем фоне бесплатности российской медицины международными экспертами отмечается высокий уровень платности медицинских услуг на месте оказания этой помощи. По данным некоторых исследований, в России оплата наличными в месте оказания медицинской помощи составляет не менее 1 млрд руб. в год. В тех случаях, когда люди не имеют социальной защиты и оплачивают медицинские услуги наличными в месте обслуживания, их расходы являются чрезвычайно высокими. Аналогичная статистика присутствует и в ряду других развивающихся стран и особенно стран третьего мира. По данным международных статистических исследований, ежегодно более 100 млн человек впадают в нищету из-за необходимости платить за медицинскую помощь.

Модель российского здравоохранения построена на основе распределенной узкоспециализированной медицинской помощи. Чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов и узкая направленность многих реализуемых государственных программ препятствуют внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных граждан, и не учитывают необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи. Поэтому при получении медицинской помощи зачастую многие процессы дублируются при проведении обследования пациента, а отсутствие единых информационных механизмов и регламентов взаимодействия между медицинскими учреждениями приводит к необоснованному росту расходов на здравоохранение в «линейной» медицине. Одновременно малоимущие слои населения практически не спо-

собны получить медицинскую помощь, так как она в высшей степени фрагментирована и в значительной степени не обеспечена ресурсами.

Большинство санитарно-эпидемиологических стандартов, медико-экономических стандартов российского здравоохранения были разработаны более 20 лет назад. Ситуация усугубляется плохо стандартизированной системой оказания медицинской помощи. Итогом становится неспособность системы обеспечить стандарты безопасности и гигиены, а значит и так высокие показатели случаев внутрибольничной инфекции, ошибки в приеме лекарств и другие предотвратимые негативные воздействия, которые являются недооцененной причиной смерти и ухудшения состояния здоровья с каждым годом увеличиваются. Но личная ответственность главных врачей и другого медперсонала в устранении этих негативных причин и отсутствие внешней системы контроля качества оказываемой медицинской помощи приводят к росту числа случаев сокрытия информации о небезопасности медицинской помощи.

Финансирование системы здравоохранения построено таким образом, что выделяемые ресурсы концентрируются во круг дорогостоящих медицинских услуг, и при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни, которые могут путем предупреждения почти на 70% сократить бремя болезни. В то же время отсутствие необходимой квалификации медицинского персонала и специальных знаний в системе здравоохранения приводит к тому, что отечественная медицина не может смягчить неблагоприятное воздействие на здоровье и наилучшим образом использовать возможности этих других секторов в целях укрепления и охраны здоровья.

В годы активного становления российской модели здравоохранения основной акцент был сделан на строительство больниц и увеличение количества стационарных коек. За последние 50—70 лет ситуация в системе здравоохранения изменилась, демографическая ситуация ухудшилась, а строительство больниц все еще остается в приоритете. Россия до сих пор является одним из лидеров по количеству больничных коек — на 10 тыс. населения приходится 929 коек. Для сведения: в Китае на 10 тыс. населения 275 коек, в США — 310 коек на 10 тыс. населения, в Великобритании — 292. А вклад в основной капитал, направленный на развитие здравоохранения увеличился с 2000 года на 221 267 млн руб. в фактически действующих ценах. При увеличении финансирования на уровне реализации государственных программ в России последние десять лет основные средства опять-таки вкладываются в развитие стационарной медицинской помощи. Так, ввод в действие мощностей стационаров в 2012 году составил 9523 коек, а мощностей амбулаторно-поликлинических организаций со-

кратился с 2000 года и составил в 2012 году мощности на 18 857 посещений в смену. На это есть ряд обоснованных причин: историческая модель ориентирована на стационарное лечение; коммерциализация медицинских услуг в большем объеме удобна в стационарах; фрагментированная медицинская помощь.

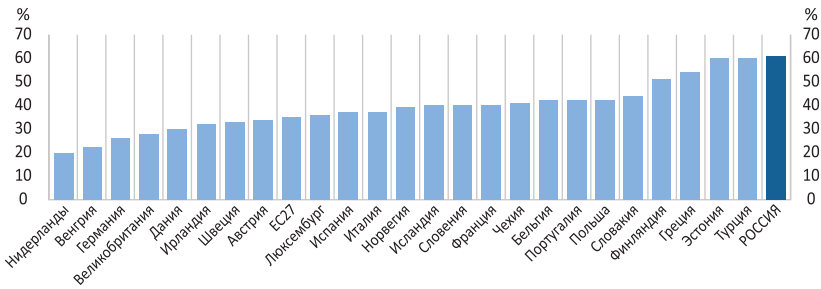
Снижение квалификации медицинского персонала на фоне роста количества врачей. Положительная динамика в количестве врачей на душу населения наблюдается не только в России, но и во многих странах мира. Так, в странах ОЭСР с 2000 года число врачей как в абсолютных величинах, так и в расчете на душу населения увеличилось, за редким исключением. Количество врачей на душу населения почти не выросло в Эстонии и Франции и уменьшилось в Израиле. В среднем в странах ОЭСР на одного врача широкого профиля приходится два узких специалиста. В России же этот показатель несопоставимо высок и составляет один к 70. Причем, если в зарубежных странах обеспокоенность государства вызывает медленное уменьшение или сокращение количества врачей широкого профиля, то в России не проводится специализированных программ по подготовке врачей общей практики, этот процесс развивается на уровне профессионального сообщества естественным путем, но без государственной поддержки его темпы явно незначительны.

В России увеличивается и обеспеченность населения узкими специалистами. На 10 тыс. населения в 2012 году приходится 49,1 тыс. врачей, против 46,8 тыс. врачей в 2000 году. При этом уменьшается количество среднего медперсонала — 10 тыс. населения сегодня приходится только 106,1 тыс. медицинских работников.

По результатам исследования Всемирного банка «Характеристика деловой и предпринимательской среды» (ВЕЕPS, 2013) выявлено, что российские работодатели оценивают дефицит навыков и образования у работников как основной барьер к расширению и росту. При этом доля работников с высшим профессиональным образованием составляет на сегодня около 30%, а количество людей с образованием не выше среднего — 24%. Среди наиболее значимых дефицитов в этом исследовании отмечено отсутствие социальных и поведенческих навыков (умение работать в команде), когнитивные навыки высокого порядка (умение решать проблемы, работать самостоятельно). Согласно предварительным исследованиям ОЭСР уровня грамотности взрослого населения (PIAAC), уровень грамотности россиян выше, чем в среднем по странам ОЭСР, способность к счету такая же, но способность к эффективному использованию инструментов ИКТ значительно ниже (ОЕСD, 2013d), также отмечается отсутствие навыков применения знаний в технологически развитой среде.

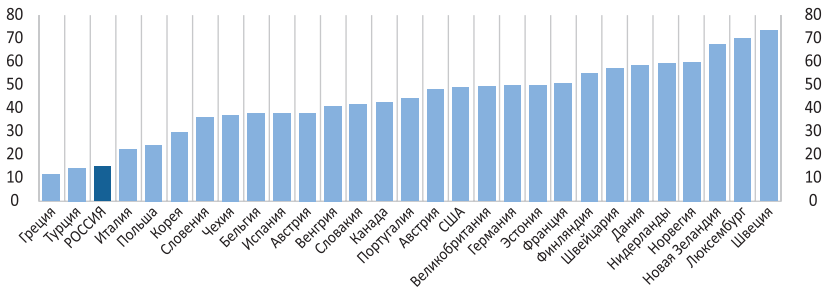
#### А. Наличие квалифицированных кадров

Доля МСП, испытывающих нехватку квалифицированных кадров в течение последних двух лет



#### Б. Участие в непрерывном образовании<sup>1</sup>

25 – 64 года, % от всех респондентов, 2011<sup>2</sup>



1. Под непрерывным образованием понимается как формальное, так и неформальное образование

2. По Финляндии и Новой Зеландии данные за 2006 г., Австралии и Турции - за 2007 г., по Канаде - за 2008 г., по Швейцарии - за 2009 г., по России - за 2012 г.

Источник: Flash EUROBAROMETER 196 «Observatory of European SMEs»: Russian SME Survey 2009-2010, Vauman Innovation / strategy Partners, OPORA RUSSIA; OECD (2012), OECD at a glance 2012, Table C6.6; Eurostat: Adult Education Survey database; and Ministry of Education of the Russian Federation.

**Рис. 5.** Дисбаланс на рынке труда по профессионально-квалификационному признаку и непрерывное образование.

Проблему усугубляет и «утечка умов»: 80% от общего числа эмигрировавших из России в 2010 году были высококвалифицированными работниками, в то время как большинство иммигрантов в Россию — работники с низким уровнем квалификации или неквалифицированные кадры (ILO, 2011; EBRD, 2012). Отсутствие системной методической работы по устранению таких важных причин неудовлетворенности работодателей отмечается еще на уровне средней школы. По результатам исследований учащихся начальной школы (PIRLS) российские школьники занимают лидирующие позиции на протяжении последних 20 лет (2-е место в 2011 году). На уровне среднего образования результаты международных исследований показывают, что отечествен-



ные школьники обладают соответствующим мировым показателям развитых стран объемом знаний, но уже отстают от сверстников по наличию сформированных у них когнитивных навыков.

Результаты исследования PISA демонстрируют, что 15-летние школьники обладают более низким уровнем грамотности в области чтения, математики и естествознания по сравнению со сверстниками из стран ОЭСР, а разрыв между сформированными когнитивными навыками увеличивается. Обучение в вузах только усиливает дисбаланс между приобретаемыми знаниями и недостаточностью навыков, в первую очередь социальных и поведенческих. Они фактически отданы «на откуп» среде, в которой студент находится. Поэтому более 37% студентов к концу обучения приходят к выводу, что их образования недостаточно для начала трудовой деятельности. Обучение в вузе дает минимальный прирост во владении такими навыками, как умение работать в команде, лидерство и открытость новым идеям, навык принятия решений и действий в сложных нестандартных ситуациях.

Наиболее актуальным формирование таких навыков является для будущих врачей. Но исследование системы подготовки медицинских работников позволяет сделать вывод, что система медицинского образования не ориентирована на формирование социальных навыков, когнитивных навыков у будущих специалистов.

Общая продолжительность подготовки врача в России меньше, чем в развитых странах. Так, в России 6 лет происходит обучение в университете, затем будущий врач должен закончить одно- или двухлетнюю ординатуру, после чего может приступить к самостоятельной медицинской профессиональной деятельности. В развитых странах варьирует продолжительность профессиональной подготовки. Например, в США обучение в университете составляет 6 лет, после чего будущий специалист должен выбрать специализацию на базе трехлетней резидентуры, обучение по которой в среднем занимает еще 6 лет.

Первые три года обучения в российских медицинских вузах происходит «погружение» в теоретический материал. Основная форма донесения информации — это лекционные занятия в аудитории. При этом в минимальном объеме представляется информация о последних достижениях медицинской науки, технологических прорывах и достижениях в смежных областях. Например, в действующем федеральном государственном стандарте по специальности «Лечебное дело» доля теоретических дисциплин составляет 9426 часов, а самостоятельной работе отводится 4712 часов. При этом большинство занятий также проводится в учебной аудитории, а не у постели больного.

Ситуация усугубляется отсутствием в учебных планах медицинских вузов дисциплин, позволяющих обеспечить моделирование работы будущих специалистов в реальных условиях профессиональной деятельности, разъяснить психологические особенности взаимодействия с пациентом, необходимость непрерывного наблюдения, этические вопросы контакта с пациентом и его родственниками.

Практическая подготовка студентов в большинстве случаев осуществляется посредством организации практик в медицинских учреждениях, во время которых будущие специалисты наблюдают за работой врачей и не имеют возможности участвовать в командной работе трудового коллектива.

Помимо методических недостатков в организации медицинского образования можно отметить еще один негативный фактор — это низкая практическая подготовка профессорско-преподавательского состава вузов. В связи с тем что Министерством здравоохранения в последние годы проводится политика ужесточения допуска медицинских работников к пациенту, преподаватели медицинских вузов имеют все меньше возможности общения с реальными пациентами. Поэтому, в силу отсутствия достоверной информации о пациентах, невозможности организовать учебное занятие у постели больного, происходит структурная модернизация подготовки будущих специалистов в сторону увеличения объемов теоретических сведений, а не приобретаемых на месте навыков и умений. С течением времени этот дисбаланс усиливается, в преподаватели приходят те медицинские специалисты, которые не нашли себя в практическом здравоохранении в силу отсутствия социальных и профессиональных компетенций.

Как следствие после окончания вуза молодые врачи не имеют достаточных практических навыков оказания медицинской помощи, начиная от постановки диагноза, организации обследования и выбора схемы лечения; не умеют взаимодействовать с пациентом (слушать, анализировать информацию, устанавливать доверительный контакт); не обладают навыками самостоятельной организации своей профессиональной деятельности. Критичными становятся необходимость повышения качества человеческого капитала и инновационный потенциал национальной экономики.

Финансирование здравоохранения увеличивается без видимых эффектов в медицинской помощи. В целом по странам ОЭСР, как и в России, происходит увеличение расходов на систему здравоохранения. Как по доле валового внутреннего продукта (ВВП), так и по последним трендам. В среднем по странам ОЭСР расходы на здоровье на душу населения увеличивались на 4,1% в год в реальном выражении в период с 2000 по 2009 год, затем этот рост замедлился до 0,2% в периоды 2009—2010 и 2010—2011 годов, так как многие страны умень-

шили свои расходы на здравоохранение, чтобы помочь сократить дефицит бюджета и государственный долг, особенно в Европе. Расходы на здравоохранение стран за пределами Европы продолжали расти, хоть темпы их роста и замедлились в целом ряде случаев, в частности, в Канаде и США. Изменения в различных направлениях расходов были разными: в 2010—2011 годах расходы на фармацевтические препараты и профилактику снизились на 1,7%, в то время как больничные расходы выросли на 1,0%.

В России государственное финансирование системы здравоохранения за последние десять лет увеличилось в абсолютных цифрах и составило 2283,3 млрд руб. Также наблюдается рост расходов на здравоохранение в отношении к ВВП. На 2013 год это значение составляет 3,6% ВВП. Этот показатель один из самых низких среди стран ОЭСР, где в среднем в систему здравоохранения вкладывается 6—8% ВВП. Финансирование российского здравоохранения сопоставимо со значениями Болгарии — 3,7% ВВП, Алжира — 3,2% ВВП, Киргизии — 3,7% ВВП. Увеличиваются и поступления средств в Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). За счет целенаправленной политики Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социального развития РФ поступления средств увеличились с 2011 года на 618 105 млн руб. в 2012 году. Расходование средств ФОМС ориентировано на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой ОМС. Финансирование этой части составило в 2012 году 640 562 млн руб. При этом социальная нагрузка федерального бюджета уменьшается — в 2012 году на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни уменьшилось на 361 млн руб. за год. Уменьшились выделяемые средства ФОМС на дополнительную диспансеризацию работающих граждан — на 23 млн руб. в год. Одновременно увеличивается финансирование здравоохранения России за счет наличных средств населения. Так с 2000 по 2012 год прирост наличных платежей составил 306 447 млн. руб. В среднем один член домохозяйства тратит в год 2101,5 руб. на медицинские услуги, что в 15 раз выше, чем в 2000 году.

Однако анализ основных индикаторов эффективности системы здравоохранения за этот период показывает отсутствие положительной динамики. А по последним международным исследованиям Россия занимает первое место по детской и подростковой смертности среди развитых стран.

Значительных изменений в качестве жизни российских граждан также за последний десятилетний период фактически не произошло. Общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя, увеличилась лишь на

4,2 м<sup>2</sup>. В сельской местности уровень благоустройства населенных пунктов с водопроводом составляет 32%, с канализацией лишь 5%. Питание населения России несбалансировано, преобладают молочные продукты (249 кг на душу населения в год), хлебные продукты (119 кг на душу населения в год). Отсутствуют фрукты и овощи, постоянно увеличивается потребление сахара (с 35 кг на душу населения в год в 2000 году до 40 кг в 2012 году). Потребление алкоголя остается очень высоким и составляет 10,7 л водки на душу населения, 71,1 л пива на душу населения.

До сих пор многие работники заняты во вредных и опасных производствах. Так, добычей полезных ископаемых занимаются 46,7% человек от всех работников соответствующего вида экономической деятельности и пола; 33,4% — заняты на обрабатывающих производствах; 33,9% — на производствах распределения электроэнергии, газа и воды.

Положительная динамика наблюдается лишь по показателю «Производственный травматизм». За последние десять лет значение показателя улучшилось и составило в 2012 году 40,4 тыс. человек, против 151,8 в 2000 году. Незначительно улучшились значения по показателю «Профессиональные заболевания». В 2012 году численность лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием составил 6696 тыс. человек, что на 10 тыс. работающих составляет 1,5.

**Дифференциация ресурсной базы медицинских организаций.** В период с 2006 по 2009 год в России был реализован Национальный проект «Здоровье», в рамках которого обеспечивалось повышение качества медицинской помощи. Цели проекта: укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи; развитие первичной медицинской помощи; возрождение профилактического направления в здравоохранении; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. Итогом реализации Национального проекта стало повышение заработной платы медицинским работникам, создание 14 федеральных центров высоких медицинских технологий в регионах; Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии. Финансирование Национального проекта было на тот момент масштабным: из федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов направлено более 590 млрд руб. Также были субсидированы средства субъектами РФ и муниципальными образованиями. Однако многочисленными экспертами, представителями Государственной Думы РФ отмечается, что изменить ситуацию в здравоохранении не удалось. В силу отсутствия необходимых условий дорогостоящее оборудование не было установлено и введено в эксплуатацию; на том, что было установлено, оказалось недостаточно квалифицированных кадров для обеспечения бес-

перебойной работы, приобретение расходных материалов к этому оборудованию не было заложено в бюджеты учреждений и с течением времени все большее количество дорогостоящего оборудования стало простаивать, а часть центров высоких технологий до сих пор не введены в эксплуатацию в регионах.

Следующим масштабным проектом системы здравоохранения стала реализация программы модернизации здравоохранения в 2011—2013 годах. Это первый проект Министерства здравоохранения РФ, построенный на основе проектного менеджмента. Регионам, претендующим на получение федерального финансирования, необходимо было разработать и представить на конкурс в Министерство здравоохранения РФ проект. Общий объем выделяемых финансовых средств составил 630 млрд руб., из них 174 млрд руб. было выведено на реализацию региональных программ. Основные направления программы: повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи, информатизация медицинских организаций, переоснащение медицинским оборудованием. Однако реализация этих двух проектов усилила материально-техническую базу и без того крупных медицинских центров, инициировала увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в тех учреждениях, которые уже многие годы используют сложные медицинские технологии. При этом всеобщий охват медицинской помощи не увеличился на территории РФ. Экспертные оценки показывают, что в целом имеющиеся в отрасли ресурсы используются неэффективно и с каждым годом увеличивается количество учреждений, требующих капитального ремонта и реконструкции. Сейчас этот показатель составляет 41% всех медицинских учреждений. На сегодняшний день в замене оборудования нуждается более 112 тыс. единиц медицинского оборудования.

Потенциал медицинской науки не обеспечивает технологического развития. Основным центром развития медицинской науки являются научные учреждения Министерства здравоохранения РФ, Федерального медико-биологического агентства, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального агентства научных организаций. Всего существует 214 подведомственных научных организаций и 6672 научных коллектива. Однако только 225 лабораторий проводят исследования мирового уровня и 431 — национального уровня. И абсолютное большинство лабораторий-лидеров находится в структуре Федерального агентства научных организаций.

На сегодня это — 51 научная медицинская организация, из них 31 имеет клиническую базу. Такие медицинские организации подразделяются на организации, имеющие клиническую базу (31 организация) и не имеющие таковой (22 орга-



Рис. 6. Территориальное расположение научных медицинских организаций в РФ.

Медицинские научные организации ФАНО России представлены равномерно на всей территории страны с учетом потребностей населения в данном регионе. Из 31 научной медицинской организации ФАНО России, имеющих коечные мощности (круглосуточный стационар), в Москве расположены 12 организаций (коечный фонд — 4469); в Томской области — 6 (1350 коек); в Новосибирской области — 4; в Санкт-Петербурге — 3 (390 коек); в Иркутской области — 3 (640 коек); в Кемеровской области — 2 (315 коек); в Красноярском крае — 1 (290 коек); в Амурской области — 1 (385 коек).

Всего: 51 научная медицинская организация, из них 31 — с клинической базой, 22 — без собственных клиник.

низации). Хирургические стационары имеются в 20 медицинских организациях из 31.

В стратегии развития медицинской науки до 2025 года (Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2580-р «О стратегии развития медицинской науки РФ в период до 2025 года») определены приоритеты развития, такие как: геномика, протеомика, биоинформатика, системная биология, нанотехнологии, клеточные технологии, фармакогенетика, персонализированная медицина. Особое место должны занимать междисциплинарные научные исследования, выполняющиеся на стыке наук. За последние годы научные медицинские учреждения РАМН, подведомственные ФАНО России, активно проводят исследования в сфере заявленных приоритетов. Среди последних достижений отечественных ученых — получение новых лекарственных методами генной инженерии, биотехнологий и медицинской химии (Диаскинтест, ЦНИИ туберкулеза РАМН); определение молекулярно-генетических компонент внутриклеточных сигнальных путей, нарушений структуры и функции отдельных клеток и тканей в контексте развития патологических процессов для разработки технологий

персонализированной медицины (Способ анализа генетического полиморфизма для проведения постнатальной ДНК-диагностики муковисцидоза, Научный центр здоровья детей РАМН, НИИ акушерства и гинекологии им. Отта СЗО РАМН); разработка универсальных средств диагностики и анализа статических и динамических факторов патологических состояний для комбинаторной молекулярной сенсорики (Система удаленного беспроводного мониторинга дыхательных шумов и диагностики остановки дыхания, Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН). Однако имеющиеся достижения не в полной мере соответствуют мировым трендам, а прогресс в появлении новых знаний и технологий показывает фактически отсутствие положительной динамики. В структуре научных медицинских учреждений ФАНО России работает 4769 исследователей, 2636 — врачей, которые также активно участвуют в проведении научных исследований. По количеству исследователей в медицинской науке Россия занимает 4-е место в мире, но их количество не гарантирует наличия прорывных возможностей развития науки. За последние десять лет количество публикаций сотрудников увеличивалось в среднем на 2%, когда рост количества публикаций иностранных коллег составил не менее 12%.

Сравнивая с международными показателями развития медицинской науки, можно констатировать значительный разрыв как в количественных, так и в качественных значениях показателей. По результатам академической деятельности Россия также уступает большинству стран ОЭСР. В мире сформировался устойчивый спрос на новое качество жизни, включая возможности компенсации утраченной функции организма, органа или его части. Следствием этого стал устойчивый рост рынков биотехнологий и услуг высокотехнологичной и персонализированной медицины. Поэтому большинство зарубежных исследований относятся к созданию технологий регенеративной медицины, биodeградируемым материалов, систем персонализированной диагностики, сложных имплантов, разработке новой хирургической техники с системами инвазивной визуализации и лазерами, лекарственных средств для генной терапии, систем прижизненной неинвазивной визуализации.

Открытия перспективных рынков для медицины и здравоохранения активно закрепляются в научных статьях (ежегодный прирост статей в Web of Science в области медицины составляет порядка 12%: для США — 17%, Евросоюз — 12%). В 2013 году количество статей по направлению «Медицина и здравоохранение» составило 1771 российских научных трудов, индексируемых системой научного цитирования. Этот факт подтверждается и увеличением количества Нобелевских лау-

реатов в области медицины — выходцев из США. Сегодня 18 из 25 премий в области медицины получают американские лауреаты или приглашенные туда ученые. Также постоянно увеличивается и количество патентов, полученных на изобретения. Более 50% всех созданных за последние 20 лет лекарственных средств были созданы и зарегистрированы в США.

Важной проблемой в развитии медицинской науки остается сектор управления исследованиями и необходимость повышения эффективности государственных расходов на научные исследования, поскольку пока огромные объемы финансирования выделяются без надлежащей отчетности и без учета результатов работы. По результатам экспертных оценок ОЭСР в 2012 году до 80% финансовых средств, потраченных государством на научные исследования гражданского назначения, были неэффективны. Многие государственные медицинские организации по-прежнему выполняют фундаментальные и прикладные исследования без связи с реальным здравоохранением, бизнес-сообществом и организациями высшего образования.

### **1.3. Динамика изменений количественных и качественных показателей процессов реформирования здравоохранения, оказывающих влияние на качество жизни населения**

Сфера здравоохранения является если не самой важной, то одной из наиболее значимых социальных структур. Следует подчеркнуть, что хотя массовое медицинское обслуживание появилось не так давно, услуги докторов, целителей, знахарей существовали издавна и были доступны только высоким слоям общества. Для стабильного развития государства необходимо поддерживать и повышать общий уровень здоровья населения. Вопросы реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации на протяжении уже нескольких десятилетий активно обсуждаются по нескольким причинам. В первую очередь, это тяжелая демографическая ситуация в стране, а именно — отрицательный естественный прирост населения с 1992 года. Аномально высокая, для развивающихся стран, младенческая смертность, высокая смертность трудоспособного населения имеют одним из своих последствий все более динамичное рассмотрение проблем реформирования системы здравоохранения.

Несомненно, старой системы здравоохранения уже нет, а в нововведениях, разработанных в ходе реформирования системы здравоохранения, имеются большие пробелы, которые требуют от законодателя дополнительных разработок. Как отмечено Г. Р. Колоколовым<sup>1</sup>, исторически государственная система здравоохранения в России была приемницей так на-



зываемой благотворительной медицины, при которой церковь и государство принимали на себя финансирование медицинской помощи неимущим слоям населения. Основным источником финансирования здравоохранения при такой системе являются государственные налоги, а структурами, аккумулирующими финансовые ресурсы здравоохранения, выступают бюджеты различного уровня. Финансирование медицинской помощи осуществляется преимущественно по структурному принципу (возмещение расходов учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг). При этом медицинские учреждения, как правило, имеют государственный некоммерческий статус и являются исполнителями социального заказа, напрямую подчиняясь государственным финансовым правилам. Планирование и управление государственной системой происходят централизованно (унитарно). Государственная система здравоохранения предусматривает административный контроль качества оказания медицинской помощи.

Тем не менее при изменениях, связанных с реформированием типов учреждений<sup>2</sup>, этот исторический опыт будет меняться, более того, изменилась и терминология в нормативных законодательных актах.

На сегодняшний день этап реформирования системы здравоохранения не завершен, здравоохранение Российской Федерации все еще находится в состоянии постепенной модернизации, направленной на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания.

Основные направления реформы — модернизация инфраструктуры здравоохранения (включая ИТ-обеспечение), переход на одноканальное финансирование через систему ОМС, разработка новых стандартов медицинской помощи, создание для пациентов возможностей свободно выбирать лечебное учреждение и страховую компанию.

Эти факторы должны коренным образом изменить работу страховых компаний и медицинских учреждений, создать новые возможности для бизнеса и в конечном итоге улучшить качество и доступность медицинской помощи для всех граждан России. Кроме того, они в значительной степени повлияют на методы конкурентной борьбы и разработку стратегии завоевания рынка со стороны ключевых игроков: фармацевтических компаний, медицинских учреждений и производителей медицинских изделий.

---

<sup>1</sup> Колоколов Г. Р. Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность. — М.: ЮРАЙТ, 2007, 173 с.

<sup>2</sup> Федеральный закон от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

В действительности, возможно, причина неспособности системы здравоохранения удовлетворять потребности населения лежит гораздо глубже проблемы выбора модели развития. В современном обществе существует мнение, что корни всех зол российской медицины лежат в низкоквалифицированных кадрах.

Несмотря на то что некоторые проблемы уже были частично решены правительством, современной структуре здравоохранения предстоит претерпеть еще достаточно изменений, только после которых, по истечении времени, можно объективно судить об их эффективности.

Расчет эффективности функционирования предприятия, организации, отрасли в экономической теории предполагает определение соотношения эффекта, финансового результата и затрат, расходов, обеспечивающих его получение. Когда мы говорим о бюджетном секторе, расходы в нем представляют собой объем финансовых средств, направляемых из бюджета на систему здравоохранения, образования и т. д. Так, из года в год сумма средств, направляемых на финансирование бюджетного сектора, изменяется, причем не только по абсолютным значениям, но и в процентах от ВВП. Очень часто, говоря о качестве финансирования здравоохранения, приводятся относительные цифры в процентах ВВП, на основании которых делается вывод о состоянии системы. Согласно же рекомендациям ВОЗ на охрану здоровья населения следует тратить не менее 6—6,5% ВВП. В России эти расходы составляют менее 5% ВВП, в странах Западной Европы — 8—10 %, в США — свыше 13%.

Куда более сложный вопрос — оценить эффект, результативность сферы или отрасли в целом. Как правило, используется три подхода к определению эффективности системы здравоохранения. С одной стороны, эффективность расходов на здравоохранение следует определять в зависимости от достигнутых результатов (степени выполнения задач) в области профилактики и лечения заболеваний, т. е. осуществление каких-либо медицинских мероприятий позволяет вылечить человека. Конкретные результаты этого процесса (как количественные, так и качественные) и будут характеризовать эффективность. Среди таких показателей можно привести удельный вес излеченных пациентов, доли пациентов, у которых заболевание переходит в хроническую форму, и т. д.

С другой стороны, эффективность системы здравоохранения можно оценивать такими показателями, как смертность (в том числе преждевременная), заболеваемость, демографические показатели (социальный аспект).

Кроме того, эффективность системы здравоохранения можно оценивать по системе прямых и косвенных показателей, которые характеризуют вклад отрасли в рост производи-

тельности труда, ВВП. Сюда же необходимо отнести микроэкономические показатели функционирования того или иного медицинского учреждения как субъекта экономики. Фактически, речь идет о наиболее экономичном использовании имеющихся в распоряжении лечебного учреждения ресурсов (экономическая эффективность).

На наш взгляд, существует как минимум одна важная особенность системы здравоохранения по сравнению с другими отраслями. Она заключается в том, что качество приобретаемой медицинской услуги нельзя определить в момент потребления по объективным обстоятельствам — исходя из специфики. Качество лечения выясняется много позднее времени оказания услуги. Даже если экономическая эффективность обслуживания пациента достигнута, это совсем не свидетельствует о медицинской и социальной эффективности здравоохранения, которые нельзя проверить сразу. И наоборот, существуют виды медицинской помощи, которые заведомо неэффективны экономически, при этом существуют эффекты медицинского и социального характера. Зачастую достижение медицинской эффективности в системе здравоохранения требует значительных затрат, осуществление которых может быть растянуто во времени, кроме того, эффект может быть и вовсе не достигнут. В этих условиях говорить об экономической эффективности не приходится. Например, лечение умственных заболеваний. В этом случае медицинская эффективность будет существовать, экономической — не будет.

Между общественным здоровьем и экономикой существует тесная прямая и обратная связь: неблагоприятная экономическая ситуация в стране, регионе, городе сопровождается низким качеством здоровья населения, а неудовлетворительное состояние общественного здоровья отрицательно отражается на производстве, обороноспособности страны и т. д. Один из признаков плохого состояния общественного здоровья, помимо низкой ожидаемой продолжительности жизни, — сверхвысокая смертность наиболее экономически эффективной части населения — мужчин в возрасте 19—39 лет. Взаимозависимость между здоровьем и экономикой можно проследить на примере России в течение последних лет.

Сложный и противоречивый период политических и социально-экономических реформ требует четких, причем достаточно разнообразных, индикаторов происходящих процессов, позволяющих выявить малозаметные в начале развития процессов тенденции, которые в дальнейшем могут породить труднорешаемые проблемы. Одним из таких индикаторов служит качество общественного здоровья, которое изменялось в соответствии с реакцией населения на происходившие события.

Период реформирования можно разделить на несколько этапов, каждый из которых характеризовался определенными параметрами социально-экономических и медико-демографических явлений. При медико-демографической периодизации процесса реформирования принципиально важна реакция населения на масштаб и скорость изменений.

При оценке процессов реформирования здравоохранения, оказывающих влияние на качество жизни населения, используются качественные и количественными показателями. Количественные показатели происходящих реформ в здравоохранении могут быть представлены в виде изменения демографических показателей и заболеваемости. Качественные показатели — в виде эффективных показателей диагностики, лечения, профилактики заболеваний и удовлетворенности граждан. Процессы реформирования должны способствовать закономерному переходу количественных изменений в качественные. Это позволит любому лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ) и любой медицинской организации извлекать прибыль в виде устойчивого превышения суммарных доходов над расходами и обеспечит устойчивое развитие учреждений и формирование оборотных средств.

Рассмотрим динамику изменений количественных показателей процессов реформирования здравоохранения, оказывающих влияние на качество жизни населения: демографические показатели (рождаемость, смертность), заболеваемость.

Согласно данным Росстата<sup>3</sup>, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2015 года без учета Крымского федерального округа составила 144,0 млн человек (с учетом Крымского федерального округа — 146,3 млн человек) и за год увеличилась на 305,5 тыс. человек, или на 0,2%. Рост численности населения обусловлен как миграционным приростом, так и естественным приростом населения.

С 2006 года отмечается благоприятная динамика основных демографических показателей в Российской Федерации, сохраняется тенденция роста населения<sup>4</sup>. В 2014 году зафиксирован естественный прирост — 33,7 тыс. человек (в 2013 году — естественный прирост 19,1 тыс. человек). В 2014 году коэффициент естественного прироста населения составил — 0,2% (в 2013 году — 0,1%). Естественный прирост населения за 2014 год зафиксирован в 43 субъектах Российской Федерации.

---

<sup>3</sup> Численность и состав населения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>.

<sup>4</sup> Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации: <http://www.rosminzdrav.ru>.

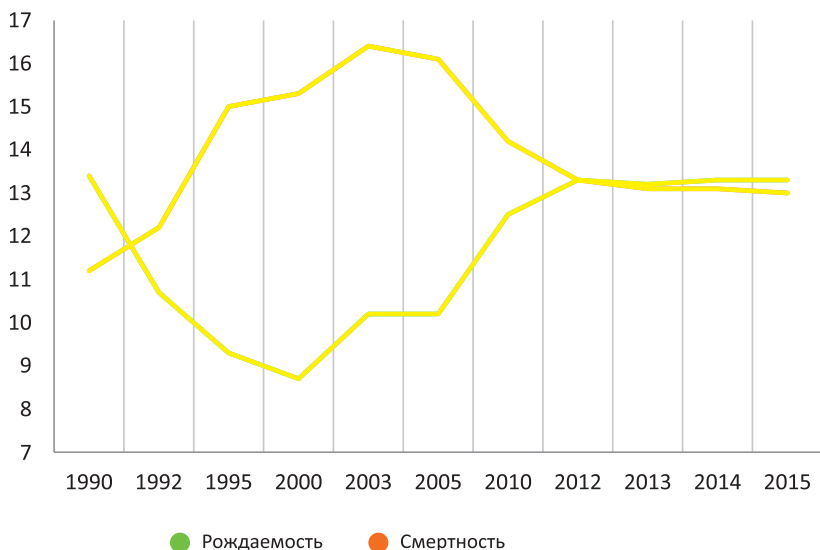


Рис. 7. Динамика рождаемости и смертности (на 1000 человек).

В 2013 году уровень рождаемости в Российской Федерации впервые с начала 90-х годов превысил уровень смертности. В 2014 году указанная тенденция продолжилась, рождаемость за 2014 год составила 13,3 на 1000 населения (рис. 7).

Число родившихся за 2014 год выросло по сравнению с 2013 годом на 17,6 тыс. (1947,3 тыс. детей и 1929,7 тыс. детей соответственно). Показатель рождаемости вырос на 0,8%, с 13,2 до 13,3 на 1000 населения.

Минимальный уровень рождаемости зарегистрирован в Ленинградской области — 9,1% (2013 г. — 9,0%), максимальный — 25,3% в Республике Тыва (2013 г. — 26,1%). Лидерство сохраняют преимущественно национальные республики. Субъекты Российской Федерации с наиболее низкими показателями рождаемости сосредоточены в центральной и северо-западной части Российской Федерации.

Рост рождаемости отмечен в 42 субъектах Российской Федерации. Наибольший рост рождаемости наблюдался в Сахалинской — на 4,6%, в Ростовской — 4,3% и Московской областях — 4,1%, в Республике Карелия — 3,3%, в Ставропольском крае — 3,1%, в Краснодарском крае и Ямало-Ненецком автономном округе — 3,0%, в Ульяновской области — 2,6%.

Снижение рождаемости отмечено в 30 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение рождаемости зарегистрировано в республиках Ингушетия — на 3,3% и Тыва — 3,1%, в Курганской и Кемеровской областях — 2,9%, Респуб-

Таблица 1. **Рождаемость, смертность и естественный прирост населения\***

Годы	Всего, человек			На 1000 человек населения		
	родившихся	умерших	естественный прирост	родившихся	умерших	естественный прирост
2010	1 788 948	2 028 516	-239 568	12,5	14,2	-1,7
2011	1 796 629	1 925 720	-129 091	12,6	13,5	-0,9
2012	1 902 084	1 906 335	-4 251	13,3	13,3	0,0
2013	1 895 822	1 871 809	24 013	13,2	13,0	0,2
2014	1 942 683	1 912 347	30 336	13,3	13,1	0,2

\* Численность и состав населения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography)

лике Калмыкия и Чеченской Республике — 2,8%, в Республике Хакасия — 2,5%, в Магаданской области — 2,4%, в Алтайском крае — 2,2%. В 13 субъектах Российской Федерации показатель рождаемости не изменился.

Показатель младенческой смертности снизился на 9,8%, с 8,2 на 1000 родившихся живыми в 2013 году до 7,4 в 2014 году. За 2014 год по сравнению с аналогичным периодом 2013 года число детей, умерших в возрасте до 1 года, снизилось — на 8,6% (или на 1 353 детей) и составило 14 366 (в 2013 году — 15 719). За 2014 год в Российской Федерации умерли 1 913 613 человек, что на 2990 человек или на 0,2% меньше, чем за 2013 год (1 910 623 человека).

Снижение смертности отмечается в 34 субъектах Российской Федерации, наиболее существенное — в Ненецком автономном округе — на 16,8%, в Республике Мордовия — на 3,4%, в Новгородской области — 2,8%, в г. Санкт-Петербурге и в Республике Бурятия — 2,5 %, в Смоленской области — на 2,4%, в Новосибирской области — на 2,2%, в Вологодской области — на 2,0%, в Костромской, Ярославской и Кировской областях — 1,9%, в Республике Алтай — 1,8%. В 18 субъектах Российской Федерации показатель смертности не изменился. Самые низкие показатели смертности наблюдаются: в Республике Ингушетия — 3,5, в Чеченской Республике — 5,0, в Ямало-Ненецком автономном округе — 5,1, в Республике Дагестан — 5,6, в Ханты-Мансийском автономном округе — 6,4 на 1000 населения. Наиболее высокие показатели отмечаются в Псковской области — 18,5, в Тверской области — 17,8, в Новгородской области — 17,3, в Тульской области — 17,1, в Курской области — 16,6, во Владимирской области — 16,5 на 1000 населения.

В структуре причин смерти первое место по-прежнему занимают болезни системы кровообращения — 49,9%, или 653,7

на 100 тыс. населения (снижение на 6,6%), на втором месте новообразования — 15,3%, или 201,1 на 100 тыс. населения, показатель снизился на 0,2%, на третьем — внешние причины — 9,1%, или 118,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,6%), в том числе дорожно-транспортные происшествия — 14,0 на 100 тыс. населения, показатель не изменился, далее следуют болезни органов пищеварения — 5,0%, или 66,1 на 100 тыс. населения (рост на 8,4%), болезни органов дыхания — 4,0%, или 53,0 на 100 тыс. населения (рост на 6,2%).

В условиях сокращенного воспроизводства поколений решающее значение приобретает продолжительность жизни. Темпы роста ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении после 2005 года сопоставимы с отмечавшимися в период антиалкогольной кампании 1985—1988 годов, когда были достигнуты самые высокие за всю российскую историю показатели долголетия — 70,1 года.

По предварительным данным Росстата, в 2014 году показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении составил 71 год. У женщин продолжительность жизни достигла 76,5 года, у мужчин — 65,3 года.

Заболеваемость населения является основой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинской помощи.

Рост общей заболеваемости с 2013 по 2014 год в Российской Федерации (без учета Крымского федерального округа) составил 14,8%.

В 2014 году общая заболеваемость составила 160 911,3 на 100 тыс. населения. В 2014 году рост общей заболеваемости в Российской Федерации в сравнении с 2008 годом составил 3,0%.

Заболеваемость населения, с одной стороны, отражает распространенность патологии в популяции, а с другой — доступность медицинской помощи, поэтому рост заболеваемости населения (как общей, так и по отдельным классам болезней) не должен однозначно рассматриваться как отрицательное явление.

Проведем анализ качественных показателей, оказывающих влияние на качество жизни населения: развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, профилактики заболеваний и оценки качества системы здравоохранения населением России.

Создание современной системы здравоохранения возможно на основе опережающего инновационного развития, создания интегрированной системы инновационной медицины, обеспечивающей разработку и внедрение в практическое здравоохранение передовых средств и методов оказания медицинской помощи.

**Таблица 2. Заболеваемость населения по основным классам болезней (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)\*, тыс. человек**

Болезни	Год				
	2010	2011	2012	2013	2014
Все болезни	111 428	113 922	113 688	114 721	160 670
из них:					
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4 690	4 626	4 592	4 434	4 578
новообразования	1 540	1 586	1 656	1 629	4 425
болезни крови, кровеносных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	705	676	675	668	1 249
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1 461	1 475	1 519	1 527	7 003
болезни нервной системы	2 345	2 354	2 330	2 364	4 668
болезни глаза и его придаточного аппарата	4 715	4 758	5 043	5 023	5 874
болезни уха и сосцевидного отростка	3 867	3 975	4 032	4 014	11 037
болезни системы кровообращения	3 734	3 804	3 814	4 285	4 014
болезни органов дыхания	46 281	48 437	47 381	48 568	38 199
болезни органов пищеварения	4 778	4 767	4 982	5 055	11 868
болезни кожи и подкожной клетчатки	6 886	6 795	6 876	6 740	6 107
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4 789	4 809	4 761	4 634	13 447
болезни мочеполовой системы	6 842	7 050	7 101	7 147	11 655
осложнения беременности, родов и послеродового периода	2 889	2 816	2 832	2 778	731
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	295	303	299	298	561
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	13 096	13 261	13 426	13 285	9 054

\* Заболеваемость. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare).



Структурной основой инновационной системы здравоохранения призваны стать создаваемые в ведении Минздрава России в рамках исполнения поручения Президента Российской Федерации от 5 ноября 2014 года № Пр-2606 национальные научно-практические медицинские центры, ориентированные на решение актуальных задач здравоохранения.

Устойчивое безопасное развитие общества требует эффективно функционирующей системы охраны здоровья граждан страны, что возможно только на основе развития медицинской науки и инновационного развития здравоохранения. Одной из задач в отрасли здравоохранения является эффективное овладение геномными, постгеномными, протеомными, метаболомными и когнитивными технологиями, которые призваны обеспечить «технологическую независимость» медицины всего государства.

Среди направлений современной науки биомедицина является одним из наиболее активно развиваемых. В России биомедицина следует после многих направлений — физики, астрономии, инженерного дела, химии. Одной из причин такой расстановки приоритетов является высокая стоимость и длительность медицинских исследований, что ставит медицинскую науку в более трудное положение, чем науки, в которых преобладают теоретические исследования.

Важно отметить, что, в отличие от большинства стран, в которых нейронауки, иммунология и микробиология, фармакология и фармацевтика группируются вокруг медицины, в России они группируются преимущественно вокруг поисковых фундаментальных исследований. Это приводит к отстраненности инновационной деятельности от актуальных задач практической медицины, недостаточному ее влиянию на показатели эффективности здравоохранения.

Анализ показал, что в прорывном развитии в нашей стране нуждается ряд «критических» технологических областей, таких как «геномика и геновая инженерия», «фармакогенетика и персонифицированная терапия», «клеточные технологии» и др.

Медицинские радиационные технологии, получившие в России устоявшуюся терминологию «ядерная медицина» и «лучевая терапия», играют важнейшую роль в современной клинической практике.

Эффективность медицинской помощи больным с наиболее социально значимыми онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями напрямую зависит от уровня развития и внедрения в медицинскую практику современных методов медицинской радиологии.

Инновационная деятельность в здравоохранении имеет ряд принципиальных особенностей, связанных, прежде всего, с

проведением клинического этапа исследований с вовлечением человека:

- наличие острых этических проблем, требующих постоянно действующих мер по недопустимости «размывания» морально-этических основ общества и совершенствованию нормативно-правового сопровождения. Хельсинкская Конвенция по медицинской науке и все международные акты провозглашают приоритет защиты прав и здоровья каждого человека, участвующего в инновационной деятельности в качестве пациента. Интересы каждого человека — выше интересов науки и общества;
- необходимость «трансляционного этапа»: от экспериментов в лабораторных условиях (на культуре клеток и тканей, животных) к человеку;
- особый порядок апробации инновационных медицинских разработок в клинических исследованиях — в рамках оказания особой медицинской помощи и особый порядок внедрения инновационных разработок — через обновление клинических протоколов и порядков оказания медицинской помощи;
- особый порядок регистрации лекарственных препаратов и медицинских изделий и составления их «ограничительных» перечней, гарантируемых государством.

Таким образом, инновационный процесс в медицине — многоэтапный — от идеи и прототипа к внедрению разработки в практическую медицину. Главная задача — исключить разорванность инновационного процесса («от идеи до клиники») без ущерба для качества и безопасности разрабатываемого продукта.

Важно отметить, что в России основная часть инвестиций в биомедицинские исследования представлена государственным сектором, тогда как в большинстве стран значительная часть инвестиций (от 28 до 82%) приходит из частного сектора. Требуется развитие государственно-частное партнерство, направленное, в том числе, на совершенствование инфраструктуры инновационной медицины.

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни является одним из важнейших механизмов сохранения здоровья и снижения смертности населения. Повышение эффективности диспансеризации — одно из приоритетных направлений деятельности Минздрава России в 2014 году.

Диспансеризация взрослого населения в 2014 году проводилась в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 года № 1006 н.

Диспансеризация взрослого населения реализуется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказа-

Таблица 3. Профилактические осмотры населения\*, тыс. человек

Всего осмотренных	Год			
	2010	2011	2012	2013
Взрослых	16 930,2	16 580,7	15 843,6	15 824,0
Подростков (15—17 лет) без численности школьников	1 804,7	1 593,8	1 357,5	1 267,1
Подростков (15—17 лет) школьников	2 901,8	2 865,0	2 815,9	2 772,2
Детей (0—14 лет)	18 375,9	18 598,7	18 827,5	19 350,7
В процентах от численности подлежащих осмотрам:				
взрослых	95,0	94,8	95,1	94,2
подростков (15—17 лет) без численности школьников	97,1	97,0	94,3	95,6
подростков (15—17 лет) школьников	85,4	86,0	86,2	87,0
детей (0—14 лет)	83,4	83,0	82,4	83,0

\* Профилактические осмотры населения, подлежащего периодическим осмотрам. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare)

ния гражданам медицинской помощи. Программа устанавливает значения нормативов объема профилактических мероприятий и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью на 1 застрахованного, включая посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, которые имеют тенденцию к ежегодному увеличению. Так, в 2014 году увеличение норматива объема медицинской помощи по сравнению с 2013 годом составило 11,2%, финансовые средства увеличились на 19%.

Качественным показателем процессов реформирования системы здравоохранения является также оценка качества здравоохранения населением России.

Социологические исследования показывают, что сегодня работой медицинских учреждений в России довольны не многим более трети населения<sup>5</sup>.

В заключение отметим, что в ближайшие несколько лет реформа здравоохранения должна существенным образом изменить принципы оказания медицинской помощи в России и улучшить клинические результаты лечения.

<sup>5</sup> Зубец А. Н. Частное финансирование здравоохранения в России // Журнал «Финансы». — 2014. — № 2. — С. 56—58.

Таблица 4. Оценка качества здравоохранения населением России, %

Довольны ли Вы работой медицинских учреждений в Вашем городе?	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Да, полностью довольны	9	9	9
Да, скорее довольны	27	29	30
Нет, скорее недовольны	35	32	35
Полностью недовольны	32	33	26
Доля тех, кто полностью или в основном доволен работой здравоохранения в России	34	35	39

Еще слишком рано судить о результатах и значимости проводимых реформ. Министерство здравоохранения больше не играет ключевой роли в планировании и управлении всей системой. Однако реформы, которые должны были существенно сдвинуть российское здравоохранение от системы Семашко к системе, способной давать результат и обеспечивать лечением спектр болезней индустриального и постиндустриального общества, затормозились. Предполагалось, что реформы позволят сэкономить средства для обеспечения минимальных потребностей населения, чего не произошло, хотя введение ОМС во многом облегчило проблему финансирования.

Состояние здоровья общества и отдельно взятого человека следует расценивать не только как медицинскую, но и как социально-экономическую категорию, которая оказывает непосредственное воздействие на эффективность труда и производства в других областях народного хозяйства. В этом контексте актуальность и сложность вопросов охраны здоровья значительно возрастает. В свою очередь, с увеличением затрат на поддержание и укрепление здоровья граждан появляется необходимость определения экономической эффективности деятельности системы здравоохранения, а также факторов, которые оказывают влияние на ее повышение. Данная задача является одним из ключевых вопросов в медицинской сфере.

Эффективность системы здравоохранения — это комплексное понятие, которое невозможно охарактеризовать каким-либо одним показателем. Оно должно отражать все стороны функционирования системы здравоохранения, включая целый ряд параметров, которые необходимо ориентировать на конечные результаты деятельности медицинских служб с учетом лечебных, санитарно-профилактических, социально-профилактических, управленческих и экономических критериев.

Проведем анализ основных экономических показателей системы здравоохранения, к которым относятся:

- процент расходов на здравоохранение от ВВП;
- структура расходов;

- размер среднедушевого расхода системы здравоохранения;
- размер среднедушевого расхода на лекарственные средства;
- процент расходов на лекарственные средства от суммы всех расходов на систему здравоохранения.

Уровень национальных расходов на здравоохранение населения страны — это относительная величина, рассчитываемая как общий объем государственных и частных расходов на здравоохранение в течение календарного года, включая государственные бюджеты всех уровней, фонды медицинского страхования, внешние заимствования, гранты и пожертвования от международных учреждений и неправительственных организаций. Уровень расходов на здравоохранение выражается в процентах от валового внутреннего продукта.

Расходы на здравоохранение принято считать одним из основополагающих показателей социального развития, так как они характеризуют степень внимания, которое уделяется государством и обществом здоровью граждан. Тем не менее этот показатель не учитывает, насколько равномерно или неравномерно распределяются расходы на здравоохранение по различным социальным группам внутри того или иного государства, а также связанные с этим факторы. Необходимо помнить, что относительно высокие позиции ряда слаборазвитых стран в рейтинге связаны, как правило, с программами в области общественного здравоохранения (обеспечение питьевой водой и санитарными услугами, проведение программ массовой иммунизации и т. д.), а также санитарно-гигиенической и эпидемиологической безопасности, финансируемыми международными институтами и благотворительными организациями в этих государствах.

Показатель национальных расходов на здравоохранение населения рассчитывается ежегодно, основываясь на данных национальной статистики и международных организаций. Основным источником информации о национальных расходах на здравоохранение в экономике разных государств является база данных «National Health Account Statistics» ВОЗ (World Health Organization) — специального учреждения системы Организации Объединенных Наций, основной функцией которого является охрана здоровья населения мира и решение международных проблем в области здравоохранения.

Расходы на здравоохранение в России по итогам 2008 г. составляли 3,8% от ВВП, что более чем в 2 раза меньше, чем в развитых европейских странах. В России проблем со здоровьем нации, качеством и продолжительностью жизни граждан несравненно больше, чем в развитых странах. В стране с такими серьезными проблемами и значительными накоплениями валюты от продажи природных ресурсов объем расходов на

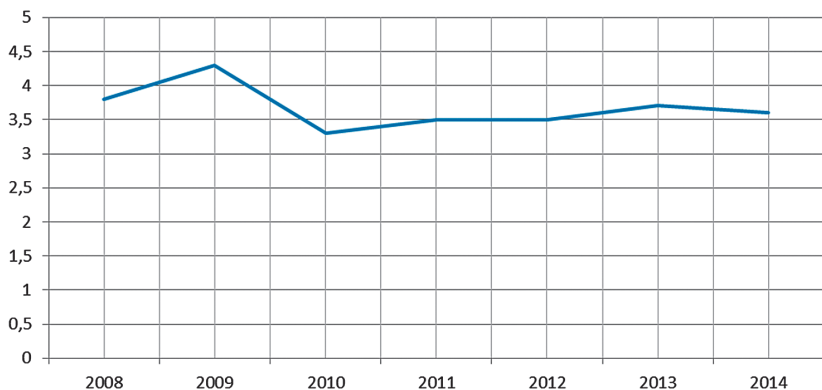


Рис. 8. Расходы на здравоохранение от ВВП\*, %.

\*Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации: <http://www.minfin.ru/ru/performance/budget/index.php>

здравоохранение должен был быть не просто большим, а очень большим. Между тем государственные расходы на здравоохранение в России в 2000—2009 годах не превышали 4,3% от ВВП.

Несмотря на мировой экономический кризис, в 2009 и 2010 годах социальные расходы в нашей стране не были сокращены, продолжилось финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье». Динамика расходов на сферу здравоохранения в процентах от ВВП за период 2008—2014 годов представлена на рис. 8.

Структура расходов федерального бюджета за период 2012—2014 годов в процентах к общему объему расходов представлена в табл. 5.

Как видно из табл. 5, в структуре расходов федерального бюджета на здравоохранение его доля сокращается.

Совокупный объем средств, направленных на финансовое обеспечение государственной политики в сфере охраны здоровья, в 2014 году составил 2546,7 млрд рублей, или 3,6% от ВВП, из них средства:

- федерального бюджета — 480,8 млрд рублей;
- консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации — 825,8 млрд рублей;
- фондов обязательного медицинского страхования — 1240,1 млрд рублей.

В 2014 году структура тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС включает все статьи расходов, за исключением расходов государственных и муниципальных медицинских организаций, связанных с капитальным ремонтом, разработкой проектно-сметной документации для его

Таблица 5. Структура расходов федерального бюджета\*, %

Наименование расходов	Год		
	2012	2013	2014
Общегосударственные вопросы	6,25	6,38	7,04
Национальная оборона	14,06	15,77	17,73
Национальная безопасность	14,3	15,45	14,85
Национальная экономика	15,27	13,86	15,71
ЖКХ	1,77	1,33	0,9
Образование	4,68	5,04	4,65
Здравоохранение	4,76	3,76	3,84
Социальная политика	29,94	28,73	24,99
Межбюджетные трансферты	4,65	5,01	5,6
Обслуживание государственного долга	2,48	2,7	3,1
Прочие разделы	1,83	1,98	1,59

\* Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации:  
<http://www.minfin.ru/ru/performance/budget/index.php>

проведения и приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей за единицу.

В структуре расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь в 2014 году преобладали расходы на оплату труда с начислениями (52,2%) (от 85,2% в Республике Калмыкия до 25,8% — в Республике Якутия). Расходы на увеличение стоимости основных средств составили в целом по Российской Федерации 6,0% от расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь.

Утвержденная стоимость территориальных программ государственных гарантий на 2014 год составила 1372,8 млрд рублей. Фактическая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилась в размере 1326,8 млрд рублей, что составляет 96,6% от утвержденной стоимости.

Расходы на территориальные программы государственных гарантий в 2014 году составили 1826,4 млрд рублей, что выше соответствующих расходов 2013 года (1646,0 млрд рублей) на 11%.

Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2014 году составили 499,6 млрд рублей (в 2013 году — 478,2 млрд рублей), средства обязательного медицинского страхования — 1326,8 млрд рублей (в 2013 году — 1167,9 млрд рублей). Проанализируем структуру расходов федерального бюджета на здравоохранение.

В течение рассматриваемого периода наибольший удельный вес занимали расходы на стационарную медицинскую помощь, которые на протяжении этих лет постоянно росли и

**Таблица 6. Структура расходов федерального бюджета на здравоохранение\*, млрд рублей**

Направление расходов	Год				
	2007	2008	2009	2010	2011
Стационарная медицинская помощь	128,7	147,3	181,9	206,1	217,8
Амбулаторная помощь	13,3	85,5	125,7	120,4	135,4
Скорая медицинская помощь	0,1	0,4	0,5	0,4	0,3
Санаторно-оздоровительная помощь	15,8	18,7	26,2	28,2	33,7
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	2,2	6,0	6,5	5,9	5,7
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	6,8	21,8	27,7	11,6	12,9
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	3,2	4,4	5,3	4,7	7,5
Другие вопросы в области здравоохранения	22,7	46,9	57,5	49,8	53,0

\* Романова В. В. Показатели бюджетных расходов по отраслям социально-культурной сферы (консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджеты государственных внебюджетных фондов, федеральный бюджет) / В. В. Романова, Б. Л. Рудник, А. В. Мацкевич; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. — 86 с.

к 2011 году составили 217,8 млрд руб. Это связано, прежде всего, с тем, что стационарная медицинская помощь подразумевает использование высокотехнологического медицинского оборудования, которое требует значительных инвестиций.

Также можно отметить рост расходов на амбулаторную помощь с 13,3 млрд рублей в 2007 году до 135,4 млрд рублей в 2011 году. Причина этого заключается в том, что амбулаторная помощь является самой распространенной помощью населению, поскольку большинство болезней не требуют госпитализации больного. Кроме того, в рассматриваемый период наблюдается рост расходов на санаторно-оздоровительную помощь.

В 2014 году в среднем по Российской Федерации фактический объем скорой медицинской помощи сложился в размере 0,288 вызова на 1 застрахованное лицо, что составляет 90,6% от установленного, при этом фактическая стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи составила 1987,4 рубля, что на 31,8% выше установленного норматива финансовых затрат.

Фактический объем медицинской помощи с профилактической и иными целями составил 3,143 посещения на 1 застрахованное лицо, что на 38,5% выше норматива. Стоимость



1 посещения с профилактической и иными целями сложилась в размере 354,7 рубля, что на 11,4% выше установленного норматива.

Фактический объем медицинской помощи в неотложной форме сложился в размере 0,224 посещения на 1 застрахованное лицо, что составляет всего лишь 48,7% от установленного норматива. Стоимость 1 посещения в неотложной форме составила 423,0 рубля, что на 3,8% выше установленного норматива.

Фактический объем медицинской помощи в связи с заболеванием сложился в размере 1,859 обращения на 1 застрахованное лицо, что составляет 96,8% от установленного норматива. Стоимость 1 обращения в связи с заболеванием составила 1070,1 рубля, что на 14,7% выше установленного норматива.

Фактический объем медицинской помощи стационарных условиях составил 0,188 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, что на 6,8% выше установленного норматива. Стоимость 1 случая госпитализации составила 20 526,88 рубля, что на 7,0% выше установленного норматива.

Средняя длительность лечения в стационарных условиях составила 9,6 дня.

Объем медицинской реабилитации в стационарных условиях составил 0,029 койко-дня на 1 застрахованное лицо, или 96,7% от установленного норматива. Стоимость 1 койко-дня медицинской реабилитации сложилась в размере 1489,9 рубля, что на 15,2% выше установленного норматива.

Объем медицинской помощи в условиях дневного стационара составил 0,529 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, или 96,2% от установленного норматива. Стоимость 1 пациенто-дня сложилась в размере 704,2 рубля, что на 42,6% ниже установленного норматива.

Согласно Программе<sup>6</sup> средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году установлен в размере 6962,5 рубля на одно застрахованное лицо. В среднем по Российской Федерации фактический подушевой норматив составил 7866,6 рубля, что на 13,0% превышает установленный Программой, в сопоставимых показателях — на 5,7% выше установленного Программой с учетом скорой медицинской помощи.

---

<sup>6</sup> Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года № 932.

В структуре расходов медицинских организаций на оплату медицинской помощи расходы на заработную плату составили 86,3%, при этом расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют лишь 1% от общих расходов.

Лекарственное обеспечение граждан Российской Федерации состоит из отдельных направлений, различающихся по механизмам реализации, источникам финансирования и нормативной базе. В основе существующей системы лекарственного обеспечения лежит принцип государственной компенсации расходов на медикаменты для отдельных категорий населения, выделяемых по различным признакам.

Численность граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, в 2014 году составила: по состоянию на 1 января 2014 года — 3 490 435 человек, по состоянию на 1 октября 2014 года — 3 947 636 человек (прирост численности — 4,21%).

Норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, в 2014 году составил 671 рубль.

Анализ данных прироста затрат на медицину относительно прироста уровня здоровья населения в экономически развитых странах в течение последних трех десятилетий показывает, что эффективность функционирования служб системы здравоохранения во всем мире возрастает. Ограничение роста государственных расходов на здравоохранение является одним из наиболее важных вопросов для бюджета, встающих перед странами с развитой экономикой.

Хотя более высокие расходы на здравоохранение совпали с колоссальным улучшением состояния здоровья населения, они также оказали существенное давление на бюджеты, особенно сейчас, когда совокупный государственный долг в процентах к ВВП достиг беспрецедентных уровней.

Начиная с 2010 года темп роста расходов на здравоохранение замедлился, и крайне важно понимать, что это значит. В связи с этим возникает ряд вопросов:

- сохранится ли это замедление на длительный срок;
- найдутся ли расходы на здравоохранение под контролем.

Ответы на эти вопросы будут иметь серьезные последствия для долгосрочных перспектив развития экономики.

Серьезная обеспокоенность общества состоянием системы здравоохранения вызвана проблемами, которые накопились в здравоохранении России. Свидетельством служат как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие кризис системы здравоохранения: недофинансирование отрас-

ли и нерациональное аккумулирование денежных средств, дефицит кадров, недоступность лекарственного обеспечения, а также мнение профессионального и гражданского общества о системе здравоохранения.

Современное состояние российского рынка услуг здравоохранения, в целом, не является благоприятным. С 1990 года происходило сокращение материальных и трудовых ресурсов системы здравоохранения: коечный фонд уменьшился на 12%, численность врачей — на 46%, среднего медицинского персонала — на 10%. Несмотря на это, Российская Федерация продолжает занимать одно из первых мест в мире по численности врачей и количеству больничных коек на 1 тысячу человек населения. По данным Всемирного банка, этот показатель для России выше показателей других стран БРИКС в 4 раза (Россия — 4,3 на 1000 человек, Бразилия и Китай — 1,8, ЮАР — 0,8, Индия — 0,6)<sup>7</sup>. Эти показатели отражают неэффективность существующей системы здравоохранения.

Активное внедрение принципов медицинского страхования, предназначенных для улучшения показателей финансирования здравоохранения, не привело к существенным изменениям дел в отрасли. Как показывает практика, недостающие денежные средства можно компенсировать только путем привлечения внебюджетных средств за счет развития договорных платных медицинских услуг. Поиск дополнительных источников финансирования для покрытия недостатка средств бюджетного финансирования и фондов обязательного медицинского страхования становится актуальной проблемой для большинства медицинских организаций и обуславливает необходимость управления расходами посредством минимизации, результативности или выгоды затрат. Вновь введенные стандарты оказания помощи наряду с наименованием заболевания, сроками лечения включают критерии оценки качества, результата лечения, а также необходимого минимума затрат. А это, в свою очередь, требует изменения существующей модели финансирования<sup>8</sup>.

Согласно классификации Н. М. Парыгиной, источниками финансирования здравоохранения по их принадлежности (по субъекту собственности) являются:

1. Средства государства — к ним относятся денежные, материальные и интеллектуальные (нематериальные) ресурсы, находящиеся в собственности государства.

---

<sup>7</sup> Всемирный банк (2015) World Development Indicators: Health systems, <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.

<sup>8</sup> Гата А. С., Пантелеева Е. В. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения // Здравоохранение. — 2012. — № 10. — С. 16—34.

2. Средства негосударственных организаций — это денежные доходы данных организаций в порядке, определенном действующим законодательством, передаваемые на финансирование учреждений здравоохранения.

3. Средства населения (граждан), к которым отнесены денежные доходы граждан, в обязательном или добровольном порядке передаваемые на финансирование учреждений здравоохранения<sup>9</sup>.

По мнению Г. В. Неделько, источники финансирования учреждений здравоохранения по типу их образования (формирования) целесообразно разделить на два типа:

- рыночные источники финансирования учреждений здравоохранения. Автор относит к ним доходы учреждений здравоохранения, образующиеся в результате продажи медицинских услуг (по рыночным ценам), т. е. это выручка от продажи данной услуги;
- нерыночные источники финансирования — это доходы учреждений здравоохранения, имеющие форму финансовых доходов, или доходы, образующиеся в результате разного рода процессов перераспределения денежных доходов населения и организаций в пользу данных учреждений<sup>10</sup>.

Исследователь С. Л. Гусева считает, что источники финансирования учреждений здравоохранения по их виду можно классифицировать как<sup>11</sup>:

- бюджетные источники финансирования, которые, в свою очередь, разделяются на прямые бюджетные источники финансирования (средства государственного бюджета, расходуемые на прямое — непосредственное — финансирование учреждений здравоохранения) и косвенные бюджетные источники финансирования (средства государственного бюджета, которые используются на финансирование учреждений здравоохранения через организации медицинского страхования);
- внебюджетные источники финансирования учреждений здравоохранения — это государственные фонды денежных средств, которые не входят в состав государственного бюджета; применительно к сфере здравоохранения такие фонды называются фондами обязательного медицинского страхования;

---

<sup>9</sup> Парыгина Н. М. Проблемы бюджетного учета медицинских услуг в клинических диагностических центрах // Актуальные проблемы социально-экономического развития России.— 2010.— № 4.— С. 15—20.

<sup>10</sup> Неделько Г. В. Стандарты управленческого учета в высших учебных заведениях // Академия бюджета и казначейства Минфина России. Финансовый журнал.— 2011.— № 1.— С. 143—150.

<sup>11</sup> Гусева С. Л. Модели финансирования здравоохранения.— М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2012.— 43 с.

— небюджетные источники финансирования учреждений здравоохранения — это денежные средства граждан и негосударственных организаций.

Источниками финансирования учреждений системы здравоохранения в России на современном этапе являются:

1) внешние источники:

- различные уровни бюджета,
- средства ОМС,
- средства добровольного медицинского страхования (ДМС),
- средства благотворительных фондов,
- кредиты, ссуды, лизинг, факторинг (продажа или переуступка долгов);

2) внутренние источники (самофинансирование):

- доходы от платных медицинских услуг ЛПУ;
- экономия внутренних финансовых средств ЛПУ;
- доходы от сдачи в аренду помещений ЛПУ.

Источники формирования доходной части ЛПУ представлены на рис. 9.

В настоящее время финансовое обеспечение в сферу здравоохранения поступает из трех источников — напрямую из федерального бюджета (так финансируются, к примеру, Онкоцентр, Кардиологический центр и прочие большие федеральные институты), из региональных бюджетов и из ФОМС (все городские поликлиники и больницы).

В условиях ограниченных ресурсов ставится цель экономии финансовых средств по стране путем реализации программ по сокращению больничных коек и укрупнению больниц. Отсутствие инфраструктуры и условий для оказания медицинской помощи сказываются на судьбе ЛПУ.

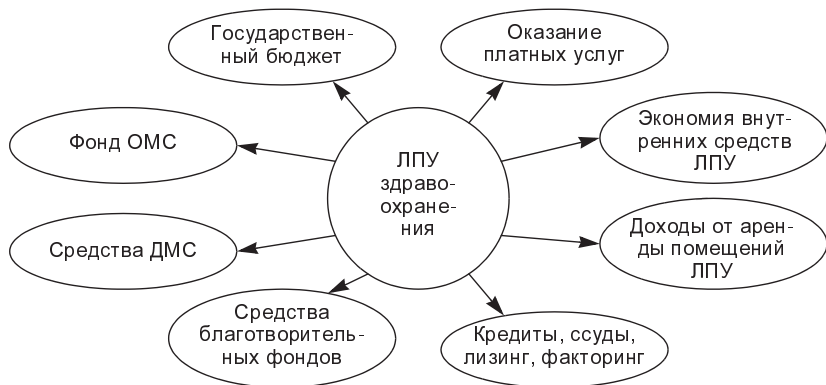


Рис. 9. Источники финансирования ЛПУ здравоохранения.

**Таблица 7. Расходы федерального бюджета Российской Федерации на здравоохранение\*, млрд рублей**

Наименование	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Расходы на здравоохранение, всего	2206,9	2428,7	2546,7
Удельный вес в общей сумме расходов бюджетов бюджетной системы РФ, %	9,7	9,9	10,0
В том числе:			
федеральный бюджет	554,7	506,6	466,4
расходы бюджета федерального ФОМС без учета межбюджетных трансфертов из федерального бюджета	839,9	1001,1	1194,0
консолидированные бюджеты субъектов РФ без учета межбюджетных трансфертов из федерального бюджета и без платежей на ОМС неработающего населения	812,3	921,0	978,1

\* Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации: <http://www.rosminzdrav.ru>. ФОМС — Фонда обязательного медицинского страхования.

На текущий момент остро стоит проблема недостаточного финансирования сферы здравоохранения. Общие расходы на здравоохранение в РФ ниже, чем в среднем по странам СНГ, и значительно отстают от аналогичного показателя в странах Европейского союза. Расходы здравоохранения на душу населения в России также остаются относительно низкими. В отличие от стран Европейского региона ВОЗ, государственное финансирование здравоохранения в РФ весьма незначительно, а его доля в общих расходах на здравоохранения за период 2012—2014 годов остается на низком уровне (табл. 7). Сегмент частных расходов на здравоохранение формируется в основном за счет личных платежей граждан, поскольку лекарственное обеспечение амбулаторных больных не входит в Программу государственных гарантий.

В то время как во всех странах отмечается рост расходов на здравоохранение, в России по-прежнему тратится существенно меньше минимально необходимого объема финансирования здравоохранения, определяемого ВОЗ в размере 5% от ВВП. Государственные траты России в несколько раз ниже стран Европейского союза (в Венгрии, Чехии и Польше — 6% ВВП, Германии — 11%<sup>12</sup>). В то же время в рамках перехода на одноканальное финансирование, т. е. финансирование ис-

<sup>12</sup> Всемирный банк (2015) World Development Indicators: Health systems, <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>

Таблица 8. Динамика расходов на здравоохранение в Российской Федерации (1995–2011)\*, выборочные годы

Наименование расходов	Год					
	1995	2000	2005	2007	2009	2011
Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС (руб. за долл. США)	300	369	615	893	1177	1361
Общие расходы на здравоохранение в % ВВП	5,4	5,4	5,2	5,4	6,2	6,1
Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	73,9	59,9	62,0	64,2	67,0	59,7
Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	26,1	40,1	38,0	35,8	33,0	40,3
Доля личных платежей граждан в частных расходах на здравоохранение, %	64,7	74,7	82,4	83,0	82,4	87,8
Доля внешних источников финансирования в общих расходах на здравоохранение, %	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Доля официальных платежей граждан в частных расходах на здравоохранение, %	64,7	74,7	82,4	83,0	82,4	87,8
Доля официальных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение, %	16,9	30,0	31,3	29,7	27,2	35,4
Доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, %	9,0	12,7	11,7	10,2	10,0	10,1
Государственные расходы на здравоохранение в % ВВП	4,0	3,2	3,2	3,5	4,1	3,6

Примечание: ППС — паритет покупательной способности.

\* Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех»: [http://data.euro.who.int/hfaddb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html)

ключительно через ФОМС, доля федеральных расходов на здравоохранение в 2015 году снижена в номинальном исчислении в 1,5 раза. Это означает, что ответственность за финансирование Программы государственных гарантий возложена на дефицитные бюджеты регионов, систему ОМС и граждан. В 2013 году на здравоохранение выделялось 3,7% федерального бюджета, в 2014 году доля затрат снизилась до 3,6%. Больше половины субъектов РФ имеют существенный дефицит

бюджета, вызванный слишком большими тратами и снижением производственной мощности. Таким образом, нынешняя ситуация диктует необходимость в сокращении расходов. Государством принято решение экономить расходы за счет социальной сферы, в том числе за счет системы здравоохранения.

В России на долю стационарной помощи приходится около 70% объема общих расходов, выделенных на здравоохранение, против 35—40% в западных странах. Это означает, что при общем недофинансировании здравоохранения поликлиники финансируются методом остатка. Доля врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, в России составляет 20—25% общего числа врачей, в то время как в странах с передовыми системами (например, в Канаде) данный показатель достигает 60%. Уровень госпитализации составляет примерно 21 на 100 человек против 12—15 в западных странах. Средняя продолжительность лечения — 17 дней против 8—10 дней в зарубежных странах. Частота направлений пациентов участковыми врачами к специалистам составляет как минимум 30% от числа первичных посещений, в то время как в зарубежом — 4—10%. Показатели обеспеченности больничными койками и врачебными кадрами примерно вдвое выше, чем в западных странах<sup>13</sup>. Объемы стационарной помощи в России в несколько раз выше, чем в ведущих западных странах, хотя объемы государственного финансирования и их удельный вес в ВВП намного ниже.

Перед системой здравоохранения России поставлена непростая задача — разрешение последствий недофинансирования отрасли, которое привело к снижению качества и доступности медицинской помощи, технологическому отставанию медицины и ухудшению состояния основных фондов. Система здравоохранения не является приоритетом правящей власти, а сохранение здоровья не является одной из основных ценностей россиян. Стратегия развития здравоохранения до 2020 года содержит теоретические планы модернизации отрасли в нескольких аспектах, включая обеспечение универсального доступа граждан к здравоохранению. Однако проблема в том, что планы, отраженные в Стратегии, не подкреплены достаточными финансами. Наоборот, в 2013 году принято решение о снижении темпов роста расходов на здравоохранение даже по сравнению с самым консервативным сценарием. Для решения проблемы недофинансирования государство поставлено в условия постоянного поиска новых источников эконо-

---

<sup>13</sup> Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации: <http://www.rosminzdrav.ru>.



**Таблица 9. Структура расходов россиян на здравоохранение (в %) в 2011—2012 годах по 10-процентным группам населения**

Наименование расходов	10% самых малообеспеченных россиян		10% самых обеспеченных россиян	
	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.
Частные расходы на здравоохранение	100	100	100	100
из них:				
медикаменты и медицинское обслуживание	86,4	87,0	40,6	43,3
амбулаторные услуги	13,6	13,0	46,9	40,0
услуги стационара	0,0	0,0	12,5	16,7

\* Структура потребительских расходов домашних хозяйств по 10-процентным группам населения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/bednost/table/4-2.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/bednost/table/4-2.htm)

мии. С этой целью предполагается проведение масштабной реструктуризации и укрупнения лечебно-профилактической сети путем слияния больниц. Одним из путей экономии является ужесточение условий получения бесплатной медицинской помощи путем конкретизации и возможного сокращения Программы государственных гарантий. В том числе впервые с 2014 года в регионах стали доступны списки предоставляемых платных и бесплатных медицинских услуг, что послужило основанием скрытого признания государством того факта, что принцип «всё, всем и бесплатно» не может работать в современной России. В том числе стоит ожидать и случаев отказа в лечении или лекарственном обеспечении из-за нехватки финансирования.

Данные Росстата позволяют оценить динамику роста затрат на медицинские услуги и приобретение медикаментов. За период с 1994 по 2007 год они выросли в сопоставимых ценах в 7,9 раза, в то время как государственные затраты до 2006 года превышали уровень 1994 года лишь в 1,1—1,5 раза. В период с 1995 по 2011 год наблюдалась тенденция преобладания частных расходов над государственными, с общим ростом доли частных расходов в общих расходах здравоохранения в 2,1 раза. В структуре частных расходов на здравоохранение половину и более составляют затраты населения на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в розничной сети (табл. 9). Расходы населения на платные медицинские услуги и неформальные платежи в сумме достигают 87,9% частных расходов. Взносы на добровольное медицинское страхование достигают 7% частных расходов. Стоит отметить постоянный рост ежемесячных расходов на здраво-

охранение на одного члена домохозяйства. Так, например, расходы на здравоохранение возросли на 8,6% в группе домохозяйств с наименьшими доходами (10% самых малообеспеченных россиян) и на 14% в группе домохозяйств с наибольшими доходами (10% самых обеспеченных россиян) в период с 2011 по 2012 год<sup>14</sup>. Из услуг здравоохранения наибольший вклад в потребительские расходы составляют затраты на приобретение медикаментов — до 2,4% всех потребительских расходов домохозяйств в России.

С учетом намечающихся тенденций в финансировании здравоохранения и структуры неформальных платежей, прогноз расходов на обеспечение населения рецептурными препаратами (без учета стандартов), представляется печальным, все более остро обозначая проблему неравенства россиян. По данным экспертов НИУ «Высшая школа экономики», расходы населения возрастут от 331,9 млрд рублей в 2013 году до 1303,5 млрд рублей в 2020 году, существенно опережая государственные расходы (255 млрд рублей в 2013 году, 364,5 млрд рублей в 2020 году). Особенно это заметно, если рассматривать расходы населения на лекарства. Россия — одна из немногих стран, которые почти не предоставляют пациентам лекарства в амбулаторном звене. А именно на этом этапе возможна профилактика заболеваний и осложнений с использованием гораздо меньших финансовых затрат по сравнению со стационарной помощью.

В связи с новыми законодательными инициативами в сфере здравоохранения предполагается постепенное сокращение федерального финансирования путем перераспределения финансовых потоков — большая часть финансирования здравоохранения будет происходить через Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС). 2013 и 2014 годы явились переходным этапом, на котором использовалась трехканальная система финансирования. С 2015 года финансирование полностью осуществляется за счет субвенций ФФОМС. Система здравоохранения таким образом стала полностью региональной. Однако если изучить реальное положение вещей в регионах РФ, то рост финансирования за счет регионов вряд ли возможен. Долговая нагрузка во всех регионах за 2013 год выросла, дефицит бюджетов такой, что с заложенным ростом они не смогут справиться. Например, долговая нагрузка Южного федерального округа достигла 47,7%, Приволжского федерального округа — 39,8%. Среди субъектов РФ самую низкую долговую

---

<sup>14</sup> Расходы на конечное потребление домашних хозяйств по 10-процентным группам населения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/bednost/tab1/4-1.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/bednost/tab1/4-1.htm)

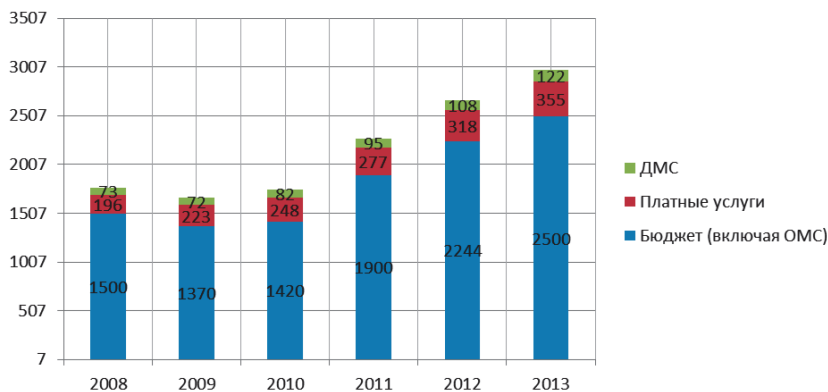


Рис. 10. Структура источников финансирования здравоохранения в России, млрд рублей.

нагрузку имеют Тюменская область и Пермский край (0,6%). Ненецкий автономный округ не имеет долговых обязательств<sup>15</sup>.

В пояснительной записке к проекту постановления Правительства РФ «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»<sup>16</sup> указано, что в 2014 году прямые ассигнования из бюджета уменьшены на 16,2 млрд рублей, в 2015 году — на 17,3 млрд рублей, в 2016 году — на 28,9 млрд рублей. При этом средства ФФОМС, являющиеся источником финансового обеспечения Государственной программы, увеличены в 2014 и 2015 годах суммарно на 40,8 млрд рублей, однако в 2016 году запланировано уменьшение на 329,1 млрд рублей.

Основным источником финансирования здравоохранения в РФ является бюджетное финансирование, которое имеет тенденцию к снижению, однако альтернативные источники растут быстрее (рис. 10).

Система финансирования здравоохранения в России основана на бюджетно-страховой модели, в которой медицинское страхование сочетается с бюджетным и платным здравоохранением. Концепцией реформирования здравоохранения в России предусматривается переход к чисто страховой модели с расширением добровольного (частного) медицинского страхования.

<sup>15</sup> Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации: <http://www.minfin.ru/ru/performance/budget/index.php>

<sup>16</sup> Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 года № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

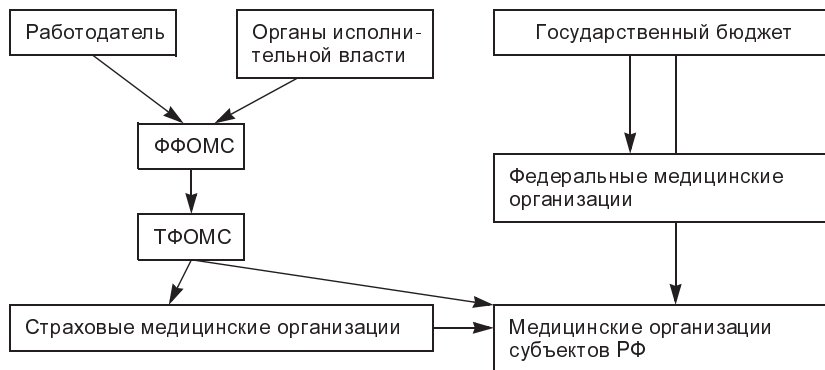


Рис. 11. Схема финансирования здравоохранения в России.  
ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Модель финансирования здравоохранения в России представлена на рис. 10.

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

1) доходов от уплаты:

- страховых взносов на обязательное медицинское страхование,
- недоимок по взносам, налоговым платежам,
- начисленных пеней и штрафов;

2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет ФФОМС в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Формирование средств ОМС происходит за счет страховых взносов страхователя за работающее население, размер которых составляет 5,1% от фонда оплаты труда.

Сложившаяся бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения является затратной по сравнению с государственной моделью финансирования из налогов, принятой в большинстве стран Европейского союза. Трехканальное финансирование (федеральный, региональный бюджеты и ОМС) в 2015 году полностью переведено на одноканальное —

через систему ОМС. Подобная модель реализуется через частные страховые медицинские организации, заинтересованные в извлечении прибыли путем применения штрафных санкций, накладываемых на лечебно-профилактические учреждения. Принцип финансирования «деньги идут за пациентом» и «оплата за пролеченного больного» на практике показали, что медицинские учреждения становятся экономически заинтересованными в обследовании и лечении конкретного пациента и не перенаправляют даже в случае необходимости в другие учреждения, так как деньги «уйдут» за ним. Второй же принцип сделал медицинские учреждения заинтересованными в большем количестве «пролеченных больных», лучше — тяжелых, которые проведут длительный срок на лечении. Так государственные интересы разнятся с интересами ЛПУ, ориентированными на процесс оказания медицинских услуг, а не на результаты.

Система ОМС не решает полностью проблемы финансирования. Она является громоздкой и затратной. Многочисленные страховые компании, являясь посредниками между медицинскими учреждениями и ФОМС, не отвечают за качество медицинской помощи, но оттягивают на свое содержание и без того мизерное финансирование ЛПУ. Медико-экономические стандарты в системе ОМС несовершенны, предусматривают необоснованно длительное пребывание больного на койке и чрезмерное количество анализов, в то время как тарифы резко занижены и не покрывают финансовые затраты на лечение и обследование больного. Вместе с тем страховые компании многочисленными проверками отвлекают врачей от работы и накладывают штрафные санкции за недостатки, не влияющие на исходы лечения, а именно за неправильное оформление историй болезни (неправильное определение показаний к госпитализации, отсутствие в анамнезе пациента указания принимаемых пациентом препаратов и их дозировку для лечения сопутствующих заболеваний). Контроль в системе ОМС превратился не в контроль за качеством медицинской помощи, а в контроль за регламентированными в медико-экономических стандартах (МЭС) койко-днями и выполненными анализами. Принятый в 2010 году Федеральный закон № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>17</sup> определил основания для применения санкций, а их размеры стали предметом договора между страховыми компаниями и медицинскими организациями, работающими в системе ОМС. Рекомендованные размеры штрафных санкций были зафиксированы отдельным письмом

---

<sup>17</sup> Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

ФФОМС<sup>18</sup>. Размеры санкций по некоторым видам нарушений доходили до 500% от размера норматива финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в расчете на одно застрахованное лицо в год. Кроме того, в системе ОМС нарушен принцип солидарности, когда богатый платит за бедного, работающий — за неработающего, здоровый — за больного. В России обязательный страховой взнос платит работодатель из фонда оплаты труда, а не из своей прибыли, т. е. за счет недоплаченной зарплаты работающим. В итоге работающее население платит в систему ОМС все больше, сама система ОМС становится более затратной, а медицинская помощь становится все менее доступной.

Несовершенны и программы по формированию реестров за пролеченных больных. Отсутствуют единая информационная система ОМС и доступ к базам застрахованным. Смена места жительства или места работы пациента влечет за собой смену полисов, которые отсутствуют в базе данных, и, соответственно, страховые компании за больного не оплачивают.

Так, например, гражданин РФ с полисом ОМС, выданным в Москве, в 2013 году имел возможность замены мутного хрусталика на интраокулярную линзу («искусственный хрусталик», операция факэмульсификации катаракты) в ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. С. Н. Федорова бесплатно. Стоимость операции возмещалась из средств ОМС, пациент оплачивал только стоимость интраокулярной линзы (от 10 тыс. рублей). В 2014 году условия получения медицинской помощи изменились: все граждане России с полисом ОМС города Москвы оплачивают стоимость операции и линзы в полном объеме (более 35 тыс. рублей). При этом на отделение хирургии катаракты выделяются ежемесячные квоты на выполнение операции за средства ОМС в размере 30 штук при ежемесячном потоке пациентов около 700 человек. Таким образом, доступность получения помощи существенно снизилась, вынуждая пациентов прибегать к платному получению медицинской услуги в силу выраженного влияния заболевания на качество жизни.

Существуют экспертные оценки размеров неформальной оплаты медицинских услуг. Опираясь на такие оценки, размеры совокупных частных расходов на здравоохранение в России, с учетом расходов коммерческих и некоммерческих организаций, можно оценить в размере 2,5% ВВП в 2011 г. Частные расходы на здравоохранение включают в себя неформальные платежи, платежи через кассу, а также добровольное медицинское страхование и составляют 40% от общих расходов

---

<sup>18</sup> Письмо ФФОМС от 19 декабря 2012 года № 9732/30—5/и «О порядке определения последствий неисполнения медицинской организацией обязательств по оказанию медицинской помощи».

Таблица 10. Структура частных расходов на здравоохранение в странах БРИКС в 2011 году\*, %

Наименование расходов	Страна				
	Бразилия	Россия	Индия	Китай	ЮАР
Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение	54,3	40,3	69,5	44,1	52,3
Доля личных платежей в общих расходах на здравоохранение	31,3	35,4	59,8	34,8	7,2
Доля частного страхования в частных расходах на здравоохранение	40,4	7,0	4,7	6,4	81,1

\* WHO National Health Accounts, 2011: <http://www.who.int/health-accounts/en/>

на здравоохранение, что является существенной величиной в сравнении со странами Европейского союза, где этот показатель в 2011 году составлял 23,4%<sup>19</sup>. Стоит отметить, что распространённость частных платежей меньше, чем в других странах БРИКС (табл. 10).

Интересными для сравнения являются соотношения размеров формальных и неформальных платежей для разных видов услуг. Оплата диагностических исследований и анализов, медицинских материалов, приема и консультаций производится преимущественно в легальной форме. В большинстве регионов неофициальные платежи превышают официальные для следующих видов услуг: направление на дополнительные обследования, выдача справок, проведение процедур, прием фельдшером или медсестрой. Платежи врачу за направление в другие медицинские учреждения, выдачу больничного листа или справки о нетрудоспособности при отсутствии медицинских показаний, платежи среднему медицинскому персоналу за предоставление информации по определению являются неформальными<sup>20</sup>.

В настоящее время остро стоит проблема финансирования лекарственного обеспечения. Россия, как и прежде, отстает от среднеевропейского уровня потребления лекарственных препаратов в три раза, и в пять раз — от уровня потребления в США. Меньше, чем в России (133 доллара США), потребление лекарственных препаратов на одного человека составляет только в Бразилии и в Китае — 118 и 31 доллар США соответ-

<sup>19</sup> ФОМ «Всероссийский опрос «Забота о здоровье», <http://fom.ru/obshchestvo/10984>

<sup>20</sup> Бесстремянная Г. Е., Шишкин С. В., Шилова Л. и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет.— М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2004.

ственно<sup>21</sup>. На пути получения бесплатных лекарств стоит большое количество бюрократических барьеров, требующих изрядного здоровья для получения необходимых лекарств льготными группами граждан. Основную часть фармацевтических препаратов составляют препараты зарубежного производства. В условиях применения норм Всемирной торговой организации Россия, при отсутствии собственного производства, может стать полностью зависимой от импорта лекарств, что приведет к удорожанию лекарственной помощи. Кроме того, по данным Росздравнадзора, 90% всех случаев фальсификации связаны с подделкой именно зарубежных лекарств<sup>22</sup>.

Финансирование лекарственной помощи по-прежнему нерационально. Допустимый уровень душевых расходов на лекарственное обеспечение онкологических больных в 10—15 евро, предложенный Каролинским институтом (Швеция), не достигается в России при имеющемся объеме финансирования и составляет всего 3,3 евро. Расчеты показывают, что для лечения онкологических заболеваний в России необходимо увеличить бюджет в четыре раза и начинать использовать инновационные препараты на ранних стадиях заболеваний в соответствии с международными рекомендациями, а не на последних, как происходит в России. Такой подход приводит фактически к расходованию денежных средств впустую. Кроме того, с 2015 года затраты на лечение онкологических пациентов переданы в систему ОМС, в которой не хватает достаточного количества средств для лечения такого контингента больных.

«Регионализация здравоохранения» подразумевает сокращение федерального финансирования медицины за счет увеличения регионального, в то время как относительно благополучными в финансовом плане являются, по данным экспертов, лишь 17 субъектов РФ из 83<sup>23</sup>. Регионализация грозит россиянам, страдающим онкологическими заболеваниями, дискриминацией по месту проживания. По мнению экспертов Центра социальной экономики, дефицит бюджета на онкологическую помощь наблюдается в подавляющем большинстве субъектов страны, а в некоторых регионах разрыв между фактическим и необходимым финансированием лечения является десятикратным. В обращении исполнительного комитета

---

<sup>21</sup> Официальный сайт компании Orchestrated Customer Engagement: <http://www.imshealth.com/en>.

<sup>22</sup> Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения «О ситуации с подделкой лекарственных средств. Пресс-релиз»: [http://www.roszdravnadzor.ru/main/news/11\\_334](http://www.roszdravnadzor.ru/main/news/11_334).

<sup>23</sup> Министерство регионального развития РФ «Доклад о ситуации в экономике, финансово-банковской и социальной сферах субъектов Российской Федерации в январе—декабре 2013 года».



VII форума «Движение против рака» к Президенту РФ В. Путину в 2014 году говорится: «Многие регионы не имеют возможности изыскать источники финансирования расходов на закупку необходимых препаратов и лечение тяжелобольных людей. Отказ в своевременном предоставлении лекарственных препаратов на бесплатной или льготной основе, особенно дорогостоящих, ведет к прогрессированию заболеваний и вынужденному росту затрат на лечение и к безвременной гибели больных».

Отказывать пациентам-льготникам в выписке бесплатных рецептов, в том числе по причинам, не имеющим правовых оснований (например, «из-за недостаточного бюджетного финансирования»), были вынуждены около 60% российских онкологов в 2013 году. Пациенты были лишены лечения вовсе или приобретали дорогостоящие препараты из личных средств.

Возможность для каждого региона иметь собственный список бесплатных или льготных препаратов лишает многих россиян прав на лекарственное обеспечение. Таким образом, регионализация лекарственного обеспечения создала ситуацию неравенства между субъектами РФ.

Важным аспектом в финансировании лекарственной помощи является то, что до 80% лекарственных средств, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, не являются доказанными с точки зрения безопасности и эффективности. Таким образом, около 500 млрд рублей тратятся ежегодно впустую, в то время как многие лекарственные средства с доказанной безопасностью и эффективностью в данный перечень не входят.

### ПЛАН И ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ, МЕТОДИКА СБОРА И ОБРАБОТКИ МАТЕРИАЛА

В соответствии с целью и задачами исследования, с учетом анализа литературных источников, нами были обоснованы методологические и методические подходы настоящего исследования. Для достижения поставленной цели проведено комплексное исследование, направленное на изучение процессов реформирования систем здравоохранения, формирование инструментов повышения эффективности предпринимаемых реформ; развитие конкуренции в системе здравоохранения; определению путей выбора научно обоснованной стратегии развития системы здравоохранения, базирующейся на результатах прогнозирования и учета особенностей социально-экономического развития страны, наличия «больших вызовов» для страновой экономики. Программа исследований представлена в табл. 11. Она предусматривала поэтапное решение задач, на основе которых планировалось обоснование проводимых мероприятий исследования.

В рамках выполнения диссертационного исследования разработан специальный статистический инструментарий для анализа эффективности процессов реформирования системы здравоохранения. В рамках проведения социологического исследования разработаны анкеты для опроса населения; карты репрезентативной выборки; сценарий проведения фокус-групп.

Для экспертного анализа разработана методика отбора экспертов; построен их квалификационный портрет; создан реестр таких экспертов. Он включает 70% ученых, имеющих ученую степень не ниже доктора наук в области здравоохранения, экономики; в том числе 40% из них имеют практический опыт работы в системе здравоохранения, экспертной работы при научно-технологическом прогнозировании, стратегическом планировании и оценке нормативно-правовых документов национального уровня. Также 20% такого реестра являются врачами высшей квалификации с опытом практической работы не менее 10 лет; а 10% экспертов являются администраторами системы здравоохранения.

**Таблица 11. Организационно-информационная программа исследования**

Этапы исследования	<p>I этап. Изучение международного и отечественного опыта реформирования национальных систем здравоохранения</p> <p>II этап. Изучение базовых показателей эффективности реформирования национальных систем здравоохранения. Выявление отличительных особенностей и глобальных трендов</p> <p>III этап. Изучение нормативно-правовой базы реформирования системы здравоохранения</p> <p>IV этап. Разработка организационной модели реформирования системы здравоохранения</p> <p>V этап. Апробация организационной модели реформирования системы здравоохранения</p>				
Объект исследования	Здравоохранение Российской Федерации Региональные системы здравоохранения				
Методы исследования	Исторический, библиографический, изучение и обобщение опыта, статистические (абсолютные, относительные, средние величины, коэффициенты, интегральные показатели развития национальных систем, показатели достоверности, репрезентативности); социологические (анкетирование, фокус-группы), сравнительный анализ, экспертные оценки, монографические, аналитические, математического моделирования				
Предмет исследования	Система здравоохранения				
Объем исследования	I этап Международные и российские сопоставления по открытым источникам информации	II этап Социологический опрос с количеством респондентов 11 300 человек Две фокус-группы с участием 30 экспертов	III этап Одна фокус-группа с участием 10 экспертов	IV этап Система здравоохранения	V этап Город Москва
Источники информации	Международные и российские БД, 56 источников	Международные и российские БД, 21 источник	Юридические БД, журналы и статьи в официальных СМИ, 122 источника	Годовые отчеты Министерства здравоохранения РФ, региональных органов власти	Аналитические материалы, приказы и отчеты органа государственной власти субъекта РФ

Способы сбора данных	Выборочное	Выборочное	Сплошное	Сплошное	Сплошное
Период наблюдения	2000—2016 годы	1990—2016 годы	2000—2016 годы	2014—2016	2016

Примечание. БД — база данных.

На первом этапе проводилось изучение международного и отечественного опыта реформирования систем здравоохранения. Особое внимание было уделено изучению процессов реформирования в странах — мировых лидерах, странах ОЭСР. Проведен сопоставительный анализ моделей системы здравоохранения.

На втором этапе проводилось углубленное изучение базовых показателей эффективности реформирования систем здравоохранения. Выявлены отличительные особенности и глобальные тренды развития здравоохранения. Для этого была сформирована БД показателей эффективности. Определен временной период статистического наблюдения. Выработаны информационные технологии проведения анализа динамики значений показателей. Использовалась база данных SPSS для расчетов изменений количественных значений отобранных показателей. Проведено в различные периоды (2012, 2014 и 2016 годы) три заседания фокус-группы с экспертами для обсуждения вопросов изменений системы здравоохранения, динамики показателей оценки эффективности реформы здравоохранения, определения глобальных трендов развития и реакции российской государственной власти на изменения в обществе и экономике, определения приоритетов реформирования здравоохранения.

На третьем этапе проведено изучение нормативно-правовой базы реформирования системы здравоохранения. Для этого разработана определенная матрица анализа нормативно-правовой базы российского здравоохранения, взаимосвязи с действующим законодательством, выявления юридических «лакун» в нормативной сфере. Затем проведена классификация нормативно-правовых актов, которые были изучены в период с 2006 по 2016 год. Одновременно внимание автора было сконцентрировано не только на законодательной базе и подзаконных актах Министерства здравоохранения РФ, но и изучены документы стратегического планирования развития России, отдельных сфер деятельности, комментарии экспертов и предложения по вносимым изменениям нижней палаты Федерального собрания в части развития социально-эко-

номической сферы, общества, системы здравоохранения. В 2014 году проведена экспертная сессия по вопросам определения глобальных трендов развития здравоохранения в мире, выбору наиболее оптимальной организационной модели здравоохранения, определению институциональной структуры отечественного здравоохранения и межведомственного взаимодействия при определении долгосрочных целей развития.

На четвертом этапе разработана организационная модель реформирования российского здравоохранения. Для этого нами проведены обоснование и разработка такой модели, визуализация институциональных элементов модели, описаны основные функции каждой из составляющих модели реформирования системы здравоохранения России. Охарактеризованы механизмы внедрения авторской модели реформирования системы здравоохранения.

На пятом этапе проведена апробация модели реформирования системы здравоохранения. Выявлены и систематизированы основные замечания экспертов, проанализированы последствия масштабного внедрения, даны прогностические экспертные оценки последствий реформирования, подготовлены предложения по минимизации рисков и повышению эффективности реформирования системы здравоохранения, разработаны нормативно-методические документы по масштабированию организационной модели. В качестве базового региона использован город Москва. Этот регион, помимо того что является финансовым центром страны, имеет огромный потенциал по формированию ведущей на мировом рынке системы здравоохранения. Население Москвы составляет на 1 января 2016 года 12 330 тыс. человек, из них 63% составляет трудоспособное население, 24% — выше трудоспособного возраста и 13% — ниже трудоспособного возраста. Плотность населения Москвы высокая и составляет 4,8 тыс. человек на 1 кв. км. В отличие от многих регионов Российской Федерации, в Москве последние несколько лет наблюдается положительный естественный прирост — порядка 2%. Ключевые критерии оценки качества жизни населения в Москве находятся в среднем на уровне международных. Например, продолжительность жизни населения составляет 76,8 года (среднероссийский показатель — 71,4 года, в развитых странах мира — 81 год, в США — 79,3 года). Смертность трудоспособного населения на 1 января 2016 года находилась на уровне 354 человека на 100 тыс. населения (среднероссийский показатель — 536,5 на 100 тыс. населения).

В исследовании использованы современные научные методы, в том числе исторический, библиографический, изучение и обобщение опыта, статистические (абсолютные, относительные, средние величины, коэффициенты, интегральные

показатели развития национальных систем, показатели достоверности, репрезентативности); социологические (анкетирование, фокус-группы), сравнительный анализ, экспертные оценки, монографические, аналитические, математического моделирования. Период активного наблюдения составил 16 лет (2000—2016 годы).

### СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Одним из ключевых показателей эффективности системы здравоохранения является уровень удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания. В то же время оценки населения носят динамический характер, поэтому для использования такого рода информации в общей формуле расчета оценки российской системы здравоохранения необходимо наличие актуальных, статистически достоверных данных. Особую значимость в этом случае будет иметь изучение уровня удовлетворенности населения доступностью и качеством предоставляемых услуг в медицинских организациях, комплексная оценка россиянами работы медучреждений и медицинского персонала, уровень информированности населения о реализуемых программах, их востребованность гражданами и т. д.

В настоящем разделе представлены данные разнообразных социологических исследований, отражающих отношение россиян к проблемам и перспективам развития российской национальной системы здравоохранения:

- Левада-центр. Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения (2012 г.), выборка — 1600 респондентов<sup>24</sup>;
- Левада-центр: уровень удовлетворения системой здравоохранения (2013 г.), выборка — 1600 респондентов<sup>25</sup>;
- ФОМ: отношение населения к сфере здравоохранения (2011 г.), выборка — 1500 респондентов<sup>26</sup>;
- ВЦИОМ: Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения (2008 г.), выборка — 1600 респондентов<sup>27</sup>;

<sup>24</sup> Левада-центр. Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения (2012 г.)// <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2012>

<sup>25</sup> Левада-центр: уровень удовлетворения системой здравоохранения (2013 г.)// <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2013>

<sup>26</sup> ФОМ: отношение населения к сфере здравоохранения (2011 г.)// <http://bd.fom.ru/pdf/d18rz11.pdf>

<sup>27</sup> ВЦИОМ: Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения: [http://wciom.ru/zh/print\\_q.php?s\\_id=583&q\\_id=41\\_920&date=21.12.2008](http://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=583&q_id=41_920&date=21.12.2008)

— ВЦИОМ: Социально-демографическое исследование отношения населения к российскому здравоохранению в регионах России и по России в целом (2014 г.), выборка — 5000 человек, статистическая погрешность — 4,1% (исследование проводилось при участии автора).

### 3.1. Оценка удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи

Анализ восприятия населением ситуации в сфере здравоохранения важно проводить с учетом объема и структуры потребностей в медицинских услугах. Спрос на медицину во многом связан с социально-демографическими характеристиками, прежде всего с возрастом, полом, а также с наличием хронических заболеваний, инвалидности, ограничений по здоровью.

В рамках настоящего исследования на основе вопросов о наличии хронических заболеваний и инвалидности была построена типология по уровню здоровья:

Тип 1. Серьезные проблемы со здоровьем (наличие инвалидности любой группы) — 7%.

Тип 2. Умеренные проблемы со здоровьем (наличие хронических заболеваний, но без инвалидности) — 28%.

Тип 3. Нет существенных проблем со здоровьем (отсутствие хронических заболеваний, отсутствие инвалидности) — 65%.

Среди опрошенных большинство (65%) отмечает отсутствие существенных проблем со здоровьем — в основном это представители молодежи и среднего возраста (среди почти здоровых 64% в возрасте до 45 лет, в целом по выборке таких 53%). Умеренные проблемы со здоровьем зафиксировали у себя 28% опрошенных, из них большинство — женщины (63%) и респонденты старше 55 лет (37%). Наличие серьезных про-

Таблица 12. Тип здоровья в различных половозрастных группах, в % от опрошенных в каждой группе

Варианты ответа	Тип 1. Серьезные проблемы	Тип 2. Умеренные проблемы	Тип 3. Нет существенных проблем со здоровьем
Пол:			
мужской	52	37	51
женский	48	63	49
Возраст, годы:			
18—24	2	6	18
25—34	7	13	26
35—44	11	16	20
45—54	26	28	22
55—65	54	37	14



блем со здоровьем характерно для 7% участников опроса, в основном это представители старшего возраста (54% старше 55 лет).

Важно отметить, что для участия в опросе приглашались респонденты не старше 65 лет и в качестве дополнительного фильтра использовался хотя бы однократный опыт обращения за медицинской помощью в последние 3 года.

Рассмотрим данные, отражающие удовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощи.

### 3.3.1. Потребление медицинских услуг

Рассмотрим структуру пользования медицинскими услугами по типам организаций. Подавляющее большинство опрошенных (89%) отметили, что за последние три года хотя бы раз лично обращались в региональные медицинские учреждения. Достаточно востребованным является получение медицинских услуг в коммерческих клиниках (35%).

Среди возрастных особенностей стоит отметить более высокую активность обращения в частные клиники респондентов 25—44 лет (41%, в группе старше 55 лет таких 27%). Прямое влияние оказывает также субъективное восприятие благосостояния семьи: респонденты, оценивающие свое материальное положение как хорошее, чаще прибегают к коммерческой медицинской помощи (41%, в группе с плохим — только 28%), реже к обычным региональным поликлиникам, больницам (85 и 93% соответственно).

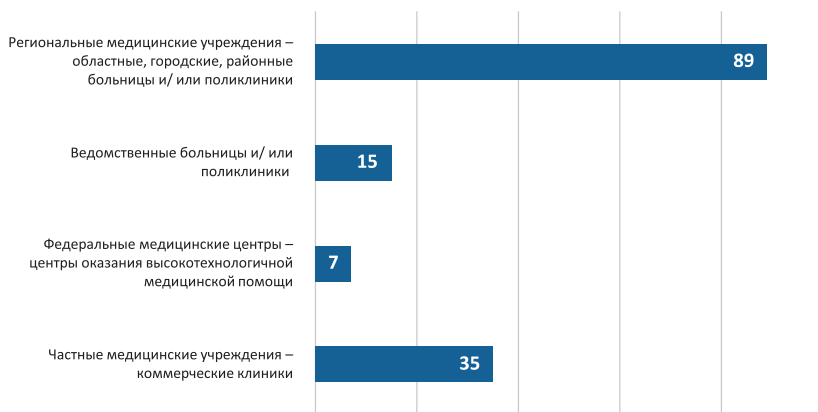


Рис. 12. Положительные ответы на вопрос «Скажите, за последние три года Вы лично обращались или не обращались в следующие медицинские организации?», в % от общего числа опрошенных.

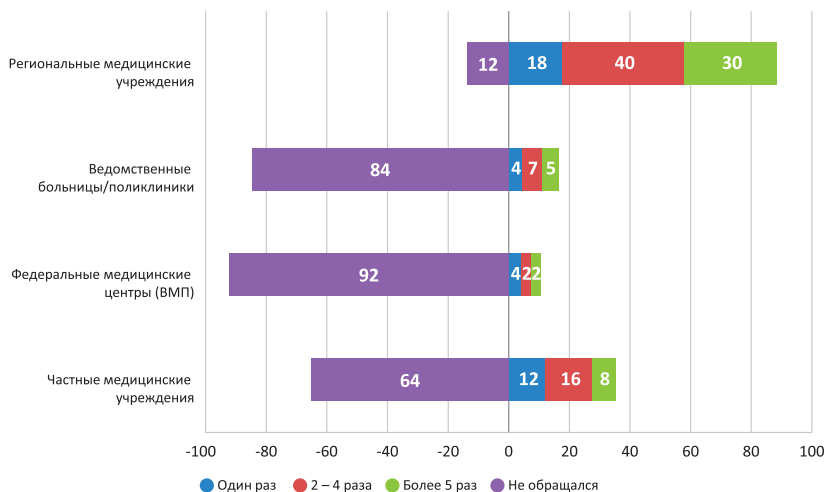


Рис. 13. Ответы на вопрос «Скажите, сколько раз примерно Вы обращались в следующие медицинские учреждения за последние три года?», в % от общего числа опрошенных.

ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь.

Тип оплаты медицинского обслуживания связан с обращениями в медицинские учреждения разного формата: среди пользователей ОМС подавляющее большинство (93%) обращались в обычные региональные учреждения здравоохранения, в то время как владельцы полиса ДМС чаще остальных прибегали к помощи ведомственных клиник (45%) и федеральных центров ВМП (20%), а обращения в частные медицинские организации доминирует среди обслуживающихся на коммерческой основе (92%).

Группа здоровья также показывает связь с типом выбираемых медицинских организаций: наличие серьезных проблем со здоровьем повышает долю обращений за ВМП (16%), в то время как относительно здоровые более склонны посещать частные клиники (34%); респонденты с умеренными проблемами занимают промежуточное положение.

Ответы на вопрос о частоте обращения в разные типы медицинских учреждений показывают, что преобладает средняя интенсивность — 2–4 раза за последние три года. В среднем на каждого респондента приходится 4,6 посещения за три года, из них 2,9 визита приходятся на региональные поликлиники и больницы, 1,0 — на частые клиники. Респонденты с серьезными проблемами со здоровьем ходили к врачу 5,7 раза за три года, с умеренными проблемами — 5,1 раза, без существенных проблем — 4,2 визита за весь период.



Рис. 14. Ответы на вопрос «На протяжении последних трех лет в медицинские учреждения какого типа Вы обращались чаще всего?», в % от общего числа опрошенных.



Рис. 15. Ответы на вопрос «За последние три года медицинское обслуживание какого типа Вы получали?», в % от общего числа опрошенных.

Сравнительно чаще обращаются за медицинской помощью женщины, респонденты с высшим образованием (по 5 раз), а также проживающие в городах с населением от 100 тыс. жителей.

Большинство респондентов в качестве наиболее часто используемых медицинских организаций называют региональные больницы и поликлиники (79%). На втором месте — частные клиники (12%).

Большинство респондентов пользовались только амбулаторным способом лечения (79%), 15% совмещали амбулаторное и стационарное; лечились только в стационаре — 5%.

Для группы с серьезными проблемами здоровья характерно существенно более частое использование совмещенного лече-



Рис. 16. Ответы на вопрос «За последний год каким образом Вы получали медицинское обслуживание чаще всего?», в % от общего числа опрошенных.

ния (36%) и выше доля госпитализаций (11%), в то время как респонденты без существенных проблем со здоровьем пользуются преимущественно только амбулаторной помощью (83%).

Доминирующим способом получения медицинской помощи является обязательное медицинское страхование — полис ОМС использовали чаще всего 87% опрошенных (для респондентов с серьезными проблемами здоровья показатель выше — 95%, среди практически здоровых — 86%). Оплата на коммерческой основе чаще встречается среди респондентов 25—34 лет (15%), а также среди жителей городов с численностью населения более 100 тыс.; полис ДМС не имеет широкого распространения — максимальные значения в группе 25—54 года (3%).

Для потребления медицинских услуг характерно преобладание посещения региональных медицинских учреждений

Таблица 13. Ответы на вопрос «За последние три года медицинское обслуживание какого типа Вы получали?», по группам здоровья, в % от опрошенных в каждой группе

Варианты ответа	Тип 1. Серьезные проблемы	Тип 2. Умеренные проблемы	Тип 3. Нет существенных проблем со здоровьем
Амбулаторное	52	74	83
Стационарное	11	4	5
Амбулаторное и стационарное	36	21	10
Затрудняюсь ответить	1	1	2

(79%), оплачивая амбулаторное лечение (78%) с помощью полиса ОМС (87%). Коммерческие клиники чаще востребованы респондентами без существенных проблем со здоровьем, молодого и среднего возраста. В среднем респонденты посещали медицинские учреждения 4,6 раза за три года; показатель выше среди имеющих серьезные проблемы со здоровьем (5,7), увеличивается с возрастом (с 4,1 раза в группе 18—24 лет до 4,8 среди респондентов старше 55 лет).

### 3.1.2. Удовлетворенность работой медицинского учреждения

Респондентам, обратившимся в медицинское учреждение, задавался вопрос об удовлетворенности полученными услугами отдельно по каждому типу клиник. Наибольший уровень удовлетворенности характерен для пациентов частных клиник — 80% высказались положительно, при этом 47% поставили максимально высокие оценки. Чуть ниже показатели федеральных медицинских центров оказания ВМП — в сумме 67% положительных оценок. Худшие результаты имеют региональные клиники — только 47% позитивных отзывов, немногим выше показатель для ведомственных больниц, поликлиник

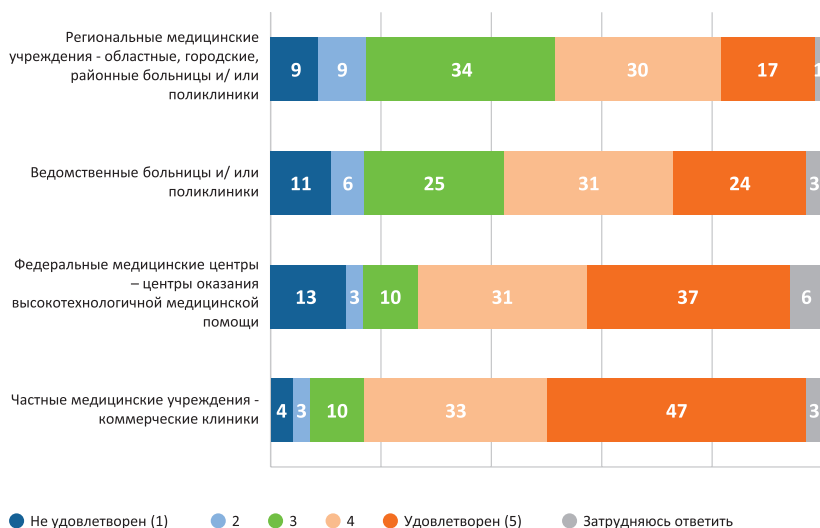


Рис. 17. Ответы на вопрос «В целом, насколько Вы лично удовлетворены или не удовлетворены полученным медицинским обслуживанием? Пожалуйста, оцените по 5-балльной шкале, где „1“ — полностью не удовлетворен, „5“ — полностью удовлетворен», в % от обратившихся.



Рис. 18. Ответы на вопрос «Пожалуйста, оцените по 5-балльной шкале, какие критерии при выборе медицинского учреждения наиболее значимы для Вас, где „1“ — совсем не важно, „5“ — очень важно», в % от общего числа опрошенных.

ник (55%). Доля положительных оценок работы региональных медицинских организаций выше среди молодежи до 25 лет, жителей Уральского федерального округа (по 56%), а ниже — среди респондентов Центрального (42%) и Южного (41%) федеральных округов.

Для более детальной оценки отношения граждан к качеству медицинских услуг был задан вопрос о важности различных характеристик медицинской помощи. Всего рассматривалось 15 параметров, и 7 из них набрали более 70% максималь-

Таблица 14. Ответы на вопрос «Пожалуйста, оцените по 5-балльной шкале следующие критерии оказания услуг в медучреждении, в которое Вы обращаетесь чаще всего, где „1“ — очень плохо, „5“ — очень хорошо», в % от общего числа опрошенных по строке

Критерии	Очень плохо (1)	2	3	4	Очень хорошо (5)	Затрудняюсь ответить
График работы	3	7	21	36	31	2
Общее состояние учреждения (ремонт, чистота, комфорт для пациентов)	3	7	24	37	27	1
Удобное место расположения (рядом с домом, работой)	6	8	22	31	32	1
Доступность необходимой информации о работе учреждения, специалистов, спектра услуг	4	7	25	35	26	4
Доброжелательное отношение врачей к пациентам	4	9	25	33	27	1
Дисциплинированность рабочего персонала: врачи и медсестры не отвлекаются на личные задачи, доступны в часы приема	5	9	23	32	27	3
Внимание медицинского персонала, готовность помочь, подробно проконсультировать	6	10	25	33	25	2
Широкий спектр медицинских услуг (возможность сдать анализы, пройти обследование в одном месте)	5	9	28	33	23	2
Наличие дополнительных услуг, в том числе платных (например, «срочность» получения результатов анализов и т. п.)	5	9	22	29	21	14
Наличие врачей-специалистов по необходимым Вам направлениям	7	13	29	29	21	1
Современное оборудование	5	12	29	28	20	6
Просто и быстро записаться на прием	10	15	26	26	22	1
Время ожидания приема, отсутствие очередей	15	21	27	21	15	1

но возможных оценок: наличие врачей-специалистов широкого спектра, доброжелательное отношение к пациентам, легкость записи на прием, наличие современного оборудования, широкий спектр услуг, отсутствие очередей и удобный график работы.

Интересно отметить, что ожидания представителей различных социально-демографических групп практически не различаются, т. е. нет значимых особенностей в представлениях о

Таблица 15. Ответы на вопрос «Пожалуйста, оцените по 5-балльной шкале следующие критерии оказания услуг в медучреждении, в которое Вы обращаетесь чаще всего (отметили в предыдущем вопросе), где „1“ — очень плохо, „5“ — очень хорошо», средний балл

Критерии	Все	Региональные медицинские учреждения	Верховенные	Федеральные медицинские центры	Частные медицинские учреждения
График работы	3,9	3,8	3,9	4,3	4,4
Общее состояние учреждения	3,8	3,7	3,8	4,2	4,5
Удобное место расположения	3,7	3,7	3,6	3,6	3,9
Доступность необходимой информации о работе учреждения, специалистов, спектра услуг	3,7	3,6	3,7	4,0	4,4
Доброжелательное отношение врачей к пациентам	3,7	3,6	3,7	4,4	4,5
Дисциплинированность рабочего персонала: врачи и медсестры не отвлекаются на личные задачи, доступны в часы приема	3,7	3,6	3,6	4,4	4,4
Внимание медицинского персонала, готовность помочь, подробно проконсультировать	3,6	3,5	3,6	4,3	4,4
Широкий спектр медицинских услуг	3,6	3,5	3,8	4,2	4,3
Наличие дополнительных услуг, в том числе платных	3,6	3,5	3,6	4,0	4,4
Современное оборудование	3,5	3,3	3,6	4,4	4,4
Наличие врачей-специалистов по необходимым Вам направлениям	3,5	3,3	3,6	4,3	4,3
Просто и быстро записаться на прием	3,4	3,2	3,5	3,9	4,3
Время ожидания приема, отсутствие очередей	3,0	2,8	3,1	3,8	4,2

важных параметрах для мужчин и женщин, респондентов разного возраста, типа здоровья.

Отдельные критерии (всего 13) оценивались также по уровню удовлетворенности, причем респондентов просили ориентироваться на медицинское учреждение, в которое они обращались чаще всего. Почти все критерии получили достаточно высокие оценки — доля положительных отзывов колеблется в пределах 48—67%. Единственное исключение — время ожидания, очереди, данным параметром довольны только 36% опрошенных (доля недовольных также 36%).



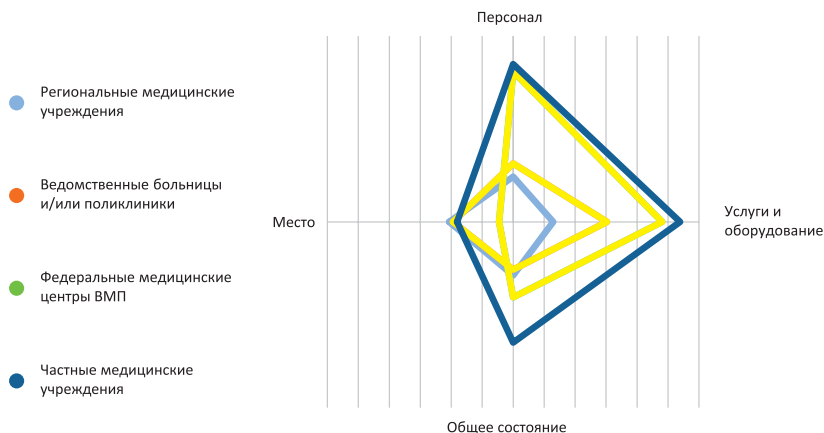


Рис. 19. Расположение разных типов медицинских учреждений в факторном пространстве.

По удовлетворенности временем ожидания приема очень разнятся оценки посетителей разного типа медучреждений: лучшие показатели имеют пациенты коммерческих клиник (82%), чуть ниже они для федеральных центров ВМП (60%) и ведомственных (44%), минимальная доля довольных у региональных больниц, поликлиник (29%). Средние оценки по всем критериям у посетителей частных клиник выше, чем у региональных, почти на 1 балл (из 5). Наиболее высоко пациенты отзываются о доброжелательном отношении врачей и общем состоянии коммерческих клиник (по 4,5 балла).

С помощью процедуры факторного анализа<sup>28</sup> характеристики удовлетворенности работой медучреждений были разбиты на 4 группы:

**Фактор 1. Персонал:**

- внимание медицинского персонала, готовность помочь, подробно проконсультировать;
- доброжелательное отношение врачей к пациентам;
- дисциплинированность рабочего персонала: врачи и медсестры не отвлекаются на личные задачи, доступны в часы приема;
- время ожидания приема, отсутствие очередей;
- просто и быстро записаться на прием.

**Фактор 2. Услуги и оборудование:**

- широкий спектр медицинских услуг;

<sup>28</sup> Метод главных компонент, модель вращения varimax, объясненная дисперсия 74%.

**Таблица 16. Вопросы и баллы, включенные в индекс эффективности российского здравоохранения**

Вопросы	Варианты ответа и начисляемые баллы
<p>Пожалуйста, оцените по 5-балльной шкале следующие критерии оказания услуг в медучреждение, в которое Вы обращаетесь чаще всего (отметили в предыдущем вопросе), где «1» — очень плохо, «5» — очень хорошо (всего 13 характеристик)</p> <p>В целом, как Вы оцениваете положение дел в сфере здравоохранения в нашей стране на сегодняшний день?</p> <p>Какие проблемы российской системы здравоохранения Вы бы отметили как наиболее значимые для Вас лично/Вашей семьи?</p> <p>На Ваш взгляд, как изменилась ситуация в сфере здравоохранения в нашей стране за последние три года?</p> <p>Скажите, знаете ли Вы что-либо о проводимой в последние годы модернизации российской системы здравоохранения?</p> <p>Как Вы в целом оцениваете работу следующих органов власти и их отдельных представителей в сфере здравоохранения? Министерство здравоохранения РФ</p> <p>Вспомните Ваше последнее обращение в поликлинику для прохождения диспансеризации. Сталкивались ли Вы с какими-либо проблемами при оформлении и прохождении диспансеризации? Сталкивались ли Вы с какими-либо проблемами при оформлении и прохождении вакцинации?</p> <p>Максимально возможное количество баллов</p>	<p>Средний балл от 1 до 5</p> <p>«Очень хорошо» — 2 балла «Скорее хорошо» — 1 балл</p> <p>«Не могу выделить значимые для себя/ своей семьи проблемы здравоохранения» — 1 балл «Определенно улучшилась» — 2 балла «Скорее улучшилась» — 1 балл</p> <p>«Да, мне хорошо об этом известно» — 2 балла, «Кое-что слышал об этом, но подробно не знаю» — 1 балл «Безусловно хорошо» — 2 балла «Скорее хорошо» — 1 балл</p> <p>«Никаких сложностей не возникло» — 1 балл</p> <p>«Никаких сложностей не возникло» — 1 балл</p> <p style="text-align: center;">13</p>

- наличие врачей-специалистов по необходимым направлениям;
  - современное оборудование.
- Фактор 3. Общее состояние:**
- общее состояние учреждения (ремонт, чистота, комфорт для пациентов);
  - график работы.

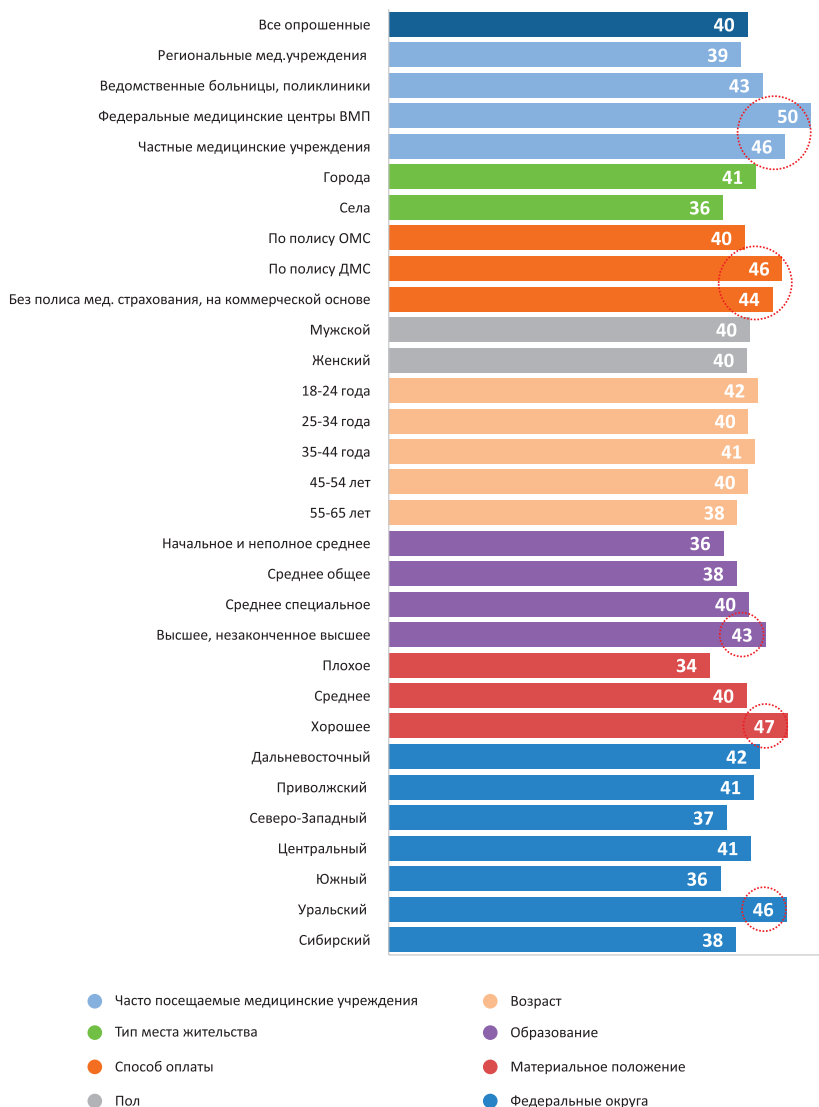


Рис. 20. Субъективный индекс эффективности российской системы здравоохранения, в %.

#### Фактор 4. Место:

— удобное место расположения (рядом с домом, работой).

Участники опроса наиболее высоко оценивают персонал и услуги, оборудование в частных клиниках и федеральных цен-

трах ВМП, чуть ниже показатели общего состояния. Различий по восприятию места расположения почти не наблюдается (исключение — федеральные центры). Жители сел и поселений городского типа меньше довольны медицинскими услугами по всем факторам, в отличие от проживающих в крупных городах.

Построим субъективный индекс эффективности российского здравоохранения, т. е. как выглядит ситуация в восприятии респондентов, на основе ответов на 8 вопросов анкеты, посвященных разным аспектам организации медицинской помощи.

Индекс был построен на основе ответов на 8 вопросов анкеты, посвященных восприятию работы современной российской системы здравоохранения. За позитивные отзывы респондентам начислялись баллы (см. таблицы ранее), чем больше баллов смог набрать респондент, тем выше для него эффективность работы системы медицинской помощи. Для удобства сравнения полученные баллы нормировались, т. е. делились на максимально возможное количество (с учетом только тех вопросов, на которые отвечали все респонденты). Индекс варьируется от 0 до 100%.

Среднее по выборке значение (субъективный индекс эффективности) составляет 40% из 100% максимально возможных.

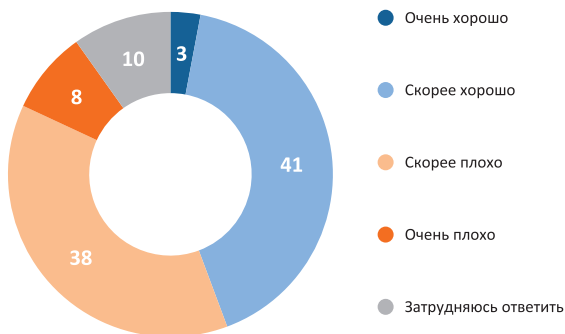
Выше среднего субъективный индекс эффективности среди частых посетителей федеральных медицинских центров (50%) и частных клиник (46%), получающих обслуживание по полису ДМС (46%), оплачивающих наличными (44%), в группе респондентов с высшим образованием (43%) и хорошим материальным положением (47%), а также жителей Уральского федерального округа (46%).

Пол и уровень здоровья не оказывают значимого влияния на субъективный уровень эффективности, с ростом возраста индекс демонстрирует тенденцию к снижению (с 42% у молодежи до 38% в группе старше 55 лет).

### 3.1.3. Представления о ситуации в сфере здравоохранения

Мнения респондентов о ситуации в здравоохранении разделились практически поровну — 44% в сумме отзываються положительно, а 46% ставят отрицательные оценки, причем преобладают умеренные характеристики. Более оптимистично настроены молодые участники опроса (в сумме 54% оценок очень и скорее хорошо), респонденты с хорошим материальным положением (56%, в группе с плохим — только 32% позитивных отзывов), а также жители Уральского федерального округа (63%).

Рис. 21. Ответы на вопрос «В целом, как Вы оцениваете положение дел в сфере здравоохранения в нашей стране на сегодняшний день?», в % от общего числа опрошенных.



Среди основных проблем российской системы здравоохранения наиболее значимыми для себя и своих близких респондентами названы следующие:

- «Очереди, сложно записаться» — 21%;
- «Нехватка специалистов, большая нагрузка на персонал» — 16%;
- «Неквалифицированные специалисты» — 16%;
- «Медицинский полис не выполняет свою функцию, лечат только за деньги» — 11%;
- «Халатное, безответственное отношение к больным» — 9%;
- «Все очень дорого, дорогостоящие лекарства» — 8%;
- «Устарелое оборудование, нехватка оборудования» — 7%;
- другое — 11%.

При этом затруднились ответить 8% респондентов и не смогли выделить значимых проблем 26% опрошенных.

Рассуждая о проблемах российской системы здравоохранения, респонденты на первое место ставят очереди, сложную запись на прием (21%), нехватку специалистов, рост нагрузки на персонал и неквалифицированный персонал (по 16%).

### 3.2. Отношение населения к процессам реформирования системы здравоохранения

Реформы национальной системы здравоохранения, проводимые в настоящее время в Российской Федерации, затрагивают практически каждого гражданина страны и направлены на модернизацию сферы, которая является, пожалуй, одной из основных жизнеобеспечивающих. Однако, как указывает в своей публикации Л. Шилова: «Работы исследователей в области здравоохранения свидетельствуют о том, что за годы его модернизации не произошло ничего существенного, что заметно отразилось бы на повышении уровня здоровья населения и медицинского обслуживания. Причины этого известны:

- Определенно улучшилась
- Скорее улучшилась
- Скорее ухудшилась
- Определенно ухудшилась
- Ситуация не изменилась
- Затрудняюсь ответить



Рис. 22. Ответы на вопрос «На Ваш взгляд, как изменилась ситуация в сфере здравоохранения в нашей стране за последние 3 года?», в % от общего числа опрошенных.

с одной стороны, хроническое недофинансирование учреждений медицины, с другой — низкий уровень культуры самосохранительного поведения населения»<sup>29</sup>. Представим данные социологических исследований, отражающих отношение россиян к проводимым реформам в сфере здравоохранения и их результатам.

Динамику отношения населения к медицинской помощи и результатам реформ, проводимым в данной сфере, на протяжении достаточно длительного времени изучают различные исследовательские центры (Фонд общественного мнения — ФОМ, Левада-центр, Всероссийский центр исследования общественного мнения — ВЦИОМ и др.). Далее в работе данные авторского исследования дополняются данными указанных исследовательских центров.

Говоря об изменениях в ситуации в сфере здравоохранения, более трети респондентов склонны считать, что ситуация не изменилась (рис. 22).

При оценке динамики соотношение позитивных и негативных ответов в пользу первых — в сумме 32% уверены в изменениях к лучшему, в то время как ухудшения замечают 24% участников опроса. Треть респондентов (37%) не видят существенных перемен.

Доля замечающих улучшения выше среди жителей Уральского федерального округа (46%) и респондентов с хорошим материальным положением (41%). Изменения в худшую сторону чаще замечают респонденты с серьезными проблемами со здоровьем (30%), оценивающие благосостояние своей семьи как плохое (35%), а также жители Южного федерального округа (31%).

Наиболее заметным изменением к лучшему в здравоохранении для респондентов стало улучшение оснащения медучреждений современным оборудованием (59% среди заметив-

<sup>29</sup> Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения. <http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/analit05.php>

Оснащение медучреждений  
современным оборудованием

Повышение доступности получения  
высокотехнологичной помощи

Стало проще и быстрее  
записаться на прием

Улучшение отношения врачей  
к пациентам, более  
доброжелательное

Повышение квалификации  
врачей-специалистов

Увеличение численности  
врачей-специалистов по различным  
направлениям

Повышение внимания врачей  
к нуждам пациентов, подробные  
консультации и т.п.

Увеличение информации в СМИ  
о специальных медицинских  
программах для населения

Повышение доступности бесплатной  
медицинской помощи

*Рис. 23.* Ответы на вопрос «Скажите, если Вы считаете что ситуация изменилась, какие именно направления медицинского обслуживания подверглись наибольшему изменениям?», в % от отметивших позитивные перемены.

ших перемены к лучшему). Среди признаков ухудшения большинство называли снижение доступности бесплатной медицинской помощи, сокращение врачей-специалистов (по 61%) и снижение квалификации врачей (57%). О снижении доступности бесплатной медицины чаще говорят жители Южного (65%) и Приволжского федеральных округов (66%), а также городов с численностью населения 500 тыс.—1 млн. жителей (74%).

Здравоохранение можно отнести к сфере, неоднозначно воспринимаемой в обществе,— мнения относительно текущей ситуации разделились почти поровну (44% положительных к 46% отрицательных). Однако при оценке динамики наблюдается небольшое преобладание позитивных оценок (32% к 24%), причем к факторам, повышающим уверенность в позитивном тренде, относятся осведомленность о модернизации системы здравоохранения, молодой возраст и хорошее материальное положение. К значимым позитивным переменам чаще всего респонденты относят появление современного оборудования, а к негативу — очереди, проблемы с доступностью бесплатной медицинской помощью и ее качеством.

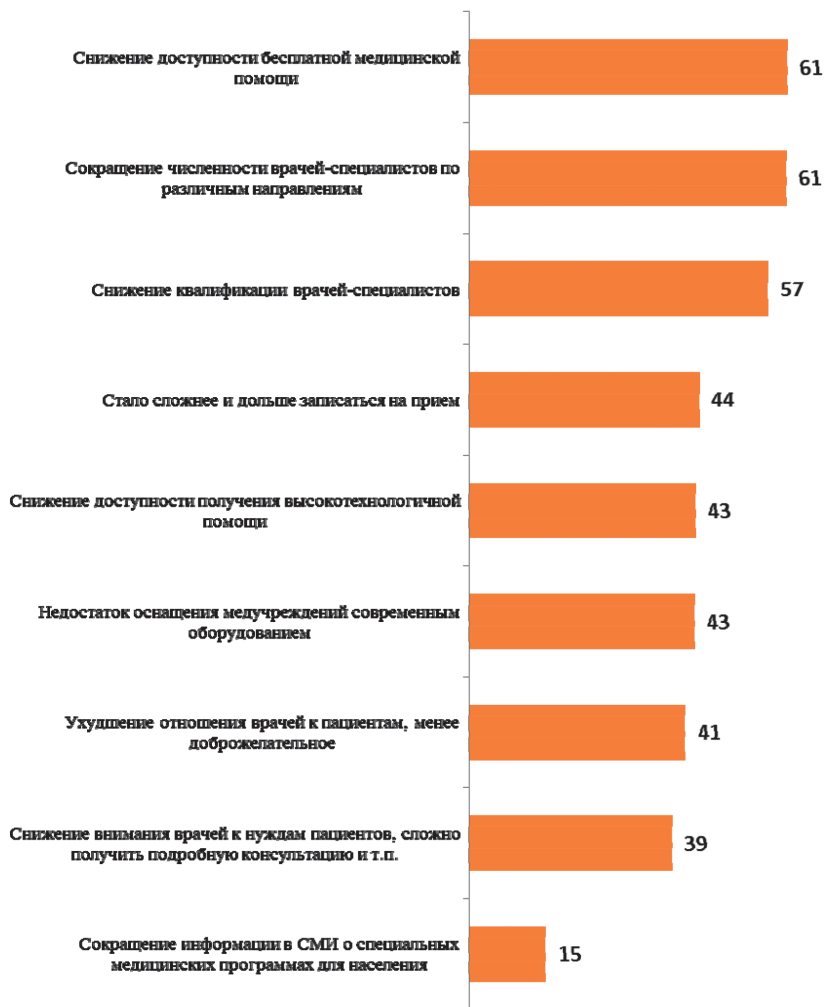


Рис. 24. Ответы на вопрос «Скажите, если Вы считаете что ситуация изменилась, какие именно направления медицинского обслуживания подверглись наибольшему изменению?», в % от отметивших негативные перемены.

Центром Юрия Левады (Левада-центром) в 2013 году было проведено исследование, которое показало отношение россиян к изменениям, произошедшим в сфере здравоохранения. В ходе исследования было учтено мнение 1600 человек. Согласно данным исследования, как и во всех рассмотренных ранее опросах, отрицательные оценки преобладают над положительными.



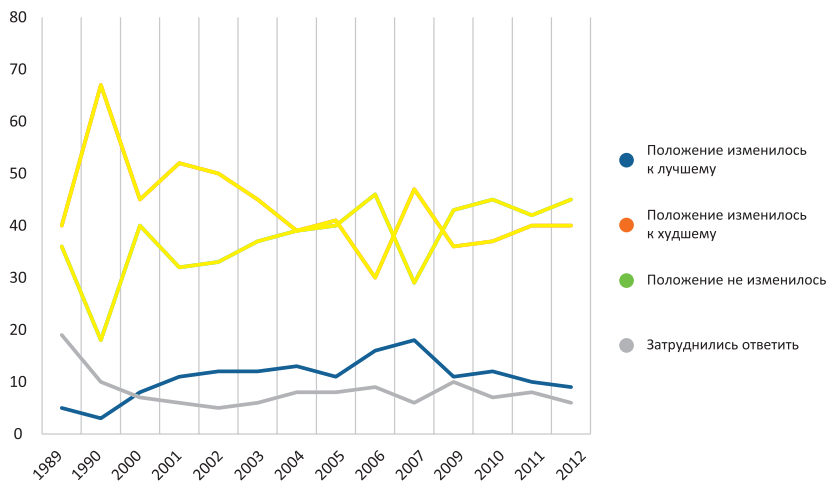


Рис. 25. Каким образом изменилось в прошедшем году положение дел в работе больниц, поликлиник (Левада-центр, исследование 2013 года).

Из графика (рис. 25) видно, что пик неудовлетворительных ответов приходится на 1990 год, что связано с экономическим кризисом и нестабильной ситуацией в стране. Пик положительных ответов наблюдается в 2007 году, после чего видна тенденция к снижению положительных отзывов населения о работе больниц и поликлиник.

Исследование ФОМ демонстрирует негативную динамику отношения граждан к системе здравоохранения. В 2013 году сразу несколько исследовательских центров обнародовали данные социологических опросов россиян о положении дел системы здравоохранения.

Согласно проведенному в августе 2013 года общероссийскому опросу, включавшему 3000 респондентов, 35% россиян заметили в течение двух лет только ухудшение медобслуживания, 33% не заметили ни улучшения, ни ухудшения, 20% затруднились с ответом и лишь 12% отметили, что здравоохранение стало доступнее и качественнее.

К схожим результатам пришли специалисты ФОМ. Проведенный в августе 2013 года опрос (2000 респондентов из 44 субъектов РФ) показал, что только 14% россиян качество медобслуживания считают хорошим, 39% — плохим, 38% — удовлетворительным, 9% затруднились ответить. При этом 50% россиян отметили, что качество услуг со временем не меняется, 26% сказали, что оно ухудшилось, 11% — что улучшилось, 12% затруднились с ответом.

Говоря об отношении населения к реформам, проводимым в российской национальной системе здравоохранения, следует



Рис. 26. Ответы на вопрос «Скажите, знаете ли Вы что-либо о проводимой в последние годы модернизации российской системы здравоохранения?», в % от общего числа опрошенных.

отметить, что население, прежде всего, должно ЗНАТЬ о том, что в данной сфере проводятся какие-то изменения, модернизация и т. д. Возвращаясь к исследованию, проведенному автором, отметим, что в настоящее время информационная составляющая процесса реформ крайне ничтожна, граждане не знают о том, что в системе здравоохранения что-то происходит.

Только треть опрошенных указали, что осведомлены о проводимой модернизации российской системы здравоохранения (3% отметили, что хорошо информированы, 32% — что-то слышали), в то время как большинство (58%) сказали, что не знают об этом. Среди осведомленных о модернизации выше доля замечающих позитивную динамику (40%).

Таблица 17. Восприятие текущего положения и динамики развития медицины в зависимости от информированности о модернизации здравоохранения, в % в группах по осведомленности

Варианты ответа	Знают о модернизации*	Не слышали о модернизации
<i>Текущее положение дел в здравоохранении</i>		
Очень или скорее хорошо	46	43
Очень или скорее плохо	47	45
<i>Динамика ситуации за последние годы</i>		
Определенно и скорее улучшилась	40	28
Определенно и скорее ухудшилась	25	24

\* К знающим были отнесены те, кто выбрал «Знаю хорошо» или «Что-то слышал», а к не информированным — «Впервые слышу», «Затрудняюсь ответить».

Больше нового оборудования,  
 высокотехнологичная помощь  
 Компьютеризация, электронная запись  
 к врачу (интернет, терминал, телефон)  
 Изменение финансирования, повышение  
 зарплат врачам, дотации  
 Открытие новых центров, объединение  
 поликлиник, ремонт  
 Доступность, бесплатные услуги (прививки,  
 диспансеризация, профилактика, лекарства)  
 Сокращение числа больниц, медпунктов, койко-мест;  
 увольнение врачей, нехватка специалистов  
 Национальные проекты, программы  
 по конкретным заболеваниям  
 Внимательное отношение к пациентам, оперативная  
 помощь, улучшение качества медицинской помощи  
 Повышение квалификации специалистов  
 Новый формат медицинского страхового полиса  
 Другое  
 Затрудняюсь ответить

*Рис. 27.* Ответы на вопрос «Какие конкретные мероприятия в рамках модернизации системы здравоохранения Вы можете назвать?», в % от информированных о модернизации, открытый вопрос.

Респондентам, указавшим, что они слышали о модернизации здравоохранения, дополнительно задавался вопрос о включенных в нее конкретных мероприятиях; почти половина (45%) не смогли сформулировать ответ. Сравнительно часто упоминалось оборудование, высокотехнологичная помощь (12%), электронная запись на прием и изменение принципов финансирования (по 10%).

О появлении нового оборудования чаще говорили жители Дальневосточного федерального округа (20%), а Северо-Западного — чаще упоминали повышение доступности бесплатной медицинской помощи (21%). Компьютеризацию, электронную запись на прием чаще замечали жители городов-миллионников (18%).

Рассмотрим основные причины неудовлетворенности населения России уровнем здравоохранения в целом, основные проблемы и пути их преодоления с точки зрения населения России.

Согласно исследованию ФОМ, в ходе которого специалисты интересовались у населения качеством работы медиков, более половины респондентов не довольны уровнем медицинского обслуживания в своем населенном пункте. Довольны работой медиков оказались 30% принявших участие в опросе. Далее выразивших недовольство и затруднившихся с

ответом — 70% от всех опрошенных — просили детализировать, что именно вызывает их недовольство. При ответе на вопрос «Что именно вызывает Ваше недовольство, если говорить о медицинском обслуживании вашем городе (селе)? (Открытый вопрос)», респондентами были даны следующие ответы:

- «Отрицательные человеческие качества медицинских работников (хамство, халатность, коррупция и др.)» — 22%;
- «Плохая организация работы в медицинских учреждениях, отсутствие порядка, трудно попасть на прием к врачу» — 11%;
- «Платная медицина, дороговизна лечения» — 10%;
- «Плохое качество лечения, низкий уровень профессионализма медицинских работников» — 8%;
- «Проблема лекарств» — 6%;
- «Нехватка медицинских учреждений и медперсонала, особенно на селе» — 6%;
- «Плохое оснащение медицинских учреждений оборудованием, инвентарем, лекарствами» — 5%;
- «Все плохо, низкий уровень медобслуживания в целом» — 4%;
- «Плохое финансирование здравоохранения, низкие зарплаты медицинских работников» — 2%;
- «Медлительность, плохая организация работы скорой помощи» — 1%;
- другое — 1%.

Затруднились с ответом 15% респондентов.

В связи с обсуждением причин неудовлетворенности населения медицинским обслуживанием представляются актуальными данные анализа обращений граждан по поводу качества медицинской помощи, проведенного Росздравнадзором в 2012 году. В I квартале 2013 года поступило 512 обращений с жалобами на нарушение, по мнению заявителей, их прав на получение медицинской помощи, из них на:

- отказ в оказании медицинской помощи — 138 (27,0%);
- низкие доступность и качество медицинской помощи — 127 (24,8%);
- непредоставление гарантированного государством объема медицинской помощи — 61 (11,9%);
- нарушение права выбора врача и медицинской организации — 54 (10,5%);
- нарушение прав на оказание медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, — 43 (8,4%);
- отказ в предоставлении информации о состоянии здоровья — 33 (6,4%);
- нарушение приоритетного права в охране здоровья детей — 23 (4,5%);

- непредоставление информации о факторах, влияющих на здоровье, — 22 (4,3%);
- нарушение врачебной тайны — 6 (1,2%);
- медицинское вмешательство без получения добровольного информированного согласия гражданина (1,0%).

В системе контроля качества медицинской помощи важную роль играют социологические опросы, которые позволяют выявить негативные моменты в организации медицинской помощи, вызывающие неудовлетворенность пациентов. Под «удовлетворенностью» понимается субъективная оценка индивидом или группой индивидов степени реализации его (их) потребностей. К сожалению, результаты многих социологических исследований свидетельствуют о наличии целого ряда проблем, снижающих социальную эффективность системы здравоохранения.

С другой стороны, следует понимать, что даже если пациент не был удовлетворен объемом оказанной помощи, то это не значит, что она не была оптимальной.

В 2008 году Росздравнадзором было проведено Всероссийское социологическое исследование, направленное на изучение мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи во всех субъектах РФ. В опросе приняли участие 39 141 человек. В результате были получены следующие уровни показателей:

- доступности — 32,82%;
- удовлетворенности — 32,03%;
- информированности — 28,89% при целевом уровне 45%.

В рамках авторского опроса респондентов просили определить область ответственности за медицинские учреждения разного типа. Чаще всего для всех категорий организаций в качестве ответственного называлось Министерство здравоохранения — максимально для федеральных медцентров (49%), реже — для частных клиник (28%). Персонально министра здравоохранения В. И. Скворцову считают ответственной за работу в основном ведомственных больниц, поликлиник 21% опрошенных, федеральных центров ВМП — 13%. Региональные министерства здравоохранения (профильные структуры исполнительной власти на уровне субъекта РФ) 27% респондентов считают ответственными за работу медицинских учреждений своей территории (области, города и пр.). Интересно, что даже губернатор и глава города воспринимаются как контролирующие медицинские учреждения всех типов в среднем 3—5% опрошенных; исключение — частные клиники, где им приписывается большая степень контроля — 16 и 9% соответственно.

Участникам опроса предлагалось дать оценку работе каждой из ответственных структур в сфере здравоохранения. Стоит отметить, что в полученном распределении ответов почти

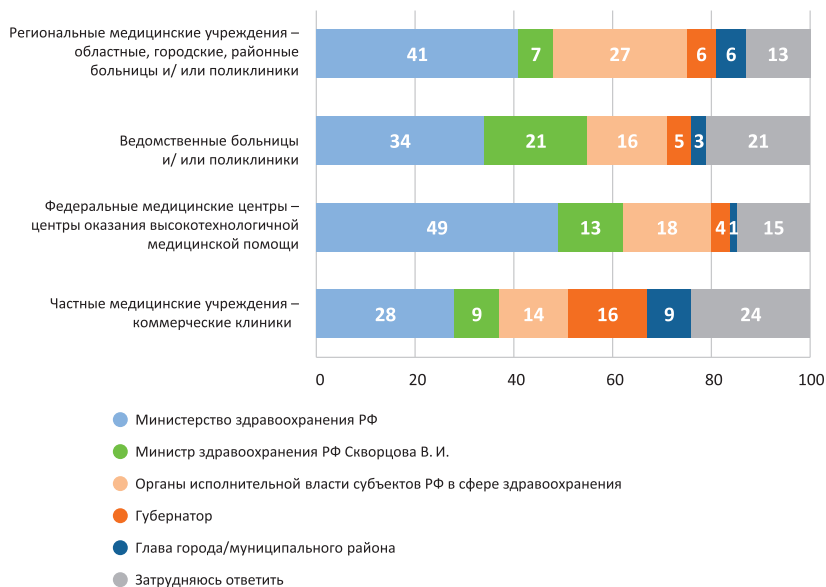


Рис. 28. Ответы на вопрос «Как Вы считаете, кто в большей степени ответственен за работу следующих медицинских учреждений?», в % от общего числа опрошенных.

нет значимых различий, т. е. от субъекта контроля оценка почти не зависит, показатель определяется скорее представлением о ситуации в российской медицине. Чуть менее трети опрошенных (27—30%) ставят «безусловно» или «скорее хорошо» за работу всех структур (чуть выше оценки Министерства здравоохранения РФ — 37%), еще треть (25—33%) — «безусловно» или «скорее плохо»; оставшиеся затрудняются с оценкой.

Более критично относительно работы Министерства здравоохранения РФ настроены жители Центрального федерального округа (39% отрицательных отзывов), крупных городов (44%), пенсионеры (34%), респонденты с плохим материальным положением (40%), а также имеющие умеренные (38%) или серьезные (34%) проблемы со здоровьем.

В чем заключаются основные причины неудовлетворенности населения положением дел в российском здравоохранении, и каким образом могут быть решены существующие проблемы с точки зрения граждан? Ответы на эти вопросы попытались получить специалисты ФОМ, предложив респондентам ответить на открытый вопрос: «Что необходимо сделать для улучшения положения дел в российском здравоохранении?».

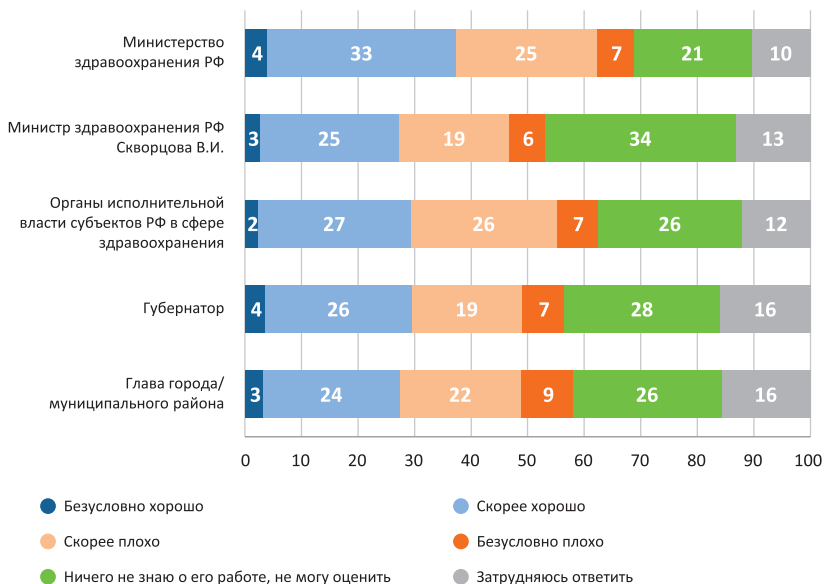


Рис. 29. Ответы на вопрос «Как Вы в целом оцениваете работу следующих органов власти и их отдельных представителей в сфере здравоохранения?», в % от общего числа опрошенных.

Были получены следующие рекомендации:

- «Увеличить финансирование здравоохранения, поднять зарплаты медиков» — 19%;
- «Повысить квалификацию медицинских работников, качество лечения» — 15%;
- «Обеспечить бесплатную медицину, доступность лечения, особенно малоимущим» — 12%;
- «Бороться со взяточничеством, коррупцией в сфере здравоохранения, больше следить за расходованием средств в медицине» — 10%;
- «Улучшить отношение медицинских работников к пациентам» — 7%;
- «Улучшить материально-техническую базу медицинских учреждений» — 6%;
- «Сменить руководство в сфере здравоохранения» — 5%;
- «Снизить цены на лекарства, контролировать наличие и качество лекарств» — 4%;
- «Повысить ответственность медицинских работников» — 4%;
- «Все надо менять, надо наводить порядок, усилить контроль за медициной в целом» — 4%;
- «Ликвидировать очереди в поликлиниках, улучшить организацию работы медицинских учреждений в целом» — 3%;

- «Строить, реконструировать больше поликлиник, больниц» — 3%;
- «Увеличить количество медицинских работников» — 3%;
- «Повысить престиж медицинской профессии, улучшить условия работы медиков» — 1%;
- «Уделять больше внимания профилактике заболеваний, медицинскому патронажу, развивать систему семейных врачей» — 1%;
- «Усовершенствовать систему медицинского страхования» — 1%;
- другое — 2%.

Затруднились с ответом 23% респондентов.

Подводя итог данного раздела, необходимо отметить, что опросы, отражающие динамику отношения населения к здравоохранению, показывают в основном тенденцию к увеличению числа отрицательных оценок и снижению — положительных.



### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

#### 4.1. Типологизация национальных систем здравоохранения

В настоящее время в странах мира сложились модели организации здравоохранения, каждая из которых обладает собственными, присущими только ей характерными чертами, которые во многом предопределены широким спектром факторов:

- уровень экономического развития страны;
- степень централизации и децентрализации государственного управления;
- авторитаризм, либерализм или демократизация власти;
- географические и климатические особенности расположения территории;
- социально-культурные особенности и пр.

Несмотря на множественные различия, представляется возможным во всем многообразии национальных моделей здравоохранения выделить основные группы, обладающие сходными чертами и принципами функционирования и развития.

Следует отметить, что выделяемые типы являются идеальными; это означает, что в одной и той же стране могут наблюдаться черты нескольких типов моделей здравоохранения, однако с преобладанием черт какой-либо одной. Связано это с тем, что в основе каждого типа лежат единые базовые элементы, функционирование которых имеет существенные различия. Базовыми элементами национальных систем здравоохранения являются следующие:

1. Организационная структура и механизм управления. Может предполагать централизацию и децентрализацию принимаемых решений. Так, например, Швейцария является классическим примером децентрализации, где соответствующие департаменты охраны здоровья граждан в кантонах имеют практически полную самостоятельность принимаемых решений. Централизованный механизм управления национальной системой здравоохранения функционирует на основе решений, принимаемых федеральным органом власти — например, министерством здравоохранения, как это осуществлялось

в СССР и до сих пор осуществляется на Кубе, в Китае, Вьетнаме и ряде других стран.

2. Система финансирования, материального и технологического обеспечения системы здравоохранения.

3. Механизм внутреннего функционирования. Особенности организации и предоставления амбулаторно-поликлинической и скорой помощи, обслуживания в стационарах.

Функционирование системы здравоохранения может осуществляться на основе финансирования за счет средств государства (налоговых отчислений в государственный/федеральный бюджет) или соответствующего территориального органа власти (налоговых отчислений в региональный бюджет); а также за счет страховых отчислений организаций, учреждений, коммерческих компаний и самостоятельной оплаты частными лицами. Таким образом, в соответствии с классификацией, предложенной ВОЗ, национальные системы здравоохранения следует типологизировать по принципу финансирования. Согласно этому принципу выделяются три основных типа национальных систем здравоохранения.

**1. Государственная** — финансирование которой осуществляется за счет государственных бюджетных средств. Специфические особенности данной системы заключаются в том, что государство монополизует управление системой здравоохранения, определяя перечень и механизм предоставления медицинских услуг, обеспечивая их бесплатность за счет финансирования из средств государственного бюджета. Основное преимущество данного типа национальной системы здравоохранения — ее бесплатность для пациентов. Однако это эффективное развитие системы зависит от наполняемости бюджета, что связано с повышением налоговых ставок и затрудняется в периоды экономической нестабильности. Кроме того, современные демографические тенденции (старение населения) обуславливают практически постоянную потребность в поисках дополнительных материальных ресурсов.

Следует отметить, что государственный тип национальной системы здравоохранения не предполагает гибкости в выборе пациентом лечащего врача или лечебного учреждения, а медицинское обслуживание, как правило, сопряжено с большими очередями, бюрократизмом, ограничениями в возможности использования медицинских технологических и иных инноваций, а также неравномерностью и отдаленностью лечебных учреждений на территориях различной плотности, сложностью в получении квалифицированной и эффективной медицинской помощи в зависимости от места проживания (город/село).

Принципы функционирования государственной национальной системы здравоохранения были разработаны и внедрены в практику Союза Советских Социалистических Рес-

Таблица 18. Основные черты государственной национальной системы здравоохранения

№ п/п	Показатель	Характеристика
1.	Основной принцип функционирования	Медицинские услуги являются общественным благом
2.	Источники финансирования	Государственный бюджет (федеральный и/или региональный уровень)
3.	Доступность медицинских услуг	Всеобщая, не зависит от уровня доходов пациентов
4.	Контролирующие органы	Орган государственной власти (министерство здравоохранения, департамент, иное ведомство)
5.	Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий, в рамках государственных программ
6.	Внедрение инноваций	Медленное
7.	Ценообразование	Финансовые средства рассчитываются на основе социальных нормативов
8.	Страны-представители	Дания, Австралия, Ирландия, Великобритания, Новая Зеландия, Испания, Куба, Норвегия, Греция, Португалия и др.

публик первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко (1918—1930). Система была принята в качестве базовой и в странах социалистического блока (Восточная Европа). Целевыми ориентирами системы являлись обеспечение доступности медицинской помощи населению и превентивный характер медицинского обслуживания (профилактика заболеваний), что в короткие сроки позволило достичь высоких показателей здоровья населения страны. В частности, продолжительность жизни советского гражданина с 1926 по 1972 год увеличилась на 26 лет. Мировая общественность признала принципы формирования национальной системы здравоохранения Н. А. Семашко лучшими в мире, а в 1978 году ВОЗ рекомендовала ее для внедрения в других странах.

Как отмечает в своей работе Н. А. Губина, «на сегодняшний день близкая по характеру система, носящая название Бевериджской, работает в Великобритании, Норвегии, Швеции, Дании и на Кубе. Ее связывают с именем лорда Уильяма Бевериджа, который во время второй мировой войны по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции. „Отчет Бевериджа 1942 г.“ лежал в основе будущей Национальной Службы Здравоохранения и включал последнее в структуру общей социальной политики. На этой основе правительство лейбористов в 1948 г. учредило всеобъемлющую, всеобщую, бесплатную службу здравоохра-

нения. Однако это привело к оппортунистическому поведению со стороны пациентов, зачастую злоупотреблявших медицинской помощью. Для исправления создавшегося положения были введены следующие меры: во-первых, система соплатежей (часть стоимости лечения оплачивалась пациентом), во-вторых, назначение лечащего врача общей практики (это позволило уменьшить число обращений к специалистам и число госпитализаций). В результате система здравоохранения Великобритании эволюционировала в сторону использования некоторых инструментов социально-страховой системы»<sup>30</sup>.

**2. Частная** — или рыночная, в которой оплата медицинских услуг осуществляется частными пациентами. По сути, она является антиподом государственной системы и основной ее чертой является платность и возмездность всех оказываемых медицинских услуг. В рамках нее параллельно существуют три источника финансирования:

- частные расходы граждан на основе личных средств или средств, аккумулируемых в системе добровольного медицинского страхования;
- государственные отчисления, предусмотренные планами реализации соответствующих целевых программ и гарантий охраны здоровья;
- обязательные отчисления организаций, учреждений и предприятий на финансирование специальных программ медицинской помощи и обслуживания (типа Medicare и Medicaid).

Наиболее ярко черты рыночной (или частной) национальной системы здравоохранения проявляются в Соединенных Штатах Америки, поэтому ее часто называют американской. Принципы функционирования свободного рынка во многих отраслях экономики и сферах жизнедеятельности в США существенным образом повлияли и на развитие национальной системы здравоохранения. В стране существует мощное лобби в лице профессиональных медицинских ассоциаций, которые регулируют и определяют траекторию развития рынка медицинских услуг, самостоятельно, без государственного вмешательства, определяя нормативы финансирования, себестоимость услуг, ценообразование и т. д.

Параллельно с чисто рыночной системой здравоохранения и медицинского обслуживания в 70-х годах XX века в стране разработаны и по сей день реализуются инициированные государством программы, обеспечивающие доступность минимального числа медицинских услуг для малоимущих и социально не защищенных граждан. Речь идет о государственных

---

<sup>30</sup> Губина Н. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: Дисс. ... к.э.н.— СПб., 2009.— С. 27.

программах Медикэр (Medicare), которая позволяет гражданам старше 65 лет покрыть расходы на лечение широкого перечня заболеваний, и Медикэйд (Medicaid), в рамках которой малоимущие имеют возможность получить скорую медицинскую помощь. По сути, программы Медикэр и Медикэйд — это гарантированный минимум медицинского обслуживания для всех категорий граждан, однако следует признать, что, поскольку указанные программы ограничены в средствах и объемах предоставляемых услуг, до сих пор не все население США имеет возможность получить медицинское обслуживание в необходимом объеме, который значительно превышает возможности данных программ.

Кроме того, в США начиная с 60-х годов прошлого столетия были образованы так называемые Организации по поддержанию здоровья (Health Maintenance Organizations), выступающие плательщиками услуг, предоставляемых в медицинских учреждениях клиентам организаций. Организации по поддержанию здоровья выступают как страховой фонд, имеющий возможность аккумулировать средства граждан и в дальнейшем оплачивать их лечение. Экономическая эффективность этих организаций связана с тем, что ими реализуется (финансируется) и контроль за назначениями в стационары (что зачастую является неоправданным) с переносом обслуживания пациентов в амбулаторные условия.

Основными плюсами рыночной системы здравоохранения являются следующие:

- широкий перечень медицинских услуг, доступных пациентам;
- быстрый и свободный доступ пациентов к медицинским услугам, отсутствие очередей;
- высокий уровень обслуживания и внимания к пациенту;
- возможность и легкость получения специализированного лечения;
- высокий качественный уровень госпитализации и обслуживания в стационаре.

Несмотря на безусловные преимущества, рыночная система здравоохранения не лишена и определенных недостатков. В своей работе Н. А. Губина пишет: «Однако, рыночная система здравоохранения более других подвержена критике и не случайно. Во-первых, сравнительно низка эффективность этой системы. Затраты на здравоохранение США — самые высокие в мире и составляют более 15,2% от ВВП, а средняя продолжительность жизни американцев (78,11 л.) ниже, чем у жителей большинства развитых стран (для сравнения: 80,86 — Швеция; 80,85 — Швейцария; 81,23 — Канада)<sup>31</sup>. Во-вторых,

---

<sup>31</sup> World Factbook, 2008 ([www.cia.gov](http://www.cia.gov)).

Таблица 19. Основные черты частной национальной системы здравоохранения

№ п/п	Показатель	Характеристика
1.	Основной принцип функционирования	Медицинские услуги являются частным благом
2.	Источники финансирования	Личные средства; частное страхование; государственное финансирование (минимальный уровень, специальные программы)
3.	Доступность медицинских услуг	— ограничение в рамках государственных программ; — определяется платежеспособностью пациента
4.	Контролирующие органы	Субъекты страхового рынка
5.	Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий
6.	Внедрение инноваций	— масштабные исследования; — хорошее финансирование прикладных разработок — быстрое внедрение
7.	Ценообразование	На основе рыночного механизма
8.	Страны-представители	США, Колумбия, Нигерия, Филиппины и др.

высокая стоимость полисов ДМС (70% страховых взносов вносит работодатель и 30% сам работник) приводит к недоступности медицинской помощи для некоторых слоев населения. В-третьих, зависимость объема медицинской помощи от размера взноса. Существует несколько видов ДМС, они включают разный набор медицинских услуг и, соответственно, подразумевают различную цену. Это отличает частное страхование от социального, в котором действует принцип общественной солидарности (здоровый платит за больного, богатый за бедного)<sup>32</sup>.

В своей публикации В. В. Семенов отмечает: «Страны, имеющие в основном частную систему и рыночные механизмы в здравоохранении, в первую очередь, США, а также развивающиеся страны, ищут пути для обеспечения всеобщности охвата и широкой доступности медицинской помощи, а также сдерживания расходов. В свою очередь, страны, имеющие в основе финансирования здравоохранения общественные фонды и плановую систему управления, в первую очередь, Вели-

<sup>32</sup> Губина Н. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: Дисс. ... к.э.н.— СПб., 2009.— С.29.

кобритания, Швеция, Россия, страны Центральной и Восточной Европы, заинтересованы в развитии конкуренции медицинских учреждений, расширении прав граждан и повышении эффективности использования ресурсов. Страны, имеющие в основе здравоохранения систему медицинского страхования, такие, как Франция, Германия, Нидерланды, Швеция, Япония, Бельгия, стремятся унифицировать схемы страхования, сдерживать расходы, регулировать конкуренцию.

В результате проходящих изменений в здравоохранении различных стран можно увидеть, что постепенно стирается грань между бисмаркской и бевериджской системами. При этом в Бельгии, Германии, Люксембурге, Нидерландах, Франции и других странах за счет застрахованных частично оплачивается медицинская помощь незастрахованным. В свою очередь, в таких странах, как Великобритания, Греция, Дания, Испания, Италия, Португалия и т. д., имеющих национальные системы здравоохранения, увеличивается объем средств, взимаемых с тех, кто может платить, в виде платы за предоставленную медицинскую помощь. Однако различия между странами в доступности, уровне охвата населения, видах и условиях оказания бесплатной медицинской помощи еще достаточно велики, а может быть, даже увеличиваются.

Общим для обеих сторон систем здравоохранения является то, что и при обязательном медицинском страховании, и в государственной системе нет прямой связи между величиной платежей (налогов) и объемом предоставляемой медицинской помощи, все должны платить и все должны иметь равный доступ к медицинской помощи»<sup>33</sup>.

Как уже было сказано ранее, государственная и частная система здравоохранения — это идеальные типы, в чистом виде не существующие в настоящее время ни в одной стране мира. Поэтому в актуальных научных исследованиях принято называть третий тип — смешанную систему.

**3. Социально-страховая** — финансирование которой осуществляется на основе сочетания государственных финансов (социальная часть) и частных расходов (страховая часть) посредством функционирования накопительных фондов, пополняемых за счет страховых накоплений физических и юридических лиц. Данная система, по сути, является гибким сочетанием государственной и рыночной систем здравоохранения.

Доступность медицинского обслуживания (ограниченный, но минимально необходимый объем услуг) гарантируется государством всем гражданам, независимо от уровня доходов. В то же время рыночные механизмы (платежеспособный

---

<sup>33</sup> Семенов В. В. Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом. <http://www.insur-info.ru/press/96031/>

спрос и предложение на рынке медицинских услуг) системы здравоохранения позволяют пациентам получать специфические медицинские услуги сверх гарантированного минимума, оплачивая их самостоятельно.

В рамках данной системы (которая в настоящее время функционирует, в частности, в Российской Федерации) параллельно реализуется система обязательного медицинского страхования (ОМС), которая охватывает все население страны и предполагает обязательные отчисления в соответствующие страховые фонды, которые, в свою очередь, оплачивают медицинские услуги, входящие в перечень минимально гарантированных. Таким образом государство обеспечивает равенство и доступность медицинского обслуживания. Одновременно функционирует система добровольного медицинского страхования (ДМС), в рамках которого потребитель имеет возможность накопить собственные средства и получить дополнительные от страхового фонда для покрытия расходов на медицинские услуги, не включенные в программу ОМС.

Таким образом, за счет многоканального финансирования (бюджетное финансирование, отчисления с заработной платы физических лиц, прибыли страховых фондов, оплата из личных средств), с одной стороны, обеспечивается устойчивость финансовых основ национальной системы здравоохранения, а с другой — ее гибкость.

Социально-страховую национальную систему здравоохранения иначе называют бисмарковской, поскольку ее основы были разработаны и внедрены в 1881 году Отто фон Бисмарком — канцлером Германии. Идеологической основой разработки принципов социально-страховой системы послужил тезис о том, что государство заинтересовано в поддержании высокого уровня здоровья рабочих как потенциальных военнослужащих. И соответственно, здоровье граждан — приоритетная задача государства в плане обеспечения собственной обороноспособности. В основу социально-страховой системы здравоохранения были положены законы о компенсациях работникам железной дороги (1838) и о шахтерских сообществах (1854). «Больничные кассы» позднее сменили изначально созданные фонды социального страхования, оплачивавшие, помимо расходов на лечение, пособия по безработице, пенсии и т. д. «Кассы получали две трети своих взносов от работников и треть от работодателя. В России такая система появилась в начале XX века, когда была осознана необходимость эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения. Это привело к началу формирования системы медицинского страхования населения; в стране была создана сеть республиканских, губернских, уездных и окружных Фондов медицинской помощи застрахованным. Данная система существовала в нашей стране до революции 1917 г. и была ликви-



дирована в связи с внедрением государственной», — отмечается в работе Л. В. Каменева<sup>34</sup>.

Как было сказано ранее, ни одна из систем здравоохранения не представлена в чистом виде. В настоящее время социально-страховая система организации национального здравоохранения реализуется в большинстве стран мира (Япония, Франция, Канада, Швейцария и др.). Однако для каждой национальной системы здравоохранения можно выделить черты, преобладающие в ее рамках.

Преимущества социально-страховой национальной системы здравоохранения заключаются в том, что, прежде всего, в ней предполагается возможность экономии государственных бюджетных средств, которые могут быть направлены на проведение фундаментальных медицинских исследований, финансирование целевых программ, реализацию инновационных проектов в здравоохранении и медицинском обслуживании. При этом у пациентов сохраняется возможность получения широкого спектра медицинских услуг за счет личных средств и средств ДМС.

Однако социально-страховая система имеет и свои недостатки. В работе Н. А. Губиной отмечается, «что касается отрицательных черт данной системы, то их уже в полной мере можно ощутить в нашей стране. Во-первых, это заметная тенденция к росту стоимости медицинской помощи при одновременном сужении границ бесплатно предоставляемых услуг и лекарственных средств.

Во-вторых, это неравномерность распределения денежных средств между различными регионами. Например, размеры государственного финансирования, бюджетные ассигнования и средства системы ОМС) в Чукотском, Таймырском, Ненецком, Ханты-Мансийском автономном округах в 4—5 раз превышают уровень расходов в Республиках Северного Кавказа. В-третьих, низкий приоритет общественных мер охраны здоровья, профилактической медицины и санитарного просвещения. Это объясняется тем, что существующие методы финансирования медицинских организаций жестко привязаны к числу обращений к врачам и не стимулируют работу по профилактике заболеваний. В-четвертых, высокие административные расходы, касающиеся обработки информации, а также финансовых расчетов и т. д.»<sup>35</sup>.

Таким образом, можно сделать вывод, что в стратегической перспективе наиболее эффективное развитие может проде-

---

<sup>34</sup> Каменев Л. В. Стратегия развития частной медицины в России // Тезисы выступлений делегатов на российском учредительном съезде врачей частной практики. — Самара, 2001.

<sup>35</sup> Губина Н. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: Дисс. ... к.э.н. — СПб., 2009. — С.32.

**Таблица 20. Основные черты социально-страховой национальной системы здравоохранения**

№ п/п	Показатель	Характеристика
1.	Основной принцип функционирования	Медицинская услуга — общественное благо, однако в определенных ограничениях
2.	Источники финансирования	— ОМС; — ДМС; — средства государственного бюджета — личные средства
3.	Доступность медицинских услуг	— гарантированный минимум доступен всему населению; — услуги сверх минимума доступны при наличии соответствующего дохода
4.	Контролирующие органы	Частно-государственный контроль
5.	Ассортимент доступных медицинских услуг	— минимально необходимый и гарантированный в рамках программ ОМС; — широкий спектр в рамках программ ДМС
6.	Внедрение инноваций	— в системе ОМС затруднено; — в системе ДМС осуществляется легко
7.	Ценообразование	— в системе ОМС — государственное; — в системе ДМС — на основе рыночных механизмов
8.	Страны-представители	Россия, Франция, Австрия, Германия, Канада, Бельгия, Нидерланды, Швейцария, Япония и др.

монстрировать только социально-страховой тип организации национальной системы здравоохранения. Именно поэтому ВОЗ определяет ее как систему, в наибольшей степени соответствующую интересам государства и граждан. Однако даже в тех странах, где на сегодняшний день социально-страховая система функционирует достаточно давно, происходят определенные преобразования, реформы, направленные на развитие и модернизацию отдельных элементов системы здравоохранения.

Поэтапное реформирование национальных систем здравоохранения осуществляют абсолютно все страны мира. И чем эффективнее выработаны меры по реформированию здравоохранения, тем выше качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность населения.

В рамках программы «Здоровье для всех в XXI столетии» ВОЗ сформулировала 10 главных целей (глобальных задач):

- усиление справедливости в отношении здоровья;
- улучшение возможностей для выживания и повышения качества жизни;

- обращение вспять глобальных тенденций в отношении пяти основных пандемий (инфекционных болезней, неинфекционных заболеваний, травматизма и насилия, алкоголизма и наркоманий, табакокурения);
- полная или частичная ликвидация определенных болезней (полиомиелит и др.);
- улучшение доступа к водоснабжению, санитарии, пищевым продуктам и жилью;
- содействие здоровому и противодействие нездоровому образу жизни;
- улучшение доступа к комплексной, качественной медико-санитарной помощи;
- поддержка научных исследований в области здравоохранения;
- внедрение глобальных и национальных систем медицинской информации и эпидемиологического надзора;
- разработка, осуществление и мониторинг политики достижения «Здоровья для всех» в странах.

Идеология, заложенная в основу стратегии «Здоровье для всех», подчеркивает и гарантирует неотъемлемое право каждого человека, независимо от возраста, пола, религии, места проживания и каких-либо других характеристик, на здоровье, декларирует и поощряет эффективное развитие национальных систем здравоохранения, ответственность как самого человека, так и всего общества за реальное обеспечение этого права, обеспечение глобального международного сотрудничества, направленного на повышение эффективности глобальной системы медицинского обслуживания.

Глобальная политика достижения здоровья для всех в XXI веке осуществляться на основе развития, реформирования и модернизации национальных систем здравоохранения.

Термин «реформа» стал весьма популярным в последние годы. Разные политические руководители и аналитики вкладывают в это понятие различное содержание и смысл. Системы здравоохранения, как правило, проходят процесс постоянных ежедневных изменений, порой несущественные изменения в организации здравоохранения выдаются за «реформы». Одной лишь постановки новых политических задач недостаточно. Реформа сектора здравоохранения — это деятельность, связанная с изменением политики и институтов здравоохранения, через которые она проводится.

В настоящее время практически все европейские страны (страны Евросоюза) и ряд государств Юго-Восточной, Средней Азии, Северной и Южной Америки прошли этап реформирования национальных систем здравоохранения. В первую очередь, это касалось вопросов финансирования, а точнее, перехода от государственной системы финансирования к частной или социально-страховой.

Децентрализация — это основной элемент формирования сектора здравоохранения во многих европейских странах. Она считается эффективным способом улучшения медицинского обслуживания, обеспечения оптимального распределения ресурсов с учетом потребностей, вовлечения населения в процесс определения приоритетов, а также уменьшения различий в состоянии здоровья населения. Децентрализация является привлекательным подходом, поскольку центральной администрации трудно быть настолько близкой к потребителям медицинских услуг, чтобы принимать адекватные и своевременные меры с учетом их пожеланий и потребностей. Практически в каждой стране были отмечены одни и те же недостатки: низкая эффективность, медленные темпы внедрения технологических и иных новшеств, а также медленная реакция на внешние изменения, влияющие на здоровье населения и службы здравоохранения.

В процессе реформирования большое внимание уделяется такому ключевому вопросу, как финансирование здравоохранения. Финансирование подразумевает концентрацию фондов и их распределение в качестве платы за выполняемые услуги. С накоплением фондов связаны два важных вопроса.

Во-первых, при реформе финансирования здравоохранения многие страны столкнулись с неэффективностью системы медицинского страхования. Основными причинами неэффективности страхования чаще всего являются: тяжелое экономическое положение страны, финансирование здравоохранения за счет прямых платежей и налогов, безработица, уклонение от налогов и других выплат, отсутствие переводов средств из налоговых поступлений и социальных фондов.

Во-вторых, экономическая эффективность напрямую связана с определением объема медицинской помощи. При всеобщем праве на медицинскую помощь нельзя обеспечить финансирование любой необходимой медицинской помощи, и многим странам пришлось отказаться от такой практики. Хотя и трудно принять такую точку зрения, но все-таки следует согласиться, что для того чтобы добиться рационального расходования средств и обеспечить помощью беднейшие слои населения, может потребоваться ограничение прав на медицинскую помощь и уменьшение ее гарантированного объема.

В большинстве западных стран рост государственных расходов на здравоохранение длительное время рассматривался как один из важнейших признаков повышения уровня жизни населения. В 60-е годы прошлого века во многих странах имел широкое хождение лозунг: «Здравоохранение будет стоить нации столько, сколько оно заслуживает. Мы будем платить!». И действительно, уровень финансирования здравоохранения из обобщенных источников достиг 8—13% валового национального продукта. Но уже в конце 70-х годов стали

возникать серьезные сомнения по поводу эффективности использования этих средств. Сравнительный анализ западных систем здравоохранения Европы продемонстрировал, что значительные затраты на здравоохранение не дают ожидаемой отдачи. В ряду конкретных проявлений недостаточно высокой эффективности называются слишком высокая доля затрат на стационарную помощь, чрезмерное использование дорогих лекарств и сложных медицинских технологий, высокая длительность госпитализации и прочее. В ряде стран (прежде всего, в Англии) на первый план вышла проблема длительных сроков ожидания приемов специалистов и госпитализаций, в других (Швеция) — ограниченные возможности потребительского выбора и недостаточная ориентация на нужды потребителей, чрезмерная бюрократизация управления. В начале 80-х годов правительства большинства западных стран поставили задачу сдерживания затрат на здравоохранение. Более конкретно эта задача формулируется как достижение более значительного прироста показателей здоровья населения на единицу затрачиваемых ресурсов. То есть задача сдерживания затрат трансформируется в стратегию повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Реформирование национальных систем здравоохранения в зарубежных странах связано не только с процессами финансирования. Реформа — понятие более системное, нежели просто оптимизация финансовых потоков. Рассмотрим некоторые показатели, иллюстрирующие процессы реформирования национальных систем здравоохранения в отдельных странах.

Ключевыми аспектами функционирования системы здравоохранения в Великобритании являются следующие:

- Система здравоохранения более чем на 80% финансируется из государственного бюджета за счет налогообложения. В части финансирования работают единые правила и стандарты на всей территории страны, что обуславливает большой уровень региональных различий при управлении системой финансирования.
- Тарифообразование на медицинские услуги возложено на государство.
- Обязательное страхование для всего населения. При этом организационные и контролирующие функции по обеспечению системы ОМС возложены на государство.
- Несмотря на то что система обязательного медицинского страхования охватывает 100% населения, доступными являются далеко не все медицинские услуги. Система ОМС не покрывает целый ряд высокотехнологичных и дополнительных медуслуг, а также не включает лекарства.
- 9,7% населения Великобритании (6 млн человек) имеет полисы частного медицинского страхования (ЧМС), предлагаемого частными страховыми компаниями.

Таблица 21. **Качество национальной системы здравоохранения Великобритании в сравнении со средними показателями по Евросоюзу и Россией**

Ключевые показатели	Велико- британия	Евро- союз	Россия
Младенческая смертность, лет	4,0	4,18	9,0
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет	82,0	80,0	68,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	12	9	5
Расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США	8382	2204	998

— ЧМС используется в дополнение к государственному медицинскому страхованию, от которого нельзя отказаться — граждане продолжают платить соответствующие налоги.

— Частные медицинские организации могут участвовать в программах ОМС, но не на равных условиях с государственными.

Качество английской национальной системы здравоохранения иллюстрируют следующие сравнительные данные (табл. 21).

Таким образом, наличие государственного плательщика-монополиста приводит к осуществлению полного контроля над ценами и объемам доступных медицинских услуг путем установления тарифов и очередей на плановое обеспечение. В то же время частные страховые организации до сих пор не могут эффективно внедриться на рынок, несмотря на все попытки, поскольку успех частного страхования зависит от менталитета потребителей и менталитета врачей, которые формируются исторически.

Характерными особенностями французской национальной системы здравоохранения являются следующие:

— Обязательное медицинское страхование для всего население, которое, тем не менее, не покрывает 100% расходов на здравоохранение. В сметы государственного финансирования не включаются высокотехнологичные и дополнительные медицинские услуги и лекарства.

— На всей территории страны действуют единые правила и стандарты финансирования и тарификации, минимальные региональные различия возможны в рамках строго утвержденных правил и стандартов.

— Система ДМС хорошо развита, функционирует параллельно с системой ОМС, предоставляется частными страховыми организациями и предоставляет возможность для возмещения процента от стоимости лекарства,

**Таблица 22. Качество национальной системы здравоохранения Франции в сравнении со средними показателями по Евросоюзу и Россией**

Ключевые показатели	Франция	Евро-союз	Россия
Младенческая смертность, лет	4,0	4,18	9,0
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет	81,0	80,0	68,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	12	9	5
Расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США	4691	2204	998

не покрываемого базовой страховкой, какие-либо дополнительные затраты, а также улучшенный сервис. Стоит отметить, что 93% населения имеют полисы ДМС.

Качество французской национальной системы здравоохранения иллюстрируют следующие сравнительные данные (табл. 22).

Следует отметить, что даже при наличии единого государственного плательщика в системе ОМС частные страховые компании могут играть значительную роль в системе добровольного дополнительного медицинского страхования. Соплатежи в системе являются механизмом для дифференциации между госпиталями и для мотивации пациентов к контролю за потреблением медицинских услуг.

Для увеличения доли первичного медицинского обслуживания стимулируется обязательное посещение терапевта перед посещением специалиста (возмещение государством 60% в случае посещения специалиста напрямую и 70% в случае направления к специалисту терапевтом). Создание региональных агентств здравоохранения позволяет контролировать на местах финансирование и оценку государственных и частных госпиталей на предмет качества.

Для поддержания единых стандартов качества медицинского обслуживания и проведения медицинской экспертизы существует специальное государственное агентство. А публикация результатов оценки уровня качества мотивирует медицинские учреждения, позволяет пациентам делать более информированный выбор, а также способствует повышению качества медицинского обслуживания за счет того, что подталкивается профессиональными стандартами и конкуренцией между практикующими врачами.

В Германии параллельно существуют системы обязательного и дополнительного медицинского страхования. Обязательное страхование охватывает порядка 85,5% населения, однако оно не покрывает высокотехнологичные и дополнительные

**Таблица 23. Качество национальной системы здравоохранения Германии в сравнении со средними показателями по Евросоюзу и Россией**

Ключевые показатели	Германия	Евросоюз	Россия
Младенческая смертность, лет	4,0	4,18	9,0
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет	80,5	80,0	68,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	12	9	5
Расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США	4338	2204	998

медицинские услуги лекарства. Однако дополнительное частное страхование покрывает дополнительные сервисы и распространено среди 25,6% населения. При этом полное добровольное страхование предлагается частными страховщиками желающим выйти из системы ОМС и полностью заменяет ОМС. Качество немецкой национальной системы здравоохранения иллюстрируют следующие сравнительные данные (табл. 23).

По мнению экспертов, действующий в немецкой национальной системе здравоохранения принцип свободного выбора медицинской организации пациентом должен быть подкреплен прозрачностью информации и соотношением «цена/качество» для создания эффективного механизма регулирования качества оказываемых услуг. Ситуация, когда ОМС и дополняющие программы ДМС предоставляют разные игроки, заметно усложняет административные процессы. Необходима действенная программа выравнивания рисков для гарантии равнодоступного доступа к системе различных типов клиентов, основанная на обширной базе исторических статистических данных. Для стимулирования эффективности работы страховых организаций по контролю медицинских рисков застрахованных, страховой риск должен выравниваться предварительно (путем коэффициентов), а не по факту.

Характеризуя национальную систему здравоохранения Нидерландов, отметим, что в стране реализуется принцип всеобщности и обязательности медицинского страхования для всех граждан. Однако более 90% обладателей обязательного полиса покупают дополнительное страхование. Система обязательного и дополнительного страхования в стране регулируется частными страховыми компаниями. Качество нидерландской национальной системы здравоохранения иллюстрируют следующие сравнительные данные (табл. 24).

Следует отметить, что в данной национальной модели здравоохранения ДМС разумно дополняет ОМС, а покрытие частными страхователями может достигать 90%. При этом да-



**Таблица 24. Качество национальной системы здравоохранения Нидерландов в сравнении со средними показателями по Евросоюзу и России**

Ключевые показатели	Нидерланды	Евро-союз	Россия
Младенческая смертность, лет	4,0	4,18	9,0
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет	81,0	80,0	68,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	12	9	5
Расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США	5593	2204	998

же при отсутствии соплатежей и возможности изменять премии для разных категорий пациентов страховые компании могут мотивировать клиентов на здоровый образ жизни посредством «связанных скидок» (например, при покупке абонемента в спортзал). Несмотря на возможность страховых компаний направлять пациентов в медицинские организации, ключевым механизмом влияния на выбор пациентов является предоставление прозрачной информации о качестве услуг различных медицинских организаций.

Национальная система здравоохранения Швейцарии считается одной из лучших в Европе. Для нее характерны следующие черты:

- Обязательное страхование для всего населения.
- Обязательное страхование осуществляется частными страховыми компаниями, государство следит за тем, чтобы они следовали некоммерческим принципам.
- Около 30% издержек на лечение покрывается пациентами из собственных средств.
- Дополнительная медицинская страховка предлагается частными страховщиками, при этом примерно 18—20% населения имеют дополнительное страхование.

Качество швейцарской национальной системы здравоохранения иллюстрируют следующие сравнительные данные (табл. 25).

Поскольку и обязательное, и добровольное (дополнительное) страхование осуществляется в Швейцарии частными страховыми компаниями, предоставление обязательной медицинской страховки является для них возможностью для привлечения клиентов для добровольного страхования (80% швейцарцев покупают обязательную и добровольную страховку в одной компании). В дополнительном медицинском страховании частные страховщики могут эффективно предлагать услуги, выходящие за рамки обычного страхования, например услуги по улучшенному содержанию в стационарах.

Таблица 25. **Качество национальной системы здравоохранения Швейцарии в сравнении со средними показателями по Евросоюзу и России**

Ключевые показатели	Швейцария	Евросоюз	Россия
Младенческая смертность, лет	4,0	4,18	9,0
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет	82,0	80,0	68,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	12	9	5
Расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США	8382	2204	998

Регион может контролировать качество путем составления списка больниц, которые он финансирует и с которыми страховые компании заключают контракты на улучшенных условиях (при этом используется информация о качестве и стоимости лечения пациентов в разных больницах). Высокая автономность регионов (кантонов) в области определения тарифов (одобрение тарифов, согласование между страховщиком и медицинским учреждением) позволяет регулировать тарифы в соответствии с потребностями населения.

Медицинское учреждение имеет возможность контроля над своими финансовыми потоками за счет обновления договоров на тарифы каждый год.

#### **4.2. Ключевые направления проведения реформ в российском здравоохранении (на примере системы здравоохранения города Москвы)**

В 2010—2014 годах произошла модернизация системы здравоохранения г. Москвы, включающая:

- закупку оборудования (~100 КТ и МРТ),
- капитальный ремонт помещений и открытие новых корпусов (6 крупных объектов и более 500 небольших),
- реорганизацию и переподчинение медицинских организаций (кустовой принцип).

Проведенные преобразования позволили повысить качество (снижение смертности на 14 тыс. человек в год, ~11%) и доступность (снижение времени ожидания приема терапевта с 2,2 до 1,2 дня, среднего времени прибытия скорой помощи с 17,5 до 14,4 мин) медицинских услуг в городе.

Ключевая задача следующего этапа преобразований — оптимизация расходов и перераспределение высвобожденных средств на более эффективные направления с целью дальней-

шего повышения качества и доступности медицинской помощи в долгосрочной перспективе.

С целью определения основных направлений дальнейшего реформирования системы столичного здравоохранения рассмотрим результаты проведенных преобразований по основным ключевым элементам системы здравоохранения.

#### 4.2.1. Диагностика звена скорой помощи

Основными целями диагностики звена скорой помощи (СП) является оценка текущего состояния системы скорой и неотложной помощи (СП и НП) и результатов проведенных преобразований по следующим параметрам:

- Показатели результатов работы службы.
- Показатели эффективности работы системы.
- Предложение мер по дальнейшему повышению эффективности работы и улучшению результатов работы службы.

Следует отметить, что Москва является городом, сравнимым по демографическим параметрам и структуре организации скорой помощи с другой европейской столицей — Лондон. Так, в частности:

- население: Лондона — 8,5 млн человек, Москвы — 12 млн;
- площадь: Лондона — 1572 кв км, Москвы — 2510 кв км;
- плотность улично-дорожной сети: Лондона — 9,3 км/кв. км, Москвы — 4,2 км/кв. км;
- средний возраст населения: Лондона — 39 лет, Москвы — 39,3 года;
- организация СП: в Лондоне — единый колл-центр и парк машин СП, государственное финансирование; в Москве — единый колл-центр и парк машин СП, государственное финансирование;
- количество станций СП: в Лондоне — более 70 станций, подстанций и постов; в Москве — более 120 станций, подстанций и постов;
- количество машин скорой помощи: в Лондоне — 900; в Москве — 1061.

Таким образом, представляется возможным проводить сравнения показателей московской системы здравоохранения с аналогичными показателями Лондона.

Данные по вызовам свидетельствуют о высоком использовании москвичами услуги скорой и неотложной помощи. Количество звонков в СП и НП г. Москвы неуклонно росло в последние годы, и на сегодняшний день оно значительно превышает международные аналоги, что может объясняться заменой СП и НП других звеньев системы здравоохранения.

Сравнительный анализ показывает, что москвичи в 3—4 раза чаще вызывают СП, чем жители Лондона:

- около 25% обращений в Москве решается путем консультаций (в 4 раза больше, чем в Лондоне), однако большинство из этих обращений — не результат сортировки, а просьбы о консультации самих пациентов;
- госпитализация в Москве составляет только ~20% от общего числа звонков, однако в абсолютном значении на 100 тыс. населения превышает международные аналоги.

Кроме того, следует отметить, что количество звонков в скорую и неотложную помощь на 100 тыс. населения значительно выросло за последние 6 лет и на сегодняшний день в 3—4 раза превышает показатели Лондона. Это говорит о том, что население зачастую пытается услугами СП и НП заменить другие каналы медицинского обслуживания (в частности, первичной помощи в амбулаторно-поликлиническом центре — АПЦ).

Модель оказания СП в г. Москве сосредоточена на возможном оказании помощи на месте.

Это предполагает:

- наличие врачей в составе бригад;
- более длительное время у пациента;
- осмотр и проведение базовых исследований на месте.

Анализ состава бригад СП и НП в Москве и Лондоне показывает следующее (табл. 27).

Консультативная помощь могла бы стать хорошим фильтром для входящих звонков, однако в настоящее время такой вид помощи не предусмотрен законом. Процент консультаций находится на высоком уровне по сравнению с аналогичными системами, однако использование консультативной помощи ограничено законодательными барьерами.

Консультационный отдел — это действенный инструмент сортировки вызовов и сокращения выездов без ущемления прав пациентов, однако внедрение данного инструмента требует внесения поправок в закон, а также пересмотра классификации программы сортировки вызовов.

Система сортировки вызовов в Москве не предполагает альтернативных видов помощи помимо выезда бригад СП и НП. Интеграция колл-центров СП и НП позволит оптимизи-

Таблица 26. Вызовы СП и НП на 100 тыс. населения в год

Город	Все звонки	Экстренные звонки
Лондон	14,1	5,5
Париж	10,9	1,1
Берлин	38,6	12,3
Москва	59,5	17,9

\* По данным ССиНМП, Лондонской службы СП NHS, Французской службы СП SAMU.

Таблица 27. Сравнение состава бригад СП в Москве и Лондоне

	Москва	Лондон
Состав бригады	<p>Бригады делятся на: врачевые (1 врач, 2 фельдшера); фельдшерские (2 фельдшера, 1 санитар)</p> <p>В настоящее время идет постепенный переход с оказания медицинской помощи общепрофильными врачевыми на фельдшерские бригады</p>	<p>100% бригад NHS — фельдшерские</p> <p>В штате есть несколько врачей для консультирования самых сложных случаев</p>
<i>Описание обязанностей</i>		
Доктор	<p>Образование: высшее</p> <p>Обследует больного</p> <p>Оценивает тяжесть и причину состояния больного</p> <p>Оказывает необходимую медицинскую помощь</p>	<p>Образование: высшее</p> <p>Консультация самых сложных случаев</p>
Фельдшер/парамедик	<p>Образование: среднеспециальное, 3—4 года</p> <p>Обеспечивает немедленный выезд бригады и оказывает скорую медицинскую помощь</p> <p>Проверяет состояние медицинской аппаратуры</p>	<p>Образование: 2 года (1 год на квалификацию «техника» и 1 год на квалификацию парамедика + 2 года опыта работы на скорой)</p> <p>Обеспечивает немедленный выезд бригады и оказывает скорую медицинскую помощь</p>
Санитар/техник	<p>Образование: среднеспециальное</p> <p>Подготавливает оказание первой медицинской помощи</p> <p>Участствует в оказании помощи и транспортировке больных</p>	<p>Образование: 1 год (1 год на квалификацию «техника», во время которого теория совмещается с постоянной практикой в бригаде СП)</p> <p>Помогает в оказании первой помощи и транспортировке больных</p>

ровать потребность в ресурсах, увеличить удовлетворенность пациентов и сохранить контроль за сортировкой вызовов, а также поможет сократить затраты на содержание колл-центра.

В последние годы в службе СП и НП произошли значительные преобразования: выделение службы неотложной помощи, внедрение системы сортировки вызовов, модернизация колл-центра и систем навигации, переход на финансирование по количеству выездов. Затраты на поддержание системы значительны составляют примерно 20 млрд рублей в год. В результате удалось улучшить основные показатели работы служ-

бы (время ожидания ответа оператора колл-центра, время доезда).

В последние годы был достигнут существенный прогресс по основным результатам работы скорой помощи:

- полноценная модернизация колл-центра, проведенная в 2013 году, позволила оптимизировать потоки звонков и, как результат, сократить время ожидания в 3 раза;
- достигнуто существенное снижение времени доезда по экстренным случаям за счет частичного перехода к динамической локализации машин СП, а также создания дополнительных постов в местах большого скопления вызовов, в том числе на основных магистралях;
- время доезда до пациента по срочным выездам ежегодно сокращалось на 13% (с 20,3 мин в 2008 году до 13,4 мин в 2014 году);
- время доезда до пациентов, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, сократилось с 20,3 мин в 2008 году до 8,3 мин в 2014 году;
- в среднем время доезда до пациента в настоящее время составляет 14,4 мин.

Тем не менее сравнение с практикой работы служб СП и НП в зарубежных странах показывает, что в настоящее время в системе московского здравоохранения имеется потенциал для повышения качества. Так, в частности, время доезда до пациента по срочным вызовам в Москве несколько ниже, чем в других городах.

В ходе диагностики были выделены потенциальные области дальнейших улучшений: оптимизация работы колл-центра, увеличение роли амбулаторного звена, увеличение операционной эффективности скорой помощи, постоянное обучение сотрудников.

По нашему мнению, по направлению «Скорая и неотложная помощь» потенциальными областями дальнейшего реформирования и улучшения являются следующие:

1. Оптимизация работы колл-центра:

- совершенствование системы сортировки вызовов, в том числе включение в нее новых способов оказания СП и НП (консультации, записи к врачу);
- оптимизация работы колл-центра за счет интеграции колл-центров 03 и неотложной помощи, интеграция ИТ-систем.

2. Увеличение роли амбулаторного звена: сокращение звонков в СП и НП за счет более эффективной работы АПЦ

Таблица 28. **Время доезда по срочным вызовам**

Город	Время, мин
Лондон*	8,0
Берлин	9,0
Торонто	9,0
Москва	13,4

\* По данным Лондонской службы скорой помощи.

по профилактике и контролю состояния хронических больных.

3. Увеличение операционной эффективности СП: сокращение времени реагирования на экстренные вызовы при общем удешевлении стоимости вызовов

4. Формирование системы непрерывного обучения сотрудников: проведение регулярных тренингов для операторов колл-центра и бригад СП.

#### 4.2.2. Диагностика стационарного звена

Диагностика эффективности работы стационарного звена проводилась по следующим составляющим:

- Работа коечного фонда.
- Производительность труда персонала.
- Использование инфраструктуры учреждений.

Целями диагностики стационарного звена являются определение основных причин низкой эффективности работы учреждений и персонала и инфраструктуры, предложение мер по повышению эффективности и дальнейшему улучшению результатов работы стационарного звена.

Стационарное звено — важнейшая часть системы здравоохранения города.

На него приходится 45% от всех расходов (116,1 млрд рублей в 2013 году).

В 2010—2014 годах проходили значительные изменения в работе стационарного звена по двум направлениям:

- оптимизация коечного фонда;
- реорганизация больниц с присоединением небольших стационаров к многопрофильным учреждениям.

В результате проводимых мероприятий по оптимизации коечного фонда и реорганизации стационаров в 2012—2013 годах наблюдается положительная динамика в снижении общего объема госпитализаций, однако по-прежнему существует потенциал по оптимизации коечного фонда и снижению объема госпитализаций.

Вышедшая в 2012 году программа «Столичное здравоохранение» предполагает улучшение системы оказания медицинской помощи за счет реорганизации больниц с их укрупнением и переподчинением небольших и малоэффективных стационаров крупным многопрофильным учреждениям.

По некоторым специальностям количество коек существенно снизилось; развивалась система альтернативных видов стационарного лечения. Так, в частности, общий объем коечного фонда в 2008 году составлял 82 552 единицы, а в 2013 году — 77 444 единицы.

**Таблица 29. Изменение структуры коечного фонда по основным терапевтическим направлениям (процент изменения в 2013 году по сравнению с 2008 г.)**

Направление	Изменение, %
Психиатрические	-27
Хирургические (всего)	+2
Терапевтические	-15
Кардиологические	+5
Неврологические	-11
Гинекологические	-21
Геронтологические и реабилитационные	+90 (Произошло создание необходимых видов коек — геронтологических и реабилитационных и коек ухода)
Для беременных и рожениц	-31
Туберкулезные	-26
Наркологические	-19
Травматологические	-8
Реанимационные сверхсметные	+22
Инфекционные	-4
Урологические	-11
Патологии беременности	-11
Онкологические (без паллиатива)	-9

В табл. 29 представлены данные, отражающие изменение структуры коечного фонда по основным терапевтическим направлениям.

Количество коек в г. Москве превышает этот показатель для большинства сравнимых мегаполисов (табл. 30). Количество коек в г. Москве (включая федеральные и ведомственные койки) превышает средний показатель для городов сравнения на ~30%.

Во всех странах и городах сравнения отмечается тенденция по снижению объема коечного фонда.

Кроме того, следует отметить, что в Москве наблюдается более продолжительный период госпитализации пациентов по сравнению с другими европейскими столицами. Так, в частности, средняя продолжительность госпитализации в Москве составляет 190,32 койко-дня, в то время как в Париже — 170,19 койко-дня, в Нью-Йорке — 75,48 койко-дня, в Лондоне — 77,5 койко-дня.

Большой объем койко-дней объясняется высокой продолжительностью пребывания в стационарах и большим количеством госпитализаций.

Возможные причины большой продолжительности госпитализаций:

— отсутствие альтернативных коек;



Таблица 30. Количество коек на 1000 населения\*

Город	Количество коек, ед.
Париж	12,3**
Лондон	2,7
Берлин	5,7
Нью-Йорк	3,0
Москва	8,9***
Средний показатель	5,9
<i>Показатели по странам</i>	
Франция	6,4
Великобритания	3,0
Германия	8,3
США	3,1
Россия	9,3
Средний показатель	4,8

\* Составлено автором по материалам: Росстат; ОЭСР; Статистика Берлина; Американская ассоциация госпиталей; Национальная служба здоровья Великобритании.

\*\* В Париже расположено большое количество национальных госпиталей, где проходят лечение пациенты со всех регионов страны.

\*\*\* Федеральные и ведомственные койки.

- финансовые стимулы;
- предпочтения больных;
- структурные проблемы системы здравоохранения (связь с амбулаторным звеном).

Возможные причины большого количества госпитализаций:

- предпочтение больных к лечению в стационаре;
- отсутствие контроля со стороны страховых компаний за рациональностью госпитализаций;
- отсутствие стимулов у амбулаторного звена сокращать количество госпитализаций.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре остается выше европейских показателей (представлено в табл. 31). В г. Москве средняя длительность госпитализации в 2 раза выше, чем в среднем по городам сравнения. При этом во всех городах и странах отмечена тенденция к снижению среднего срока пребывания в стационаре. Более 35% всего объема койко-дней приходится на четыре основные терапевтические специальности (психиатрия, терапия, кардиология, неврология), которые и представляют наибольший потенциал снижения общего объема койко-дней. Дополнительно потенциал сокращения можно выделить в сфере туберкулеза, где наблюдается наиболее существенная разница по сравнению с другими странами.

Таблица 31. Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дней\*

Город	Средняя продолжительность, дней
Париж	5,7
Лондон	5,7
Берлин	7,9
Нью-Йорк	6,8**
Москва	12,2***
Средний показатель	6,5
<i>Показатели по странам</i>	
Франция	5,7
Великобритания	7,4
Германия	9,5
США	4,8
Россия	12,3
Средний показатель	7,5

\* Составлено автором по материалам: Росстат; ОЭСР; Статистика Берлина; Американская ассоциация госпиталей; Национальная служба здоровья Великобритании.

\*\* Показаны данные по штату Нью-Йорк за 2003—2013 годы.

\*\*\* Показатель коек Департамента здравоохранения г. Москвы в 2013 году.

Самые длительные госпитализации приходятся на пожилых пациентов, которым требуются альтернативные виды ухода. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре у пожилых больных выше средней на 20%. Причиной столь длительного пребывания больных в стационаре зачастую является невозможность выписать больных по месту жительства ввиду социальной дезадаптации больных или противодействия со стороны родственников. Однако, по нашему мнению, все-таки основная причина длительного пребывания в стационаре — устаревшие стандарты лечения или их отсутствие.

Говоря о кадровом обеспечении стационарного звена столичной системы здравоохранения, следует отметить, что обеспеченность врачами в г. Москве приблизительно в 2 раза выше средних значений по ОЭСР, 30% из них приходится на врачей стационаров.

Причины такого большого количества врачей на душу населения в г. Москве:

- наличие большого числа федеральных, ведомственных и частных учреждений;
- меньшее количество часов работы на одного врача;
- большая заболеваемость населения в г. Москве по сравнению с другими странами;
- неправильная организация труда.

Таблица 32. Потенциал снижения койко-дней по соответствующим терапевтическим специальностям (койко-дни на 1000 человек населения)

Направление	Москва	Лондон	Берлин
Психиатрические	336*	118	236
Терапевтические	169*	175	183
Гинекологические	155*	18	64
Неврологические	111*	8,5	81
Кардиологические	82*	21	142
Общехирургические	79	52,4	72
Туберкулезные	61**	1,4	Нд
Травматологические	59	63	Нд
Реанимационные сверхсметные	53	Нд	Нд
Для беременных и рожениц	50	31	37
Урологические	47	13,5	43
Наркологические	45	Нд	Нд
Онкологические (без паллиатива)	42	Нд	47

\* Наибольший потенциал снижения.

\*\* Дополнительный потенциал снижения.

Количество врачей стационаров не отличается от зарубежных показателей, при этом врачи за рубежом лечат в среднем больше больных. В Москве столько же врачей стационаров на душу населения, как и в западных странах сравнения. Среднее количество пациентов, которых пролечивает за год врач в Москве, существенно ниже количества пациентов, которое проходит через врача стационара на западе. При этом помимо пациентов стационара врачи в Великобритании, Франции и других стран EU-5 также до 40% своего времени отводят приему амбулаторных пациентов.

Роль медсестры в лечебном процессе также существенно различается в Москве и за рубежом.

В частности, для национальной системы здравоохранения Великобритании характерны следующие аспекты квалификации среднего медперсонала:

1. Подготовка и квалификация:
  - 2—5 лет обучения;

Таблица 33. Соотношение медсестра/врач по странам, 2012 г.

Страна	Количество медсестер на 1 врача, чел.
Ирландия	5,0
Канада	4,4
США	4,2
Швейцария	4,0
Великобритания	3,6
Норвегия	3,5
Словения	3,3
Германия	3,0
ОЭСР	2,8
Франция	2,5
Польша	2,4
Венгрия	2,1
Москва	1,9
Австрия	1,6
Испания	1,4

- диплом о высшем образовании со степенью бакалавра или магистра;
- экзамен в независимом университете на получение лицензии медсестры.

2. Поддержание профессиональных навыков:

- система непрерывного медицинского образования (СМЕ) с необходимостью подтверждать диплом раз в несколько 3—5 лет.

3. Описание обязанностей:

- выполнение назначений врача;
- ассистирование врачу во время необходимых манипуляций;
- заполнение медицинской документации;
- разработка плана лечения пациента с учетом рекомендаций лечащего врача;
- наблюдение за пациентом и регистрация необходимых показателей, проведение осмотра, уход за послеоперационными ранами;
- планирование выписки пациента — координация с врачами и медсестрами амбулаторной службы;
- общение с родственниками пациента;
- обучение пациента необходимым навыкам и информирование его о состоянии.

Для российской национальной системы здравоохранения:

1. Подготовка и квалификация:

- 2 года медицинского училища.

2. Поддержание профессиональных навыков:

- отсутствует.

3. Описание обязанностей:

- выполнение назначений врача;
- ассистирование врачу во время необходимых манипуляций;
- наблюдение за пациентом и регистрация необходимых показателей, уход за послеоперационными ранами.

Клинические результаты улучшаются, но сравнение с другими странами показывает потенциал для дальнейшего улучшения. Потенциальные области дальнейших улучшений по направлению «Стационарное звено»:

1. Эффективность использования коечного фонда:

- повышение эффективности использования коечного фонда за счет повышения утилизации,
- снижения среднего срока госпитализации и количества необоснованных госпитализаций,
- повышение операционной производительности учреждений.

2. Эффективность труда персонала. Улучшение эффективности труда медицинского персонала за счет:

- перераспределения обязанностей, улучшения планирования штатного расписания;

- снижения административной нагрузки на клинический персонал;
- повышения квалификации среднего медицинского персонала.

3. Эффективность использования инфраструктуры: повышение эффективности использования зданий стационаров и прилегающих к ним земельных площадей.

4. Финансовое стимулирование для повышения эффективности: использование финансовых стимулов для повышения эффективности в стационарном звене.

#### 4.2.3. Диагностика амбулаторного звена

Основными целями диагностики амбулаторного звена являются:

- анализ эффективности работы амбулаторного звена по каждому из трех уровней системы оказания первичной медицинской помощи;
- выявление области дальнейшего повышения эффективности по каждому из трех уровней системы оказания первичной медицинской помощи;
- Предложение рекомендаций по дальнейшему повышению эффективности и улучшению результатов работы по каждому из трех уровней оказания первичной медицинской помощи.

Ранее проведенные реформы, направленные на повышение роли амбулаторного звена, уже привели к некоторым улучшениям, но при этом существуют возможности для дальнейшего улучшения, а именно: создание программы лечения и наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, увеличение эффективности работы врачей-терапевтов, увеличение эффективности использования оборудования и инфраструктуры, создание финансовых стимулов.

Общие расходы на оказание амбулаторной помощи населению составили порядка 35% от общего бюджета здравоохранения г. Москвы в 2013 года (порядка 91 млрд рублей, из них около 65 млрд рублей приходится на учреждения ОМС). В свете планируемого роста заработной платы врачей к концу 2017 года до 200% от средней по региону особенно остро стоит задача увеличения эффективности работы амбулаторного звена. В рамках проведения реформы здравоохранения в части амбулаторного звена был внедрен ряд инициатив:

- создана трехуровневая система оказания первичной медицинской помощи;
- осуществлено укрепление материально-технической базы;

Таблица 34. Основные показатели реформирования амбулаторного звена

Уровень	Примеры достигнутых результатов			
		2012 год	2013 год	
Третий уровень	Кол-во пролеченных пациентов в дневных стационарах, тыс. человек	194	264	Начато развитие стационарозамещающих технологий (данный показатель отнесен к третьему уровню по причине его взаимосвязи с круглосуточным стационаром)
Второй уровень (специализированный)	Средние сроки ожидания проведения МРТ, дней	29,1	17,2	Повышена доступность проведения обследований, в том числе и на аппаратах тяжелой техники
	Средние сроки ожидания проведения УЗИ, дней	10,7	7,0	Повышена доступность проведения диагностических исследований
Первый уровень (первичный)	Средние сроки ожидания приема терапевта, дней	1,8	1,6	Произведено внедрение системы ЕМИАС, повышена доступность первичной медицинской помощи
	Число посещений поликлиник, млн	127,5	140,2	Произведена реструктуризация — объединение 3—5 поликлиник в одно юридическое лицо

— произведена информатизация звена (внедрение системы ЕМИАС);

— произведен переход на подушевое финансирование.

В табл. 34 представлены основные результаты реформирования национальной системы здравоохранения по направлению функционирования амбулаторного звена.

Диагностика амбулаторного звена выявила потенциалы:

— повышения эффективности использования коечного фонда за счет повышения утилизации, снижения среднего срока госпитализации и количества необоснованных госпитализаций, повышения операционной производительности учреждений;

— улучшения эффективности труда медицинского персонала за счет перераспределения обязанностей, улучшения планирования штатного расписания, снижения админи-

- стративной нагрузки на клинический персонал и повышения квалификации среднего медицинского персонала;
- повышения эффективности использования зданий стационаров и прилегающих к ним земельных площадей;
- использования финансовых стимулов для повышения эффективности в стационарном звене.

Дальнейшая цель реформы амбулаторного звена — повышение эффективности работы каждого из трех уровней системы оказания первичной медицинской помощи. В частности, дальнейшее реформирование, по нашему мнению, предполагает следующие направления для анализа и предусматривает показатели эффективности:

1. На первом уровне (первичном):

- оценка производительности труда врачей-терапевтов — посещаемость 1 врача-терапевта в смену, человек;
- оценка эффективности работы терапевтов — доля перенаправлений к специалистам от общего числа приемов терапевта, проценты.

2. На втором уровне (специализированном):

- оценка производительности труда врачей-специалистов (например, кардиологов) — посещаемость 1 врача-специалиста (например, кардиолога) в смену, чел.;
- оценка эффективности использования площадей АЦ — площадь на 1 единицу медицинского персонала, кв. м;
- оценка эффективности использования тяжелой техники (например, КТ) — загрузка КТ от расчетной, проценты;
- оценка эффективности использования тяжелой техники (например, МРТ) — загрузка МРТ от расчетной, проценты.

3. На третьем уровне:

- оценка эффективности использования стационароразмещающих технологий — доля плановых госпитализаций в дневной стационар, проценты от общего числа плановых госпитализаций.

#### 4.2.4. Диагностика системы финансирования

Был проведен анализ существующей системы финансирования и предполагаемых в ближайшем будущем изменений:

- происходит постепенный переход системы на одноканальное финансирование, доля московского городского фонда обязательного медицинского страхования (МГФОМС) за 3 года выросла с 24 до 50%;
- введенные за последние годы системы финансирования по каждому из звеньев создают как положительные, так и отрицательные стимулы для пациентов и врачей;

- введение подушевого финансирования должно простимулировать эффективность амбулаторного звена, но создает стимулы для сокращения доступности медицинской помощи и использования средств других поликлиник;
- переход на систему клинико-статических групп (КСГ) на данный момент находится на стадии окончания пилота и требует доработок в отношении отчетности;
- текущая система МЭС является прообразом КСГ, но создает ограничения по повышению эффективности;
- система финансирования СП создает прямой стимул к избыточному расходованию ресурса;
- происходит постепенный перевод системы на одноканальное финансирование через МГ ФОМС.

Бюджет здравоохранения Москвы растет на 2% в 2012—2015 годах (8% без учета программы модернизации) и составляет 35—40 тыс. рублей на жителя в год. Происходит переход на одноканальную систему финансирования, доля МГ ФОМС выросла с 24 до 50%. В связи с окончанием программы модернизации поток средств из федерального бюджета сократился на 90%.

МГ ФОМС использует различные системы финансирования для каждого отдельного звена медицинской помощи. Бюджет Москвы финансирует непокрытые ОМС медицинские организации и частично поддерживает поликлиники и больницы в системе ОМС. Финансирование в системе ОМС отличается для каждого уровня медицинской помощи. Выбранное направление развития амбулаторного и стационарного звеньев соответствует лучшим мировым практикам. Ключевая задача при внедрении: накопление баз данных для верного учета риска и группировки случаев. Существует ряд переходных проблем, создающих неэффективные стимулы: расчеты между медицинскими организациями (МО), сохранение финансирования из бюджета.

По данным Департамента здравоохранения г. Москвы, финансирование городской системы здравоохранения в 2014 году осуществлялось следующим образом.

Объем расходов на амбулаторное звено растет на 13% ежегодно за счет роста финансирования через ОМС. До ввода подушевого финансирования доходы амбулаторного звена в расчете на человека сильно варьировали и в структуре, и в общем объеме.

Таким образом, считаем целесообразным сформулировать рекомендации по дальнейшему реформированию финансового обеспечения **амбулаторного звена** городской системы здравоохранения г. Москвы.



## 1. Реформирование источников финансирования

Описание:

- подушевое финансирование с 2014 года;
- стимулирующая часть (раннее выявление, прохождение экспертиз и пр.);
- за часть процедур сохранилась оплата по объему.

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования источников финансирования:

- правильное моделирование поправки на риск (половозрастная и медицинская структура прикрепленных);
- развитие фондодержания;
- расчеты между МО амбулаторного звена;
- включение новых МО (СП, «Доктор рядом» и пр.).

Направления деятельности:

- изучение методологии расчета тарифа с учетом структуры населения и рекомендации по развитию;

Таблица 35. **Финансирование городской системы здравоохранения г. Москвы, 2014 год, млрд рублей**

	МГ ФОМС	Бюджет г. Москва	Собственные средства	Остатки/госзадание
Амбулаторное звено	51	10	1	7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• С 01.01.2014 введено подушевое финансирование (4 тыс. рублей на человека, 4,7 тыс. рублей с 01.07.2014) с условным фондодержанием (стимулирование за выявление ранних стадий, прохождение экспертиз, охват осмотрами и др.)</li> <li>• За отдельные услуги (МРТ, КТ) — оплата по количеству</li> <li>• При нехватке финансирования ОМС МО защищает план финансово-хозяйственной деятельности (~бизнес-план) перед комиссией</li> <li>• Основной источник внебюджетных средств — лабораторные исследования отдельных МО (~25% за счет ГП № 220)</li> </ul>				
Стационарное звено	49	24	4	17
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Текущий метод финансирования основан на МЭСах — накопленные в рамках пролеченных случаев койко-дни и услуги оплачиваются по тарифам МГ ФОМС</li> <li>• Ввод КСГ перенесен из-за проблем в рамках пилота (падение доходов на 30% в ГКБ № 4)</li> <li>• При нехватке финансирования по системе ОМС МО защищает бизнес-план перед комиссией</li> <li>• Платные услуги (комфорт, операции, обследования) по ДМС и «out-of-pocket» занимают ~5% доходов</li> </ul>				
СП и НП	27	—	0,1	—
<ul style="list-style-type: none"> <li>• СП финансируется прямым трансфертом в МГ ФОМС из бюджета города</li> <li>• НП оплачивается МГ ФОМС отдельно в рамках амбулаторного звена</li> <li>• Суммы бюджетов определены «с запасом», оплата происходит за вызов с поправкой на сложность</li> </ul>				

- Описание развилки по фондодержанию и включению новых МО с учетом мировой практики.

## *2. Реформирование расходов*

Описание:

- ключевые компоненты расходов — оплата труда (85%) и расходные материалы (5—10%);
- остальные категории незначительны (~1%).

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования расходов:

- повышение производительности труда;
- дальнейшая централизация закупок;
- создание единой методологии по остальным статьям для экономии в масштабе города;
- возможная необходимость централизации вспомогательных функций (бухгалтерия, кадры и пр.).

Направления деятельности:

- разработка инициатив по производительности и оценка эффекта;
- анализ аутсорсинговых практик;
- выявление рычагов по оптимизации прочих статей расходов.

## *3. Реформирование прочих расходов*

Описание:

- внебюджетные доходы поликлиник (менее 2%);
- аренда по минимальным ставкам.

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования прочих расходов:

- сильно различается база (до 25% получает ГП № 220);
- законодательные ограничения (гарантия бесплатной медицинской помощи);
- нет единой методологии по инфраструктуре — есть потенциал для оптимизации площадей.

Направления деятельности:

- выявление новых потенциальных источников на основании мирового опыта;
- выявление регуляторных барьеров и возможностей по их преодолению;
- рекомендации по методологии по инфраструктуре.

Объем расходов на стационарное звено растет на 8% за счет роста расходов на МО вне ОМС. Основные статьи расходов в стационарах — оплата труда и закупки расходных материалов/медикаментов.

Таким образом, считаем целесообразным сформулировать рекомендации по дальнейшему реформированию финансово-го обеспечения **стационарного звена** городской системы здравоохранения г. Москвы.

## *1. Реформирование источников финансирования*

Описание:

- оплата по тарифам МГ ФОМС за койко-дни и услуги, рассчитанные при помощи МЭС;
- новый механизм КСГ позволяет учесть затратность групп болезней и пациентов;
- внедрение КСГ на стадии пилота.

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования источников финансирования:

- в рамках МЭСов невыгодно повышать эффективность лечения и выгодно «утяжелять» диагнозы;
- в рамках КСГ объединение в группы требует длительных и качественных баз данных;
- необходимо длительное обучение специального персонала группировке в соответствии с КСГ.

Направления деятельности:

- анализ результатов пилотов в трех взрослых и одной детской больницах;
- разработка верхнеуровневой дорожной карты внедрения КСГ в соответствии с мировым опытом.

## *2. Реформирование расходов*

Описание:

- оплата труда составляет 60—70% от расходов стационаров;
- крупными категориями также являются закупка расходников и медикаментов (17%), питание (2,5%).

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования прочих расходов:

- повышение производительности труда для выполнения Указов Президента повышения фонда оплаты труда врачей до 200% от среднерегионального уровня;
- дальнейшая централизация закупок;
- создание единой методологии по остальным статьям для экономии в масштабе города.

Направления деятельности:

- разработка инициатив по производительности и оценка эффекта;
- анализ аутсорсинговых практик;

- анализ структуры закупок;
- выявление рычагов по оптимизации прочих статей.

### *3. Реформирование прочих расходов*

Описание:

- ключевые статьи доходов от платных услуг: операции, доп. обследования, комфортные условия, родильные сертификаты;
- больницы с репутацией имеют явное преимущество.

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования источников финансирования:

- необходимо расширение пакета предлагаемых платных услуг и заинтересованность в них граждан;
- нет единой методологии по инфраструктуре.

Направления деятельности:

- выявление ключевых потенциальных источников на основании мирового опыта;
- выявление регуляторных барьеров;
- создание рекомендаций по методологии и инфраструктуре.

СП Москвы финансируется трансфертом из бюджета города (~80% расходов приходится на ФОТ медперсонала и водителей). Система финансирования СП создает прямой стимул к избыточному расходованию ресурса.

Таким образом, считаем целесообразным сформулировать рекомендации по дальнейшему реформированию финансового обеспечения **звена скорой и неотложной помощи** городской системы здравоохранения г.Москвы:

### *1. Реформирование источников финансирования*

Описание:

- бюджет на СП определяется индикативно «с запасом» и передается из бюджета в МГ ФОМС;
- бюджет на НП выделяется в рамках амбулаторного звена;
- оплата происходит за вызовы с учетом сложности.

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования источников финансирования:

- отсутствие конкуренции;
- перерасход средств из-за разделения СП и НП;
- отсутствие стимулов к экономии средств;
- искажение структуры вызовов в сторону наиболее дорогих.

Направления деятельности:

- рассмотрение потенциально применимых альтернативных моделей финансирования;
- изучение структуры вызовов и определение потенциала изменений;
- изучение возможностей по интеграции СП и НП.

## 2. Реформирование расходов

Описание:

- ключевая категория расходов — оплата труда (60% — медперсонал и колл-центр, 20% — водители);
- расходы на обслуживание составляют 5—6% от стоимости, в том числе ГСМ ~1%, или 15—200 млн рублей.

Ключевые проблемы, требующие решения в рамках реформирования источников финансирования:

- выплата лишнего налога из-за аутсорсинга транспортной службы (до 1 млрд рублей).

Направления деятельности:

- разработка инициатив по повышению производительности и оценка эффекта;
- рекомендации по слиянию СП и транспортной службы;
- выявление рычагов по оптимизации затрат на содержание.

## 3. Реформирование прочих расходов

Описание:

- отсутствуют.

На основе проведенной работы можно заключить, что наиболее актуальными для дальнейшего развития системы здравоохранения г. Москвы являются следующие группы инициатив:

- В **амбулаторном звене** — программа лечения пациентов с хроническими заболеваниями, повышение эффективности работы АЦ, оптимизация загрузки терапевтов и специалистов, повышение эффективности использования тяжелого оборудования (МРТ, КТ).
- В области **альтернативных видов помощи** — организация амбулаторного ухода за пожилыми хроническими больными, создание гериатрических коек, создание домов сестринского ухода, развитие ухода на дому (сестринский и социальный уход).
- В **стационарном звене** — перераспределение стационаров (от центра к местам проживания) с дальнейшей модер-

- низацией, строительство новых современных стационаров, разработка и внедрение клинических стандартов.
- В звене скорой помощи — увеличение числа консультаций по телефону, интеграция работы колл-центров СП и НП, перевод звонков на колл-центр ЕМИАС, внедрение динамической локализации бригад СП, ИТ-интеграция с системой ЕМИАС.
  - Поддерживающие инициативы: совершенствование механизмов финансового стимулирования, развитие механизмов софинансирования и платных услуг, создание современной интегрированной ИТ-системы, коммуникационная стратегия.

### **4.3. Показатели, характеризующие реформирование системы здравоохранения**

Основной целью реформирования отрасли здравоохранения ставится повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению.

Главный результат усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях — сохранение здоровья граждан Российской Федерации и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан и развитие отрасли здравоохранения.

Опираясь на указ Президента Российской Федерации<sup>36</sup> от 7 мая 2012 года и данные для их развития поручения Правительства Российской Федерации в 2012—2014 годах, Министерством здравоохранения разработаны и утверждены важнейшие стратегические документы, ставящие целью повышение качества и доступности медицинской помощи, кадровой политики в сфере охраны здоровья, совершенствование лекарственного обеспечения, развитие медицинской науки, формирование здорового образа жизни и другие основополагающие направления.

Осуществляемый постоянный мониторинг и контроль основных показателей состояния здоровья населения позволяет получать всестороннюю информацию для эффективного и экономически обоснованного влияния на динамику этих процессов, для принятия управленческих решений.

Наиболее прямым и действенным инструментом в этом отношении является организационная технология формирования ежегодного «Доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения» по итогам деятельности орга-

---

<sup>36</sup> Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

нов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, который представляет собой результат постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения и развитием здравоохранения.

В соответствии с пунктом 3 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации возложена обязанность ежегодно представлять в Правительство Российской Федерации «Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за отчетный год».

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны унифицированная форма доклада и методические рекомендации по заполнению указанной формы при подготовке доклада<sup>37</sup>.

Особое внимание при подготовке доклада уделяется медико-демографической ситуации как в Российской Федерации в целом, так и в каждом ее субъекте, заболеваемости населения, эпидемической безопасности, здоровью матери и ребенка, а также обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

Материал, излагаемый в «Докладе» по Российской Федерации, является обобщением докладов субъектов Российской Федерации и официальных статистических данных и представляет собой систематизированный свод аналитической информации о состоянии здоровья населения Российской Федерации и системы здравоохранения, результатах оценки и прогноза изменений в сфере охраны здоровья, качестве и доступности медицинской помощи населению и об организационных и финансово-экономических мерах по охране и укреплению здоровья населения Российской Федерации.

Показатели заболеваемости, как правило, используют для характеристики структуры заболеваемости по классам, в том числе по отдельным нозологическим формам (в незначительном количестве выделенным в отчетной форме). Недостатком такого подхода при сборе статистической информации на отдельной территории и во всей стране является отсутствие в большинстве случаев какой-либо конкретизации степени развития болезни. Между тем только такая информация позволила бы более адекватно формировать программы профилактических и лечебных мероприятий в регионах.

В современных условиях для специализированных служб особый интерес представляют не традиционные, масштабно агрегированные показатели, а более «тонкие» — дифференци-

---

<sup>37</sup> Письмо Минздрава России от 27 декабря 2013 года № 13-2/10/2-9886.

рованные, способствующие оценке предполагаемых (необходимых или ожидаемых) объемов высокотехнологичной помощи, которую призвана оказывать специализированная служба. Это особенно важно при изучении потребности в хирургических методах лечения.

Так, общие показатели заболеваемости детей с врожденными аномалиями (пороками) развития без указания степени тяжести патологического процесса, темпов развития вызванных им нарушений и ограничений жизнедеятельности в аспекте достигнутых в настоящее время возможностей лечения таких больных практически утратили свою информативность. Известно, что число зарегистрированных врожденных аномалий (пороков) развития сердца и системы кровообращения не означает, что такое же число детей в данный период времени нуждаются в хирургической коррекции; кроме того, есть аномалии, вовсе не требующие ее проведения.

Аналогичная ситуация возможна при оценке масштабов хирургического лечения приобретенных пороков клапанов и хронической ишемической болезни сердца (ИБС). Недостаточно знать уровень заболеваемости ишемическими болезнями в целом. Если большинство пациентов с острым инфарктом миокарда и другими формами острой ИБС можно считать кандидатами на оперативное лечение, то учет количества случаев стенокардии, хронической ИБС для планирования объемов хирургической помощи недостаточен, так как только части таких больных на данном этапе показана операция.

Существуют принятые зарубежными и отечественными специалистами расчеты потребности в оперативном лечении разных форм болезней сердца и сосудов, основанные на многолетнем опыте наблюдений и существенно варьирующие в разных странах и у отдельных кардиологов и кардиохирургов. Однако определение числа нуждающихся с учетом социальных, психологических, экономических и медицинских аспектов возможно только при целенаправленном исследовании в нескольких регионах России. Только детальный анализ заболеваемости — формы патологии и степени поражения, прогноза эффективности вмешательства — позволит обоснованно заявить о масштабах потребности и возможности оказания специализированной помощи (значительную роль при этом будут играть и стоимостные показатели последней). Полученные сведения помогут сформировать службу сердечно-сосудистой хирургии, мощности которой будут адекватны потребности.

Правомерность и актуальность поставленных вопросов подтверждается тем, что в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), по которой работают медицинские учреждения страны, впервые в качестве самостоятельного выделен 21-й



класс — «Факторы, влияющие на здоровье населения и обращения в учреждения здравоохранения». Фактически это инструмент для сбора и анализа данных о проводимой профилактике (первичной и вторичной), в первую очередь, в группах риска и среди населения в целом. Изучение причин обращения населения в лечебно-профилактическое учреждение предполагает своевременное начало лечения и динамическое наблюдение за состоянием пациентов, тем самым уменьшая степень инвалидности или предотвращая ее развитие.

В условиях новых экономических и правовых взаимоотношений в системе «государство — население — медицина» необходимы всесторонний анализ деятельности всей структуры здравоохранения, отдельных служб и учреждений, а также оценка общественного здоровья на основе детальных статистических сведений как ориентир при разработке мероприятий, направленных на достижение благополучия человека. Это обуславливает острую потребность в получении соответствующей информации, поэтому медицинская статистика приобретает особое значение. Только уточненные данные о ситуации, сложившейся в здравоохранении, и правильная их интерпретация обеспечивают принятие адекватных наиболее целесообразных решений — эффективных и наименее затратных. Поэтому представляется важным рассмотреть вопрос об информативности некоторых показателей, используемых в процессе управления отраслью.

При анализе деятельности медицинской организации (или их множества — по данным сводных годовых отчетов) необходим дифференцированный подход к использованию относительных показателей, так как не во всех случаях корректно применять одни и те же показатели, поскольку многие из них могут быть предельно информативными, а могут это качество полностью утратить — в зависимости от условий их получения и использования для характеристики работы структурных подразделений здравоохранения.

Первым этапом оценки деятельности системы здравоохранения на той или иной территории является формирование данных об обслуживаемом населении, т. е. описание его возрастной и половой структуры, места проживания, условий труда, состояния здоровья. Для характеристики последнего, кроме показателей заболеваемости, важное значение имеет рассмотрение уровня и причин смерти жителей территории, при этом целесообразно более детально определить состав умерших по полу и возрасту.

Анализ работы медицинской службы следует начинать с развернутой характеристики отдельных учреждений и имеющих в их структуре подразделений (поликлинического, стационарного, лечебно-вспомогательного, лечебно-диагностического). Уровень обеспеченности территории в целом и меди-

цинской организации в частности медицинскими кадрами во многом определяет и степень выявления той или иной патологии у населения. Обеспеченность кадрами (врачами, средним медицинским персоналом) рассчитывается как число физических лиц, деленное на численность обслуживаемого населения по состоянию на 31 декабря отчетного года (на конец отчетного периода) и умноженное на 10 000, т. е. в расчете на 10 тыс. жителей. В определенной степени уровень квалификации специалистов подтверждается полученными квалификационными категориями, сертификатами.

Дефицит медицинских кадров отдельных специальностей в медицинской организации определяется показателем укомплектованности штатных должностей — число занятых ставок, деленное на число ставок, имеющих в учреждении, и умноженное на 100 (в %), точнее, доля незанятых должностей в штатном расписании (в %) — и определяет величину дефицита кадров. Большие значения последнего показателя отражают неблагоприятную ситуацию с оказанием того или иного вида помощи населению, прикрепленному к данному учреждению. Однако показатель укомплектованности должностей, рассчитанный по сводному отчету, утрачивает свою информативность по причине «усреднения» данных о недостающих специалистах в разных учреждениях одной территории и тем более в разных субъектах Российской Федерации. К сожалению, в последнее время это не принимают во внимание при анализе сведений, представленных в сводных отчетах.

Характеристику положения с медицинскими кадрами дополняет коэффициент совместительства, рассчитываемый как отношение числа физических лиц на занятых должностях к числу занятых этими лицами должностей, который определяет среднее число должностей, занимаемое в данном учреждении каждым физическим лицом.

Сочетание показателя укомплектованности штатных должностей и коэффициента совместительства более четко определяет характер и качество укомплектованности: большая доля укомплектованных должностей при высоком коэффициенте совместительства свидетельствует о значительном дефиците специалистов, поскольку укомплектованность достигается только за счет их значительной перегрузки. Можно также предположить, что в ряде случаев имеет место замещение имеющихся должностей специалистами несоответствующего профиля.

Ряд показателей позволяет оценить функционирование конечного фонда. Во-первых, это число дней работы койки в году (занятости койки за рассматриваемый период), характеризующее степень использования стационара; показатель рассчитывается как число дней, проведенное всеми больными на койках в году, деленное на число использованных в течение года

больных. При этом число использованных определяется полусуммой поступивших, выписанных и умерших, т. е. числом пациентов, пролеченных в стационаре в течение года. Применение в расчетах понятия «использованные больные» нивелирует резкие колебания величины показателя, обусловленные разницей между числом выписанных и поступивших пациентов за рассматриваемый период.

Показатель занятости койки дополняет показатель оборота койки, который определяется числом больных, пролеченных на 1 койке в данном учреждении в течение года (или рассматриваемого периода), т. е. числом госпитализированных пациентов, деленным на среднегодовое число коек. Однако этот показатель нецелесообразно использовать в сводном отчете района, территории и даже многопрофильного учреждения, так как показатели оборота коек разных профилей заменяются одним «усредненным» показателем, величина которого зависит от структуры коечного фонда в учреждении или регионе, поэтому в данном случае он утрачивает свою информативность при сравнительной оценке работы разных медицинских организаций. Показатель оборота койки адекватно характеризует интенсивность работы только койки определенного профиля внутри одного учреждения. В то же время по данному показателю можно провести сравнение однотипных отделений в разных учреждениях.

Представляет интерес и показатель простоя койки, который рассчитывается как разница между числом дней в году (365) и средним числом дней работы койки, деленная на оборот койки. Однако величину простоя койки не следует рассматривать изолированно, так как она зависит от многих причин — средней длительности пребывания больного на койке, загруженности коечного фонда в течение года и т. д.

Важное значение для характеристики деятельности медицинского учреждения имеет продолжительность нахождения больного на койке, в определенной степени отражающая эффективность проводившегося лечения пациента и уровень работы персонала. Этот показатель рассчитывается как число койко-дней, проведенных больными на койке, деленное на полусумму использованных больных. Однако истинную продолжительность лечения больного следует определять, исходя не из общего числа койко-дней, проведенных всеми больными с данным заболеванием на койке, а из числа койко-дней, проведенных пациентами, прошедшими весь эпизод лечения в одном отделении, деленного на число больных, которые весь период стационарного лечения провели в этом отделении. Эти показатели адекватно рассчитываются только непосредственно в учреждении на основе первичной медицинской документации и существенно теряют свою информативную значимость при оценке деятельности не только всех стационаров

одной территории, но и одной многопрофильной больницы. Особенно актуален анализ показателей функционирования коечного фонда в специализированных отделениях и учреждениях при оценке обеспеченности потребности в том или ином виде коек.

Больничная летальность, определяющая долю умерших среди всех выбывших, рассчитывается как число умерших, деленное на сумму числа выписанных и умерших (в %). Этот показатель зависит от ряда факторов, в первую очередь от характера контингента — тяжести состояния больных, возрастного состава, своевременности и адекватности проводимого лечения и т. д. Показатель целесообразно использовать в одних и тех же отделениях или в одном и том же учреждении, т. е. в случаях, когда показатель рассчитывается для равных или сопоставимых условий работы койки. Это позволяет изучать его динамику в течение определенного периода времени в одном подразделении или проводить сравнение однотипных отделений разных больниц или учреждений с одинаковой структурой стационаров. При использовании в учреждениях с разными условиями работы (различным контингентом больных — разного профиля, тяжести состояния, специфики лечения) показатель утрачивает свою информативность. Очевидно, некорректно сопоставлять уровни госпитальной летальности в кардиологическом отделении и отделении неотложной кардиологии, в сосудистом отделении и отделении сосудистой хирургии, в больницах скорой медицинской помощи и клиниках высших учебных учреждений, как и в отделениях с разными профилями коек (глазное, пульмонологическое или общей хирургии). Поэтому использование данного показателя для сводных отчетов практически невозможно.

Показатель летальности для определенного заболевания рассчитывают как число умерших среди больных с этой патологией, деленное на сумму выписанных и умерших с таким диагнозом, умноженное на 100 (в %). Представляет интерес также определение доли каждой нозологии в причинах всех летальных исходов у госпитализированных.

Развитие реанимационной службы несколько изменило отношение к показателям летальности в стационаре на специализированных койках разного профиля. В настоящее время фактически существует несколько вариантов ее организации: наличие в стационаре самостоятельных реанимационных отделений, в которые поступают больные разного профиля, или палат, коек в составе профильного отделения. Поскольку значительная часть летальных исходов происходит на реанимационных койках, возникает необходимость расчета летальности только по первичным учетным документам, т. е. ограничивая его использование для анализа деятельности отдельного учреждения, тем более сводного годового отчета.

Вместе с тем целесообразно более подробное рассмотрение этого показателя с учетом категории умерших пациентов (например, с инфарктом миокарда, огнестрельным ранением, после операции на сердце и т. д.). Это позволит адекватно оценивать уровень летальности при определенной нозологии, разных видах вмешательства. Поэтому необходимо изменить подход к учету работы реанимационных коек, рассматривая их как место временного нахождения больного определенного профиля.

В медицинской статистике довольно широко используется показатель хирургической активности, определяющий соотношение числа пролеченных и оперированных в стационаре (отделении) больных, указывающий на частоту госпитализации в хирургический стационар больных, не нуждающихся в хирургическом вмешательстве, или тех, кому оно противопоказано. Широкая практика расчета этого показателя по сводным отчетам дезинформирует пользователей — специалистов, организаторов здравоохранения.

Международные документы содержат рекомендации по применению показателя, определяющего число операций в специализированных хирургических отделениях, отнесенное к числу специализированных коек. Этот показатель также может быть использован лишь в учреждениях, в которых эти отделения развернуты. Исчислять эти показатели по сводным отчетам не имеет смысла в связи с тем, что в ряде учреждений страны специальные операции, например на сердечно-сосудистой системе, хотя и в относительно небольших количествах, проводятся в общих хирургических отделениях (например, по жизненным показаниям, при венозной патологии) или в отделениях нехирургического профиля (рентгеноэндоваскулярные вмешательства или имплантация электрокардиостимуляторов пациентам кардиологических отделений). Интенсивность использования хирургической (в том числе специализированной) койки определяется числом оперированных больных в течение года в расчете на 1 койку. Следует отметить, что для адекватной оценки объемов того или иного вида хирургической помощи более информативным представляется абсолютное число оперированных в расчете на 100 тыс. или 1 млн жителей страны или отдельного региона. Этот показатель в некоторой степени характеризует уровень обеспеченности населения хирургическим лечением при определенной патологии.

Грамотное использование методик расчета относительных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений и уровня общественного здоровья обеспечивает достаточно широкие возможности анализа состояния системы здравоохранения в целом, деятельности отдельных медицинских учреждений, их подразделений. На основании полученных результатов могут быть разработаны и приняты адекват-

ные, т. е. оптимальные, управленческие решения, направленные на совершенствование деятельности лечебно-профилактических учреждений и специализированных служб.

Важное значение в данном процессе имеет методология проведения анализа. Эта проблема давно требует рассмотрения на уровне руководителей специализированных служб и специалистов по организации здравоохранения. Вероятно, полезно провести выборочные целенаправленные исследования заболеваемости населения на базе ряда учреждений, расположенных в различных субъектах Российской Федерации, а также на некоторых территориях в целом с использованием определенного набора показателей, позволяющего более точно охарактеризовать состояние общественного здоровья, а также оценить информативную значимость отдельных стандартных показателей и принципы их использования.

Получение столь необходимой для формирования и развития службы информации возможно несколькими путями: при проведении исследований (можно выборочных) состояния здоровья отдельных групп — категорий населения в отдельных субъектах России с экстраполяцией результатов на всю страну; путем периодического сбора дополнительной отчетности, например раз в 2—3 года (как это было в СССР), от ведущих профильных учреждений страны, занимающихся определенной патологией, как дополнительной разработки данных, содержащихся в государственной отчетности, с дифференциацией по полу, возрасту случаев выявленной патологии, уточнением ее локализации или формы. Аналогичный принцип существует в настоящее время для ряда специализированных служб (туберкулезной, психиатрической, онкологической и др.). Эти сведения дополняют базовые отчеты о заболеваемости.

Третьим вариантом, наиболее информативным, но и затратным, представляется формирование и ведение регистров больных с определенным заболеванием, например с врожденными аномалиями (пороками) системы кровообращения. Такой способ получения информации, базирующийся на грамотном выборе учетного документа, программы сбора, формирования базы и выдачи запрашиваемых данных в рабочем режиме, позволит определить приоритетные направления развития специализированных служб, масштаб необходимых видов медицинской помощи. Уточнение состояния здоровья населения в регионах страны и потребности в том или ином методе лечения, возможность планирования финансового обеспечения, вероятно, в определенной степени компенсируют расходы, понесенные при организации более точной оценки ситуации в стране с общественным здоровьем и в системе здравоохранения.

Расчет эффективности функционирования предприятия или отрасли в экономической теории предполагает определе-

ние соотношения эффекта, финансового результата и затрат, расходов, обеспечивающих его получение. Говоря о бюджетном секторе, подразумеваем, что расходы в нем представляют собой объем финансовых средств, направляемых из бюджета на систему здравоохранения, образования и т. д. Так, из года в год сумма средств, направляемых на финансирование бюджетного сектора, изменяется, причем не только по абсолютным значениям, но и в процентах от ВВП. Очень часто, дискутируя о качестве финансирования здравоохранения или образования, приводятся относительные цифры в % ВВП, на основании которых делается вывод о состоянии системы. Согласно же рекомендациям ВОЗ на охрану здоровья населения следует тратить не менее 6—6,5% ВВП. В России эти расходы составляют менее 5% ВВП, в странах Западной Европы — 8—10%, в США — свыше 13 %<sup>38</sup>.

Куда более сложный вопрос — оценить эффект, результативность сферы или отрасли в целом. Постараемся ответить на вопрос о том, как это можно сделать, на примере отрасли здравоохранения. Можно согласиться с утверждением о том, что почему-то считается: больше объемы финансирования, тем выше эффективность. На наш взгляд, применительно к данной отрасли понятие эффективности следует трактовать более широко. Как правило, используется три подхода к определению эффективности системы здравоохранения. С одной стороны, эффективность расходов на здравоохранение следует определять в зависимости от достигнутых результатов (степени выполнения задач) в области профилактики и лечения заболеваний, т. е. осуществление каких-либо медицинских мероприятий позволяет вылечить человека. Конкретные результаты этого процесса (как количественные, так и качественные) и будут характеризовать эффективность. Среди таких показателей можно привести удельный вес излеченных пациентов, доли пациентов, у которых заболевание переходит в хроническую форму, и т. д.

С другой стороны, эффективность системы здравоохранения можно оценивать такими показателями, как смертность (в том числе преждевременная), заболеваемость, демографические показатели отчасти (социальный аспект).

Кроме того, эффективность системы здравоохранения можно оценивать по системе прямых и косвенных показателей, которые характеризуют вклад отрасли в рост производительности труда, ВВП. Сюда же необходимо отнести микроэкономические показатели функционирования того или иного медицинского учреждения как субъекта экономики. Фактиче-

---

<sup>38</sup> Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения: <http://who.int/ru/>

ски речь идет о наиболее экономичном использовании имеющихся в распоряжении лечебного учреждения ресурсов (экономическая эффективность).

На наш взгляд, существует как минимум одна важная особенность системы здравоохранения по сравнению с другими отраслями. Она заключается в том, что качество приобретаемой услуги (в здравоохранении или образовании) нельзя определить в момент потребления по объективным обстоятельствам — исходя из специфики. Качество лечения выясняется много позднее времени оказания услуги. Даже если экономическая эффективность обслуживания пациента достигнута, это совсем не свидетельствует о медицинской и социальной эффективности здравоохранения, которые нельзя проверить сразу. И наоборот, существуют виды медицинской помощи, которые заведомо неэффективны экономически, при этом существуют эффекты медицинского и социального характера. Зачастую достижение медицинской эффективности в системе здравоохранения требует значительных затрат, осуществление которых может быть растянуто во времени; кроме того, эффект может быть и вовсе не достигнут. В этих условиях говорить об экономической эффективности не приходится. Например, лечение умственных заболеваний. В этом случае медицинская эффективность будет существовать, экономической не будет.

Следует отметить необходимость перевода системы здравоохранения на рыночную основу, отход от централизованного государственного контроля, что уже реализуется во многих странах и является преобладающей общемировой тенденцией. Опыт других стран уже показал несостоятельность централизованной административно-командной системы.

В качестве основных недостатков такого механизма построения системы можно назвать рост затрат, нормирование услуг, недостаток современных медицинских технологий, и в целом низкую эффективность. Как следствие — дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных льгот. Существует нехватка рыночных механизмов. Другое дело, что необходимо учитывать некоторые особенности данных отраслей, в том числе в аспекте тройного подхода к определению их эффективности.

Проблемы в здравоохранении испытывают многие страны, в том числе европейские. Единой, идеальной системы здравоохранения не существует. Все это требует постоянного реформирования, устранения недостатков системы. Так, например, в Германии все последние реформы системы здравоохранения сводились к уменьшению ее финансирования. Но в 2009 году был создан специальный фонд здравоохранения, который пополняется за счет медицинских страховых взносов. Предполагалось, что фонд будет способствовать развитию конкуренции между страховыми компаниями.



В Великобритании реформирование здравоохранения в последние годы сводилось к повышению ответственности местных органов здравоохранения, больницы, врачей. Это предполагало, например, децентрализацию финансового обеспечения, когда на определенной территории выделяются средства в расчете на одного жителя в год. На наш взгляд, данная схема может быть использована в России, где очень сильно прослеживается дифференциация между регионами. Кроме того, было введено самоуправление больниц, когда они получили право заключать контракты на различные виды медицинской помощи с любыми врачами общей практики, со страховыми компаниями. В Великобритании развита гибкость в управлении больницами, например, операции по просьбе пациентов проводятся в выходные дни.

В заключение отметим, что России необходимо особенно взвешенно осуществлять перевод системы здравоохранения на рыночные рельсы. На наш взгляд, обусловлено это тем, что в погоне за экономической эффективностью может получиться так, что не будут учтены медицинские и социальные аспекты функционирования системы здравоохранения. Низкий уровень доходов российского населения, проживание более 10% граждан за чертой бедности позволяют говорить о том, что при переходе системы здравоохранения на рыночные принципы функционирования доступ к лечебным услугам может быть отрезан для огромного количества населения.

#### **4.4. Качество ресурсного обеспечения учреждений системы здравоохранения**

В современной России проблемам качества ресурсного обеспечения учреждений системы здравоохранения уделяется огромное значение, так как вопросы материального, финансового и кадрового обеспечения являются весьма актуальными. Они регулярно находят отражение в работах ведущих отечественных ученых и практиков, которые сходятся во мнении, что в российском здравоохранении сложился затратный режим использования ограниченного количества ресурсов<sup>39</sup>. Прогресс в сторону увеличения финансирования отрасли наблюдался в 2005—2013 годах (имеются в виду нацпроект «Здоровье»<sup>40</sup> и Программа модернизации здравоохранения<sup>41</sup>). Эти шаги, безусловно, сыграли значительную роль в развитии системы здравоохранения; тем не менее ключевых изменений в финансо-

---

<sup>39</sup> Калашников К. Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография / К. Н. Калашников, А. А. Шабунова, М. Д. Дуганов.— Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012.— 153 с.

вом обеспечении отрасли так и не произошло, обстановка обостряется и в настоящее время. К примеру, бюджет на 2015 год в части расходов на здравоохранение подвергся жесткой критике со стороны известного российского эксперта Г. Э. Улумбековой, назвавшей его «500 000 смертей»<sup>42</sup>. С ее авторитетным мнением можно согласиться, ведь именно такими последствиями может быть опасна потеря государством своих позиций в финансировании столь весомой сферы, какой является здравоохранение. Ситуация глобального недофинансирования здравоохранения усугубляется еще и тем, что субъекты Российской Федерации разительно неравномерны по социально-экономическому развитию. Неоднородность обеспечения регионов объектами инфраструктуры здравоохранения и, что не менее важно, отсутствие связи между спросом и предложением медицинских услуг, порождают территориальное неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи<sup>43</sup>. И если ставшее популярным высказывание: «Каждый народ получает то здравоохранение, которое заслуживает» (здесь подразумевается связь между уровнем социально-экономического и правового развития общества и состоянием здравоохранения) на межстрановом уровне имеет известные основания, то острые различия в обеспечении граждан медицинской помощью в рамках единого государства необходимо рассматривать не иначе как нарушение принципов социальной справедливости и общественной солидарности. В этом отношении исключительную актуальность приобретает анализ качества ресурсных возможностей здравоохранения в территориальном конспекте. Анализ обеспеченности здравоохранения материальными, трудовыми, финансовыми ресурсами, а также сложившейся в стране дифференциации территорий РФ по ресурсным возможностям здравоохранения является основной целью данного параграфа.

**1. Материальные ресурсы системы здравоохранения.** В 2014 году в государственной и муниципальной системе здравоохране-

---

<sup>40</sup> Национальный проект «Здоровье» — программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная Президентом Российской Федерации В. Путиным в 2005 году в рамках реализации четырех национальных проектов.

<sup>41</sup> В 2010 году Правительством Российской Федерации принято решение о направлении дополнительных средств на модернизацию системы здравоохранения. Программа модернизации здравоохранения проводилась с 2011 по 2013 год.

<sup>42</sup> Улумбекова Г. Э. Бюджет-2015 — это 500 000 смертей: <http://www.pravda.ru/video/society/15488.html>.

<sup>43</sup> Маркес П. Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения: [http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public\\_Spending\\_report\\_ru.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf)

ния функционировало 7003 медицинских организации, в том числе: 4231 (60,4%) больничная организация, 739 (10,6%) диспансеров, 1336 (19,1%) самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций и 697 (9,9%) стоматологических поликлиник.

В ходе проводимой органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения реорганизации сети в 2014 году общее число медицинских организаций сократилось на 297 (4,1%), в том числе: больничных — на 167 (на 3,8%), диспансеров — на 59 (на 6,9%), самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций — на 59 (на 4,2%) и стоматологических поликлиник — на 16 (на 2,2%).

В число больничных организаций входят: 1461 центральная районная больница (34,5%), 850 городских больниц (20,1%), 189 специализированных больниц (5,5%), 226 психиатрических и психоневрологических больниц (6,5%), 411 районных больниц (9,7%), 182 детские городские больницы (4,3%), 191 (4,5%) — областных, краевых, республиканских больниц (включая детские).

В число диспансеров входят: противотуберкулезные — 202 (27,3%), кожно-венерологические — 137 (18,5%), онкологические — 98 (13,3%), психоневрологические — 96 (13,0%), наркологические — 95 (12,9%), врачебно-физкультурные — 77 (10,4%), кардиологические — 23 (3,1%), эндокринологические — 10 (1,4%) и один офтальмологический диспансер (0,1%).

Медицинские организации, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации, составляют 5863 (83,7%), число муниципальных медицинских организаций — 973 (13,9%), федеральных медицинских организаций — 167 (2,4%).

Число посещений на одного жителя в год в амбулаторно-поликлинических организациях снизилось и составило в 2014 году 9,1 (2013 год — 9,5).

Число посещений в отделениях (кабинетах) платных услуг увеличилось на 1,1% и составило 36 930 106.

В 2013 году при больничных организациях было развернуто 4268 дневных стационаров на 87 098 мест, на которых было пролечено 2 505 428 пациентов, средняя длительность лечения составила 10,3 дня.

В 2014 году при амбулаторно-поликлинических организациях было развернуто 6507 дневных стационаров на 162 606 мест, на которых было пролечено 4 764 224 пациента со средней длительностью лечения 11,2 дня.

По сравнению с 2013 годом в 2014 году число мест, развернутых в дневных стационарах при больничных и амбулаторно-поликлинических организациях, увеличилось на 7,5%, число пролеченных больных увеличилось на 10,5%, а среднее число дней лечения сократилось на 1,5%.

Кроме того, при медицинских организациях были организованы стационары на дому, в которых было пролечено 467 598 больных со средней продолжительностью лечения 11,2 дня. По сравнению с 2013 годом в 2014 году число больных, пролеченных в стационарах на дому, снизилось на 1,3%, а среднее число дней лечения не изменилось.

В 2014 году внебольничная медицинская помощь населению также оказывалась 2650 станциями (отделениями) скорой медицинской помощи, в том числе 219 самостоятельными (8,3%). Число бригад скорой медицинской помощи составило 39 077, в том числе 25 446 (65,1%) — фельдшерских.

По сравнению с предыдущим годом число станций (отделений) скорой медицинской помощи уменьшилось на 54 (на 2,0%), а общее число бригад возросло на 380 (на 1,0%). Число врачебных бригад сократилось на 1454 (на 9,6%), а фельдшерских увеличилось на 1834 (на 7,7%). Обеспеченность врачебными бригадами скорой медицинской помощи сохранилась на уровне 0,1 на 1000 населения, фельдшерскими — возросла с 0,17 до 0,27 на 1000 населения.

В 2014 году коечный фонд стационаров Российской Федерации уменьшился на 4,1 % и составил 1 119 595 коек. Обеспеченность койками снизилась с 81,3 до 77,9 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность койками в 2014 году по федеральным округам находится в диапазоне от 72,2 в Северо-Кавказском федеральном округе до 90,9 на 10 тыс. населения в Дальневосточном федеральном округе. Различия между показателями обеспеченности населения субъектов Российской Федерации койками составляют 2,7 раза.

В 2014 году среднее число дней занятости койки в году сократилось на один день и составило 321 день.

По федеральным округам показатель составил 311 дней в Центральном федеральном округе и 327 дней в Приволжском и Северо-Кавказском федеральных округах. Различия между значениями показателя интенсивности эксплуатации коечного фонда составили 20,3%.

В 2014 году средняя длительность пребывания пациента в стационаре сократилась на 2,5% и составила 11,8 дня. Наименьшая — в Северо-Кавказском федеральном округе — 11,3 дня, наибольшая — в Дальневосточном федеральном округе — 12,7 дней.

В 2014 году показатель больничной летальности вырос на 4,5% и составил 1,62% (в 2013 году — 1,55%).

Самая высокая (выше средней) больничная летальность регистрируется в медицинских организациях Северо-Западного федерального округа — 2,2% и Центрального федерального округа — 1,9%, самая низкая в Северо-Кавказском федеральном округе — 0,8%. В остальных федеральных округах значения показателей составляют 1,4—1,5%.

**2. Финансовые ресурсы системы здравоохранения.** Расходы на здравоохранение в РФ ощутимо уступают таковым в развитых странах мира.

Система всеобщего медицинского страхования (в России — ОМС), по своей природе призванная обеспечить равенство граждан в праве получения медицинской помощи в любой точке страны, в нынешнем состоянии развития не позволяет достичь этой цели. И хотя верно то, что территории в рамках любой страны, особенно если речь идет о России, чрезвычайно разнородны по институциональным характеристикам, соблюдение принципа общественной солидарности не должно допускать существенных различий между территориями в обеспечении и реализации социальных гарантий. Между тем на сегодняшний день сохраняется неравенство субъектов Российской Федерации по уровню финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Дифференциация в фактических расходах на здравоохранение в расчете на душу населения, по данным Росстата, достигает 10 раз: от наибольшего показателя в Чукотском АО (в 2012 г. — 29 750,4 рубля на 1 жителя) до минимального в Республике Северная Осетия-Алания (2841,9 рубля на 1 жителя). Важно, что основной причиной межрегиональной дифференциации по душевым расходам на здравоохранение являются не различия в уровне страховых рисков, т. е. реальное состояние здоровья населения, а неравенство в экономическом развитии территорий, следовательно, масштабах налоговой базы<sup>44</sup>. В итоге регионы с развитой промышленностью и высоким уровнем подушевого ВРП выделяют больше средств на финансирование здравоохранения, чем менее развитые экономически (имеет значение и численность населения). Обнаруживается тесная корреляционная связь между показателями подушевого ВРП и обеспеченностью Территориальных программ госгарантий (ТПГГ) субъектов Российской Федерации средствами страховых фондов (ОМС).

Ценный показатель финансирования здравоохранения — дефицит Территориальной программы госгарантий, выражающийся в процентах как доля недополученных здравоохранением средств от их необходимого объема. Несмотря на то что в целом уровень дефицитности Территориальных программ госгарантий в РФ сокращается (так, если в 2011 г. он достигал почти 19%, то в 2013 году составлял чуть больше 9%), говорить об успехах преждевременно. В 2013 году Территориальные программы были бездефицитны только в двадцати пяти

---

<sup>44</sup> Линденбратен А. Л. Актуальные проблемы финансирования здравоохранения: <http://bujet.ru/article/40147.php>

Таблица 36. Дефицит финансового обеспечения Территориальных программ госгарантий в субъектах Российской Федерации, 2013 год

Ранг	10 субъектов с наибольшим дефицитом ТППГ	Значение, %	Ранг	10 субъектов с наименьшим дефицитом ТППГ*	Значение, %
1	Республика Дагестан (max)	22,1	49	Орловская область	4,7
2	Республика Марий Эл	21,4	50	Красноярский край	2,5
3	Республика Хакасия	20,1	51	Республика Башкортостан	2,3
4	Республика Алтай	19,9	52	Липецкая область	2,3
5	Республика Калмыкия	19,5	53	Нижегородская область	1,5
6	Тамбовская область	18,5	54	Новгородская область	1,0
7	Чеченская Республика	17,8	55	Рязанская область	0,7
8	Республика Ингушетия	17,8	56	Белгородская область	0,6
9	Алтайский край	17,5	57	Самарская область	0,6
10—11	Волгоградская область	17,3	58	Республика Мордовия (min)	0,2

Примечание. В РФ в целом — 9,2.

\* Без 25 регионов со 100% обеспеченностью ТППГ.

субъектах Российской Федерации, в том числе в городах Москве и Санкт-Петербурге.

Максимальный размер дефицита финансового обеспечения программ в 2013 году отмечен в Республике Дагестан — 22% общей потребности (в 2011 году он составлял для республики более 50%) или 65% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации (табл. 36).

По данным Министерства здравоохранения РФ, в 2013 году 57 субъектов Российской Федерации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях использовали способ оплаты за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу, посещение, обращение, законченный случай лечения). В 18 субъектах РФ основным являлся передовой способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, но все-таки в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Однако только в 8 субъектах Российской Федерации: Архангельская область, Пензенская область, Алтайский край, Тюменская область, Кемеровская область, Томская область, Республика Саха (Якутия), Камчатский край — в большинстве медицинских организаций использовался способ оплаты медицинской помощи по поду-

**Таблица 37. Обеспеченность населения врачами, человек на 10 тыс. населения, 2013 год**

10 наиболее обеспеченных регионов	Значение, %		10 наименее обеспеченных регионов	Значение, %	
	2003 г.	2013 г.		2003 г.	2013 г.
г. Санкт-Петербург	77,3	81,2	Костромская область	36,1	35,5
Чукотский автономный округ	73,2	73,8	Псковская область	34	35,5
Республика Северная Осетия-Алания	67,1	71,7	Республика Марий Эл	35,6	35
г. Москва	73	68,6	Вологодская область	33,9	34,7
Астраханская область	65,5	65,8	Тамбовская область	34,4	34,5
Томская область	68,6	61,1	Ленинградская область	29,8	34,3
Амурская область	59,2	60,6	Владимирская область	34,7	33,9
Магаданская область	54,7	59,5	Тульская область	33,7	33,6
Ярославская область	56,9	58	Курганская область	27,7	30,2
Хабаровский край	58,3	57,9	Чеченская Республика	н. д.	27

Примечание. В РФ в целом — 49 (2013 год).

шевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях<sup>45</sup>.

В 2013 году в 21 субъекте Российской Федерации оплата медицинской помощи в стационарных условиях осуществлялась за законченный случай лечения заболевания, что нельзя не оценить положительно, однако в 9 субъектах Российской Федерации при оплате медицинской помощи в стационарных условиях использовались непредусмотренные Программой способы оплаты, в том числе за единицу объема медицинской помощи (1 койко-день).

**3. Трудовые ресурсы здравоохранения.** Системой здравоохранения предусмотрено наличие хорошо подготовленных

<sup>45</sup> Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiybesplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoj-pomoschi-v-2013-godu>

медицинских работников, которые обеспечивают охрану здоровья населения, профилактику и лечение заболеваний, реабилитацию больных на высоком профессиональном уровне, с соблюдением этических норм. В качестве обеспеченности населения врачами и средним медперсоналом следует понимать относительное количество этих категорий специалистов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях региона. Согласно данным Всемирного банка, количество врачей в России составляет 4,3%, что крайне значительно. В мире в среднем значение данного показателя составляет всего 1,5%, в Европе — 3,7%.

Проблема территориального неравенства в обеспеченности населения врачами не теряет свою актуальность и на следующем уровне территориальной организации, так, для России — на уровне субъектов Федерации. Дифференциацией по обеспеченности населения врачами охвачен широкий диапазон значений — от максимальных в крупнейших городах Москве (68,6%) и Санкт-Петербурге (81,2%), а также Чукотском АО и Республике Северная Осетия-Алания (73,8 и 71,7%), до минимального (27%) в Чеченской Республике (табл. 37).

Территориальная дифференциация в обеспеченности здравоохранения трудовыми ресурсами довольно стабильна, и в 2003 году отношение максимального и минимального значений анализируемого показателя между субъектами Федерации также достигало 3,2. Существенным обстоятельством, свидетельствующим о дефиците врачей в РФ, является низкий уровень укомплектованности штатных должностей физическими лицами и высокий уровень совместительств.

Учитывая тот факт, что, по сравнению с другими странами мира, Россия характеризуется высокими показателями количества врачей, статистикой объявляется их дефицит (за период с 2000 по 2013 год обеспеченность врачами населения в РФ увеличилась незначительно — на 2%). На наш взгляд, имеется в виду необеспеченность не врачами в целом, а специалистами первичного звена. Число врачей первичного контакта в России ниже нормативов ВОЗ в 2—2,5 раза<sup>46</sup>. Впрочем, это утверждение справедливо только в отношении врачей общей практики: их в РФ, в действительности, в два и более раза меньше, чем в Европе и мире.

Подводя итоги, отметим, что в рамках данного исследования автором предпринята попытка объяснить причины проблем российского здравоохранения, касающихся неравномерного распределения ресурсов и объектов инфраструктуры здравоохранения на территории страны.

---

<sup>46</sup> Скворцова: система здравоохранения в РФ обескровлена дефицитом кадров: <http://ria.ru/society/20131209/982823851.html>



#### 4.5. Кадровое обеспечение процессов реформирования системы здравоохранения

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения в период реформирования системы здравоохранения связаны не столько с дефицитом врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием по ряду специальностей, сколько со сформировавшимися диспропорциями в отрасли, а именно дисбалансом: в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях в целом и, в частности, врачей-специалистов и врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых; в укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах; в соотношении между количеством врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Учитывая положительную тенденцию в увеличении численности сельских врачей, Министерством в 2014 году разработан Федеральный закон<sup>47</sup>, предусматривающий, начиная с 2015 года, увеличение до 45 лет возраста медицинских работников, имеющих высшее образование, прибывших в 2015 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, заключивших с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор и имеющих право на получение единовременной компенсационной выплаты в размере 1 млн рублей.

Увеличение возраста медицинских работников позволит осуществлять подбор медицинских кадров, исходя из их профессиональной подготовки и уровня квалификации.

Реализация комплекса мероприятий по устранению кадровых диспропорций позволила в 2014 году добиться положительной динамики численности врачей по таким дефицитным специальностям, как «Анестезиология-реанимация» (+2,4%, или +686 человек) и «Рентгенология» (+3,1%, или +485 человек).

Одним из ключевых мероприятий кадровой политики в отрасли в 2014 году явились вопросы совершенствования профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. В рамках этой работы в 10 пилотных территориях и 6 федеральных медицинских организациях проведено хронометражное исследование работы медицинских сестер с учетом типа и уровня медицинской организации, а также вида медицинской помощи, осуществлен пересмотр профессиональных

---

<sup>47</sup> Федеральный закон от 1 декабря 2014 года № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

ролей и совокупности умений, направленный на расширение функций сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе, в проведении профилактических мероприятий, медицинской реабилитации и оказании паллиативной медицинской помощи.

Неотъемлемые составляющие кадровой политики в отрасли — повышение престижа и привлекательности медицинской профессии, создание положительного образа медицинского работника в средствах массовой информации с целью привлечения в отрасль талантливой молодежи, стимулирование выпускников профильных образовательных учреждений работать по специальности.

Постановлением Правительства<sup>48</sup> впервые установлено единовременное денежное поощрение лучших специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Во исполнение пункта 2 «г» Указа Президента<sup>49</sup> распоряжением Правительства<sup>50</sup> утвержден комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, а органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации — региональные кадровые программы.

На реализацию мероприятий региональных кадровых программ в 2014 году субъектами Российской Федерации было направлено 17,6 млрд рублей.

В медицинских организациях Российской Федерации по состоянию на 1 января 2015 года работает 580 311 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием, в том числе в медицинских организациях субъектов Российской Федерации — 526 418 врачей и 1 221 669 медицинских работников со средним профессиональным образованием<sup>51</sup>.

Обеспеченность населения врачами составила 39,7 на 10 тыс. населения, обеспеченность медицинскими работниками со средним профессиональным образованием — 88,09.

---

<sup>48</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2014 года № 1476 г. «О единовременном денежном поощрении лучших специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

<sup>49</sup> Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

<sup>50</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 года № 614-р «Об утверждении Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г.»

<sup>51</sup> Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации: <http://www.rosminzdrav.ru>

Сохраняется неоднородность показателя обеспеченности населения врачами и медицинскими работниками со средним профессиональным образованием среди субъектов Российской Федерации. Максимально высокие уровни обеспеченности врачами отмечаются в Чукотском автономном округе, в г. Санкт-Петербурге и Москве, в Республике Северная Осетия-Алания и в Магаданской области. В то же время минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются: в Чеченской Республике, во Владимирской, Курганской и Тульской областях, в Еврейской автономной области.

В 90% регионов отмечен дефицит врачей по специальностям: «анестезиология-реаниматология», «патологическая анатомия», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия».

Прирост численности врачей отмечается в 53 субъектах Российской Федерации, медицинских работников со средним профессиональным образованием — в 19 субъектах Российской Федерации, отрицательная динамика численности врачей — в 25 субъектах Российской Федерации, численности медицинских работников со средним профессиональным образованием — в 62 субъектах Российской Федерации.

Оценка данных мониторинга свидетельствует, что в 2014 году достигнуты показатели обеспеченности врачами, предусмотренные региональными кадровыми программами, в 41 субъекте Российской Федерации.

Отмечается дефицит врачей по отдельным специальностям. Большинство субъектов Российской Федерации отметили дефицит врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей-хирургов, врачей травматологов-ортопедов, врачей-оториноларингологов, врачей-офтальмологов, врачей-фтизиатров, врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей-психиатров, врачей-неврологов, врачей психиатров-наркологов, врачей-патологоанатомов, врачей скорой медицинской помощи, врачей-инфекционистов.

В 2014 году органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в рамках реализации региональных кадровых программ осуществлялись мероприятия по повышению качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров. Циклы повышения квалификации окончили 158 730 врачей и 268 674 медицинских работника со средним профессиональным образованием.

Кадровая политика в части подготовки молодых специалистов базируется на развитии их целевой подготовки, планируемой с учетом реальной потребности в медицинских кадрах. В целях оказания субъектам Российской Федерации методической помощи в планировании врачебных кадров и оценки эффективности их деятельности в медицинских организациях утверждена методика<sup>52</sup> расчета потребности во врачебных кад-

рах, которая разработана и направлена в субъекты Российской Федерации для апробации методики расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием.

Учитывая потребность в специалистах со средним медицинским образованием, органы государственной власти в сфере охраны здоровья ряда субъектов Российской Федерации увеличили государственное задание образовательным учреждениям среднего профессионального образования на подготовку специалистов.

В 2014 году на 1-й курс подведомственных Минздраву России образовательных организаций поступили 35 678 студентов, в том числе за счет средств федерального бюджета 21 544 студента, по программам интернатуры и ординатуры выделено более 21 500 мест. Квота целевого приема составила в среднем 50%, а в ряде образовательных организаций Минздрава России объем целевого приема доходил до 77%.

В 2014 году органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в рамках реализации региональных кадровых программ осуществлялись мероприятия по повышению качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров. Циклы повышения квалификации окончили 158 730 врачей и 268 674 средних медицинских работника.

Кроме этого, 13 088 врачей прошли профессиональную переподготовку и получили вторую и последующие специальности.

В ряде субъектов Российской Федерации (Астраханская, Пензенская, Томская области, г. Москва, Республика Татарстан) врачи прошли стажировку в зарубежных клиниках (Израиль, США, Германия, Швейцария, Англия, Греция).

Приоритетным направлением в решении вопросов кадрового обеспечения медицинских организаций остается ориентация на целевую подготовку специалистов с высшим и средним профессиональным образованием.

С целью привлечения врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием для работы в медицинских организациях в 2014 году в ряде субъектов Российской Федерации приняты нормативные правовые акты, устанавливающие дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам. Реализованные в 2014 году программные мероприятия позволили привлечь в медицинские организации субъектов Российской Федерации 6467 врачей и 10 262 работника среднего медицинского персонала.

Субъектами Российской Федерации в целом достигнуты запланированные индикаторы обеспеченности врачами и объ-

---

<sup>52</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 июня 2014 года № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

емы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Отмечается относительная стабильность имеющегося кадрового дефицита врачей и работников среднего медицинского персонала: возрастная структура средних медицинских кадров практически не изменилась. Доля врачей в возрасте до 36 лет увеличилась с 25,5% в 2012 году до 26,7% в 2014 году.

Таким образом, обобщая результаты проведенного исследования кадрового обеспечения процессов реформирования системы здравоохранения, можно заключить, что врачи, оценивая сложившуюся систему здравоохранения, подтверждают происходящие социальные изменения в ней. Социально-экономическое положение врачей и их статус в обществе в связи с происходящими изменениями существенно не меняется, а по некоторым критериям ухудшается. Принимая тот факт, что система здравоохранения финансируется государственным бюджетом и системой ОМС, они не отрицают и принимают факт финансирования системы здравоохранения, а также непосредственно медицинских работников со стороны пациентов, допуская при этом не всегда легальные способы. В то же время такие отношения не улучшают социально-экономическое положение врача, а лишь усугубляют сложившееся положение в здравоохранении снижением доверия со стороны населения к системе здравоохранения и ростом протестного настроения, как среди пациентов, так и среди самих врачей.

#### **4.6. Институциональные изменения системы здравоохранения**

Сфера здравоохранения, будучи одной из важнейших социально значимых отраслей, попадает под воздействие институциональных изменений. Процесс реализации таких изменений характеризуется специфическими особенностями, которые необходимо исследовать с целью разработки направлений дальнейшего развития и совершенствования отрасли. Анализ публикаций на данную тему характеризует отсутствие единых подходов к оценке институциональных изменений и их влияния на развитие системы здравоохранения в России.

Проведем сравнительный анализ институциональных изменений системы здравоохранения, основываясь на данных социологических исследований и опросов, показывающих динамику состояния амбулаторно-поликлинической помощи, объемы платных медицинских услуг и доходы от их реализации, а также определим влияние институциональных изменений на отношение населения к реформированию системы здравоохранения, оценивание качества и доступности медицинской помощи.

Реформы здравоохранения, проводимые в последние десятилетия, направлены на развитие отрасли и связаны со стремлением улучшить систему управления здравоохранением за счет реализации комплекса мер, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи населению. Поиск путей повышения качества и эффективности в здравоохранении является ключевой задачей на протяжении многих лет. Все это находило отражение в разработке множества системных решений, государственных программ, крупных проектов, изменениях в системе нормативно-правового регулирования, контрольно-разрешительных механизмов и других мероприятий. Вместе с тем приходится констатировать, что столь широкомасштабные преобразования в отрасли на фоне их значительного ресурсного обеспечения не привели к существенному повышению качества медицинской помощи населению. Подтверждением этому является крайне низкая удовлетворенность населения качеством медицинской помощи по результатам Всероссийского социологического исследования, проведенного Росздравнадзором<sup>53</sup>. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего исследования различных аспектов состояния и развития здравоохранения и его особенностей. Одним из таких аспектов является изучение институциональных изменений, происходящих в сфере оказания медицинских услуг.

Основные тенденции обновления здравоохранения состоят в следующем:

- подушевой метод оплаты медицинской помощи с фондодержанием в системе ОМС. Применение фондодержания позволяет сократить на треть число больничных коек, уменьшить уровень госпитализации, число вызовов скорой помощи. В то же время фондодержание — это лишь метод оплаты медицинских услуг, которому не стоит приписывать какие-либо «чудодейственные» свойства;
- развитие общеврачебной практики — безусловно, такая практика должна развиваться как на селе, так и в городе, но ее развитие должно происходить параллельно с развитием специализированной помощи, а не вместо нее;
- объединение поликлиник и стационаров — идея такого объединения не нова и не лишена смысла, но подобное изменение будет эффективным лишь при соблюдении определенных экономических, технологических, информационных, кадровых и других условий;
- создание межмуниципальных центров — эта мера является необходимой в настоящее время, особенно при сокращении количества специалистов в сельской местности,

---

<sup>53</sup> Князюк Н. Ф. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций / Н. Ф. Князюк, И. С. Кицул. — М.: Изд. дом «Менеджер здравоохранения», 2013. — 312 с.

но формирование таких центров должно проводиться одновременно с развитием служб долечивания и реабилитации;

- аккредитация медицинского персонала — этот вопрос нуждается в тщательной предварительной проработке;
- развитие частной медицины — в рыночных условиях это необратимый процесс, но задача регулирующих органов состоит в том, чтобы превратить этот процесс не в «бизнес на болезнях», а в успешное частно-государственное партнерство в интересах пациента;
- решение проблемы кадрового дефицита в здравоохранении — для решения этой проблемы необходимо разработать программу государственного стимулирования медицинского персонала, обратив особое внимание на перспективы молодых специалистов. Важное значение имеет и подготовка руководителей для системы здравоохранения, которая должна включать в себя не только медицинские программы, но и основы менеджмента, маркетинга, правовые аспекты;
- приоритет развития детского здравоохранения. Государство должно уделять внимание не только вопросам повышения рождаемости и улучшения здоровья детей, но и таким проблемам, как борьба с абортными, пропаганда здорового образа жизни и др.;
- проблемы региональных программ модернизации — программы приобретения нового медицинского оборудования, приведения в надлежащий вид лечебно-профилактических учреждений должны обязательно увязываться с прогнозами развития регионов<sup>54</sup>.

Список перечисленных проблем может быть дополнен еще целым рядом стоящих перед здравоохранением задач, таких как: развитие первичной медико-санитарной помощи населению, расширение многообразия организационных форм медицинских учреждений, внедрение эффективной системы контроля и мониторинга комплексных индикаторов и социальных стандартов охраны здоровья.

Для исследования эффективности и качества медицинской помощи используется множество подходов, подробно описанных в научной литературе<sup>55</sup>. Одним из таких подходов являет-

---

<sup>54</sup> Винокурова А. М. Институциональные изменения в сфере здравоохранения / А. М. Винокурова // Институциональные изменения в сфере социально значимых услуг / Т. Д. Бурменко [и др.].— Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2013.— С. 131—142.

<sup>55</sup> Туренко Т. А. Методические подходы к оценке эффективности и результативности здравоохранения на основе данных официальной статистики / Т. А. Туренко // Известия Иркутской государственной экономической академии.— 2013.— № 4 (90).— С. 120—125.

Таблица 38. Число учреждений здравоохранения

Год	Число больничных организаций, тыс.	Число больничных коек		Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	
		всего, тыс.	на 10 тыс. человек населения		всего, тыс.	на 10 тыс. человек населения)
2001	10,6	1653,4	114,4	21,3	3548,4	245,4
2002	10,3	1619,7	112,6	21,4	3565,2	247,8
2003	10,1	1596,6	111,5	21,5	3557,8	248,4
2004	9,8	1600,7	112,2	22,1	3577,5	250,8
2005	9,5	1575,4	110,9	21,8	3637,9	256,0
2006	7,5	1553,6	109,0	18,8	3646,2	255,2
2007	6,8	1521,7	106,6	18,3	3673,9	257,4
2008	6,5	1398,5	98,0	15,5	3651,0	255,8
2009	6,5	1373,4	96,2	15,3	3657,2	256,0
2010	6,3	1339,5	93,8	15,7	3685,4	258,0
2011	6,3	1347,1	94,2	16,3	3727,7	260,6
2012	6,2	1332,3	92,9	16,5	3780,4	263,7
2013	5,9	1301,9	90,6	16,5	3799,4	264,5

\* Медицинские учреждения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>

ся изучение состояния и развития здравоохранения на основе использования данных официальной статистики.

Для определения институциональных изменений, происходящих в сфере оказания медицинских услуг в России, нами проведены следующие статистические исследования:

1. Изменение 1: развитие первичной медико-санитарной помощи населению; укрепление и развитие первичного звена — поликлиник. Способ изучения и оценки: анализ статистических данных, характеризующих динамику состояния амбулаторно-поликлинической помощи.

2. Изменение 2: расширение многообразия организационных форм медицинских учреждений и профилей деятельности. Способ изучения и оценки: анализ статистических данных о численности медицинских учреждений по формам собственности, а также оценка объемов платных медицинских услуг и доходов от их реализации.

3. Изменение 3: внедрение эффективной системы контроля и мониторинга комплексных индикаторов и социальных стандартов охраны здоровья. Способ изучения и оценки: анализ показателей официальной статистики, характеризующих результативность и эффективность здравоохранения.

Анализ показывает, что на протяжении исследуемого периода произошло существенное снижение количества функ-



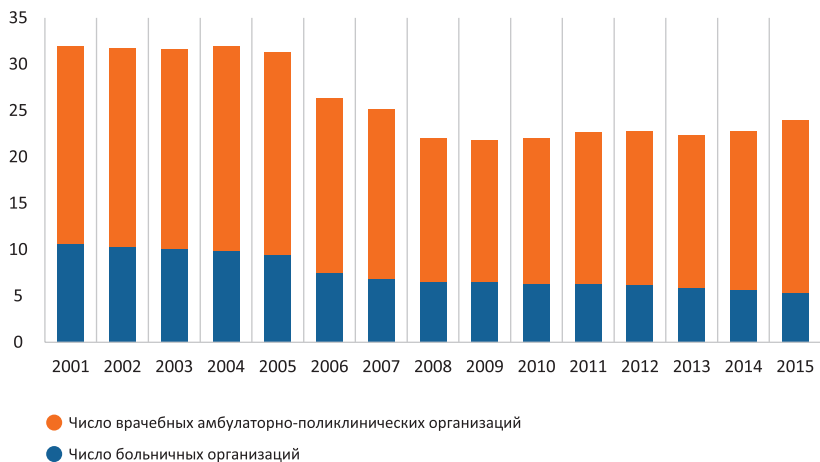


Рис. 30. Динамика изменения числа больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений.

ционирующих учреждений: как больничных, так и амбулаторно-поликлинических учреждений (табл. 38, рис. 30). Темп снижения больничных учреждений за период 2001—2013 годов составил 44,34%. Что касается врачебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению, то их количество с 2001 по 2013 год уменьшалось не так стремительно: темп снижения составил 22,53%. Данная динамика не соответствует задачам, поставленным в Федеральном законе РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>56</sup>.

К концу 2010 года в России насчитывалось 56 400 медицинских учреждений. Они крайне неоднородны по профилю деятельности, численности персонала и количеству обслуживаемых клиентов. Единицей учета может быть как врач частной практики, ведущий прием с одним стоматологическим креслом, так и многопрофильная клиника с тридцатью отделениями и оборотом в сотни тысяч приемов в год. Из них, частных клиник — 34 800, государственных и муниципальных — 19 800, с иной формой собственности — 1800.

В сфере здравоохранения преобладают медицинские организации, основанные на частной собственности. Их удельный вес в общем количестве медицинских организаций составляет 61,7%. Таким образом, количество частных медицинских кли-

<sup>56</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Таблица 39. Число больничных коек по специализации\*, тыс.

Специализация	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число больничных коек,	1373,4	1339,5	1347,1	1332,3	1301,9
из них:					
терапевтического профиля	304,7	296,1	299,2	302,8	294,3
хирургического профиля	262,7	257,2	259,5	256,4	251,3
онкологических	39,3	39,7	40,4	42,8	43,4
гинекологических	71,1	68,8	66,9	64,6	61,1
туберкулезных	84,9	84,0	91,0	93,2	90,9
инфекционных	74,0	70,5	71,1	70,2	68,2
офтальмологических	26,5	25,8	25,4	23,7	23,1
отоларингологических	21,0	20,3	20,9	20,2	19,6
дерматовенерологических	17,2	16,4	16,5	16,0	15,2
для психически больных	159,8	153,4	153,2	149,4	147,6
наркологических	26,8	26,3	26,3	25,5	25,3
неврологических	83,5	83,5	84,7	86,0	84,4
для беременных женщин, рожениц и родильниц	80,5	80,3	79,2	77,4	74,9

\* Число больничных коек по специализации. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>

ник и центров почти в два раза превосходит количество государственных и муниципальных (табл. 39, 40; рис. 31).

Цифры, отражающие число пациентов платных медицинских услуг, в различных официальных данных и исследованиях существенно разнятся. Максимум — 72 млн человек — приводит в своем исследовании *BusinessStat*<sup>57</sup>. Анализ здесь представляет сложность закрытостью данных, разностью методик подсчета: включение всех коммерческих услуг, в том числе и государственно-муниципальных ЛПУ, теневой сектор. Если обратиться к социологическим исследованиям, то, например, согласно ежеквартальному исследованию *HealthIndex*<sup>58</sup>, проводимому компанией *Synovate Comcon*, в 2010 году каждый пятый россиянин старше 16 лет прибежал к платным медицинским услугам. Возникают вопросы: 1) учитывались ли здесь посещения с детьми — те, кому до 16 лет; 2) это только граждане РФ или все проживающие на территории страны?

Признавая цифру в 72 млн завышенной и не отражающей действительности частной медицины, мы опираемся на усредненные 25—30% жителей РФ, пользующихся платными медицинскими услугами (предоставляемыми частными и государ-

<sup>57</sup> Официальный сайт *BusinessStat*: <http://businessstat.ru>

<sup>58</sup> Официальный сайт *Synovate Comcon*: <http://www.comcon-2.ru/default.asp?trfID=549>

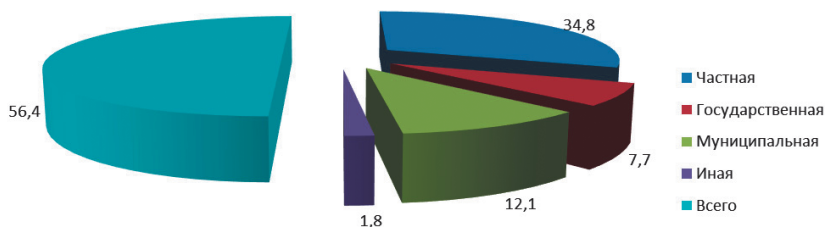


Рис. 31. Соотношение медицинских учреждений по формам собственности, 2010 год, тыс.

Таблица 40. Численность медицинских учреждений по формам собственности, 2010 год\*

Форма собственности	Количество медицинских организаций, тыс.	Удельный вес, %
Частная	34,8	61,70
Государственная	7,7	13,65
Муниципальная	12,1	21,46
Иная	1,8	3,19
<b>Всего...</b>	<b>56,4</b>	<b>100,00</b>

\* Учет юридических лиц по классификации ОКВЭД, отрасль — Здравоохранение. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>

ственно-муниципальными ЛПУ), что составляет 40—50 млн человек, половина из которых — это пациенты частных медицинских клиник (по исследованиям предыдущих лет, доля пациентов коммерческих услуг государственных и муниципальных ЛПУ по отношению к частным медицинским учреждениям относятся в приблизительной пропорции 50 на 50). Вместе с лечебными учреждениями необходимо учитывать и значительное число курортных, санаторных учреждений, также приписанных к здравоохранению. В данное число входят и различные научно-исследовательские медицинские организации, включая органы судмедэкспертизы.

Больше всего услуг оказывается в медицине общего профиля — 33,66% от всего объема услуг. За ним следуют: гендерная медицина — 28,54%, стоматология — 21,95%, реабилитационная медицина — 12,36%, эстетическая медицина — 2,3%, нетрадиционная медицина — 1,19%. Однако высокая цена в стоматологии, реабилитационной и эстетической медицины (в 2—2,5 раза) дает иную картину в стоимостном объеме рынка. Поэтому натуральный и стоимостный объемы рынка совпадают не полностью. Более дорогие медицинские направления имеют больший объем рынка в стоимостном выражении по

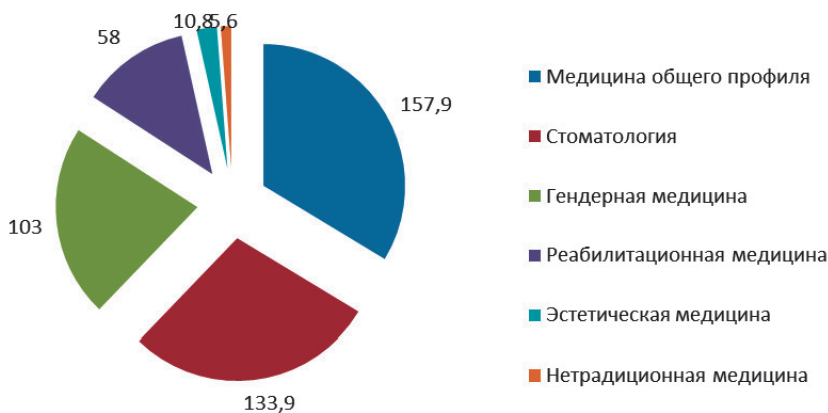


Рис. 32. Стоимостный объем рынка медицинских услуг по направлениям медицины, 2010 год, млрд рублей.

Источник: BusinessStat. Аудит цен и объемов продаж медицинских услуг: Всероссийское ежегодное выборочное обследование 950 медицинских учреждений: <http://businessstat.ru>

Таблица 41. Численность медицинских учреждений по профилям деятельности, 2010 год\*, тыс.

Профиль деятельности медицинских учреждений	Количество
Многопрофильные клиники	34,2
Стоматологические клиники	12,4
Гендерные и семейные клиники	2,2
Диагностические клиники	1,9
Прочие специализированные клиники	2,5
Санаторно-курортные учреждения	3,2

\* Учет юридических лиц по классификации ОКВЭД, отрасль — Здравоохранение. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>

отношению к натуральному объему. Косметология не доминирует по числу или суммарной стоимости оказываемых услуг, но в этой врачебной специальности наблюдаются самые высокие средние цены, равно как в хирургии и мануальной терапии (табл. 41, рис. 31).

Основные показатели деятельности системы здравоохранения свидетельствуют о том, что численность врачей за период 2006—2013 годов практически не изменилась, а численность среднего медицинского персонала даже сократилась. Число больничных коек за анализируемый период снизилось. Положительной тенденцией является увеличение мощности амбулаторно-поликлинических учреждений.

Таблица 42. Основные показатели здравоохранения

Показатель	Год									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Численность врачей всех специальностей, всего, тыс. человек	702,2	707,	703,8	711,3	715,8	732,8	703,2	702,6		
на 10 тыс. человек населения	49,1	49,6	49,3	49,8	50,1	51,2	49,1	48,9		
Численность среднего медицинского персонала, всего, тыс. чел.	1545,0	1542,5	1511,2	1517,6	1508,7	1530,4	1520,3	1518,5		
на 10 тыс. человек населения	108,1	108,1	105,9	106,2	105,6	107,0	106,1	105,7		
Число больничных коек, всего, тыс.	1559,8	1521,7	1398,5	1373,4	1339,5	1347,1	1332,3	1301,9		
на 10 тыс. человек населения	108,7	106,6	98,0	96,2	93,8	94,2	92,9	90,6		
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену, всего, тыс. человек	3646,2	3673,9	3651,0	3657,2	3685,4	3727,7	3780,4	3799,4		
на 10 тыс. человек населения	255,2	257,4	255,8	256,0	258,0	260,6	263,7	264,5		

\* Медицинские организации. Численность медицинских кадров. Число больничных коек по специализации. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>

### ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

#### 5.1. Документы национального уровня, определяющие развитие здравоохранения

Цель настоящего исследования заключается в проведении анализа основных нормативных правовых актов, определяющих развитие здравоохранения в России и содержащих показатели оценки эффективности здравоохранения и медицинских организаций.

Государство осуществляет управление в сфере охраны здоровья через правовые, административные, экономические и социально-психологические механизмы и определяет свою конечную цель как создание реально эффективной социальной политики.

Вопреки очевидной значимости правового регулирования охраны здоровья граждан и специфичности общественных отношений в жизни современного общества, гарантия соблюдения прав человека на здоровье на законодательном уровне в Российской Федерации до 1990 года была очень ограниченной.

В СССР все законодательство в сфере здравоохранения было ограничено «Основами законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении»<sup>59</sup> и Законом РСФСР «О здравоохранении»<sup>60</sup>, который был принят в соответствии с указанными Основами.

С момента формирования в 90-х годах прошлого века на постоянной основе российского парламента произошел заметный рост законодательной деятельности наравне с активной эволюцией законодательства в области здравоохранения.

Последнее десятилетие XX века характеризуется интенсивным развитием процесса возвращения в Россию идей правовой государственности.

Обеспечение принципов правового государства неразрывно связано с высокой эффективностью правового регулирования

---

<sup>59</sup> Закон СССР от 19 декабря 1969 года «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении».

<sup>60</sup> Закон РСФСР от 29 июля 1971 года «О здравоохранении».

общественных отношений, основой которой являются единство и непротиворечивость правовой системы, строгая соподчиненность и согласованность нормативных правовых актов, высокий уровень их подготовки, а также наличие механизмов реализации правовых норм.

Разработка законов, регулирующих деятельность в сфере охраны здоровья, содержит определенные принципы и правила, которые позволяют обеспечить единство и непротиворечивость правовой системы, строгую иерархию законодательных актов, ввиду того что закон представляет собой чрезвычайно важный и необходимый инструмент для проводимой политики. Нормативно-правовое регулирование является определяющим аспектом при реформировании здравоохранения.

Ключевым моментом работы над законопроектом является его гармонизация с законодательством мирового сообщества и российскими нормативно-правовыми актами.

Следует сопоставить законопроект с действующим законодательством по регулируемому документом вопросу. Законодательные акты должны находиться в рамках норм международного права и не противоречить основному закону РФ, которыми является Конституция РФ.

Законы РФ представляют собой высшее требовательное выражение и воплощение государственной воли российского общества. Именно это определяет их высшую юридическую силу по сравнению со всеми другими актами. Все дальнейшие нормативно-правовые акты государства издаются на основе законов в соответствии с законами и во исполнение их, т. е. обладают подзаконным характером.

Решить проблемы охраны здоровья граждан и реформировать систему здравоохранения можно только используя возможности их законодательного обеспечения.

Национальную систему здравоохранения следует строить в масштабах всей страны на единой законодательной базе, на общей государственной политике, собранной из лучшего отечественного и мирового опыта и практики.

В настоящее время российское законодательство, регулирующее правоотношения в сфере оказания медицинских услуг, является весьма разветвленной многоуровневой структурой, комплексный характер которой опосредуется проявлением регулятивных норм различных отраслей права.

Остановимся более подробно на каждом из уровней.

Первый уровень составляет Конституция РФ, являющаяся основой законодательного регулирования любых отношений, в том числе и в сфере оказания медицинских услуг, нормами которой определено, что одной из основных задач Российского государства поставлена охрана здоровья людей, создание им условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Право на охрану здоровья и медицинскую

помощь, занимающее важнейшее место в системе прав человека и гражданина, закреплено в ст. 41 Конституции РФ.

Второй уровень составляют федеральные законы. Действующую систему федерального законодательства, регулиующую отношения в сфере здравоохранения, можно условно разделить на два подуровня: общее законодательство, действующее в сфере любых услуг (в том числе и медицинских), и специальное законодательство, регламентирующее исключительно сферу медицинской деятельности.

Правовые отношения, возникающие в данной области, многогранны, в связи с этим в структуре законодательства тесно переплетаются нормы различных отраслей права, таких как административное, гражданское, трудовое, уголовное.

Трудовое право, например, содержит нормы, которые регулируют взаимоотношения медицинского работника и медицинской организации при осуществлении трудовой функции:

- основания возникновения трудовых правоотношений,
- порядок заключения, изменения и прекращения трудового договора,
- некоторые особенности регулирования труда медицинских работников и другие нормы.

Нормы административного права, наряду с формулированием требований к организации управления здравоохранением и контролю в данной сфере, устанавливают круг административно-правовых запретов.

В частности, касательно медицинской деятельности, Кодексом об административных правонарушениях Российской Федерации определены меры административной ответственности.

Так, нормы Уголовного кодекса Российской Федерации устанавливают ответственность за преступления против жизни и здоровья, за преступления против свободы, чести и достоинства личности, против здоровья населения и др.

Нормами Гражданского кодекса РФ регулируется предоставление всех услуг, в том числе медицинских, а также порядок обеспечения обязательств вследствие причинения вреда, в частности, порядок и условия возмещения причиненного вреда жизни или здоровью гражданина и компенсации морального вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Важным моментом является тот факт, что Концепция развития гражданского законодательства РФ предусматривает дополнение главы 8 Гражданского кодекса РФ («Нематериальные блага и их защита») системой детальных правовых норм, целью которых поставлено регулирование и (или) защита конкретных видов нематериальных благ и личных неимущественных прав граждан, к которым, в том числе, относятся жизнь и здоровье граждан.



Для более глубокого понимания особенностей гражданско-правового понятия «медицинская услуга» необходимо изначально дать определение понятию медицинской услуги и отграничить его от смежных понятий. В правовой доктрине длительное время не было выработано единого определения медицинской услуги как объекта гражданских правоотношений.

При рассмотрении спорных ситуаций в сфере оказания медицинских услуг правоприменители ориентируются на положения Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) и законодательство о защите прав потребителей, что позволяет говорить о гражданско-правовой природе отношений в сфере медицинской деятельности.

Отношения, возникающие непосредственно между врачом (медицинской организацией, работником которой является врач) и пациентом в процессе оказания услуги, остаются гражданско-правовыми, которым присущи такие характерные признаки, как:

- юридическое равенство и независимость сторон,
- принятие тех или иных решений самостоятельно, без какого-либо давления.

Таким образом, выделим ряд специфических особенностей медицинской услуги, которые позволяют обособить их от других видов услуг:

- медицинская услуга представляет собой особый, специфичный объект гражданско-правового регулирования, отличный от других видов профессиональных услуг (юридических, образовательных и др.);
- медицинская услуга, вне зависимости от источника ее финансирования, обладает признаками публичности. Следовательно, медицинская организация любой организационно-правовой формы по характеру своей деятельности должна осуществлять обязанности по оказанию медицинских услуг в отношении каждого, кто к ней обратится, что в полной мере соответствует характеристике публичного договора (статья 426 ГК РФ).

Главой 39 ГК РФ закреплены лишь общие подходы к регулированию отношений, возникающих при оказании медицинских услуг, и некоторые из них не могут быть применены к правоотношениям в сфере медицинских услуг.

Например, по отношению к обязательствам по оказанию медицинских услуг, на наш взгляд, не может быть применен пункт 2 статьи 782 ГК РФ, который закрепляет право на «односторонний отказ от исполнения договора», ввиду того что признание права медицинской организации на односторонний отказ от исполнения обязательств, в случае наличия у нее возможности оказать соответствующие услуги, приводит к неправомерному ограничению конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В частности, можно поставить под сомнение и возможность применения к правовому режиму регулирования оказания медицинских услуг статьи 780 ГК РФ, согласно которой исполнитель обязан оказать услуги лично, так как стороной договора в лице исполнителя, как правило, выступает медицинская организация, тогда как непосредственным исполнителем медицинской услуги является конкретный медицинский работник, не являющийся при этом стороной договора.

Ключевые положения, закладывающие основу правоотношений в сфере медицинских услуг (например, «качество медицинской услуги»), либо полностью не были урегулированы действующим законодательством, либо устанавливались подзаконными ведомственными правовыми актами.

Такие негативные моменты влекли искажение сущности медицинской услуги, появление ошибок в правоприменительной практике.

Установление таких понятий, как «медицинская услуга», «медицинская помощь», «пациент» и др., на уровне Федерального законодательства<sup>61</sup>, регулирующего правоотношения в сфере здравоохранения, несомненно, шаг вперед в этом направлении.

В основу формирования гражданско-правовых отношений между исполнителем и заказчиком медицинских услуг положен гражданско-правовой договор на оказание медицинских услуг, на основании которого одна сторона — исполнитель (медицинская организация, частнопрактикующий врач) — обязуется оказать качественные медицинские услуги, незамедлительно информировать «заказчика» об обнаруженной возможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения оказания медицинских услуг с его согласия, а в предусмотренных законом случаях и без такового, а другая сторона — заказчик (пациент, страховщик или третье лицо) — обязана содействовать оказанию услуги, сообщить «исполнителю» сведения, необходимые для качественного выполнения услуги (состояние здоровья, реакция на медикаменты, перенесенные заболевания), точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованные «заказчику» «исполнителем», и оплатить ее в определенных законом или договором размере.

Система специального законодательства состоит из нормативно-правовых актов, принятых непосредственно для регулирования медицинской деятельности и имеющих свой специфический круг регулируемых отношений.

---

<sup>61</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Около 20 лет система российского законодательства в сфере здравоохранения возглавлялась «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»<sup>62</sup>.

Несомненно, значимым событием послужило принятие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>63</sup>, которое отменило действие выше-названных «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и других отдельных законодательных актов (или их отдельных положений).

Не секрет, что принятие Закона было шумным и трудным, так как предполагалось, что данный Закон должен был стать основополагающим документом, который урегулирует все процессы, касающиеся охраны здоровья.

Основываясь на положениях данного Федерального закона, можно выделить основные принципы охраны здоровья:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) преимущественное соблюдение интересов пациента при оказании медицинской помощи;

3) приоритет охраны здоровья детей;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

В частности, законом введены такие новые нормы, как:

— право выбора пациентом медицинского учреждения и врача (за исключением неотложной помощи);

— единые для всех регионов стандарты лечения и требования к качеству медицинских услуг;

— введение «недели тишины» при прерывании беременности — аборт может быть сделан не ранее семи дней после обращения женщины в медучреждение;

— закреплено право граждан на криоконсервацию и хранение половых клеток и тканей репродуктивных органов;

— узаконено и регламентировано суррогатное материнство и другие новеллы.

---

<sup>62</sup> «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22 июля 1993 года № 5487—1).

<sup>63</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В настоящее время также действуют и ряд ранее принятых нормативно-правовых документов.

Предмет указанных законодательных актов составляют отношения, которые возникают между гражданами — потребителями медицинских услуг и медицинскими организациями системы здравоохранения.

Конечно, Законы Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»<sup>64</sup>, «Об обращении лекарственных средств»<sup>65</sup> по объему охватываемых ими отношений несоизмеримы по сравнению, например, с Законами Российской Федерации «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»<sup>66</sup> или «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»<sup>67</sup>. Эти различия свидетельствуют о том, что структура законодательства о здравоохранении неоднородна по своему составу и обусловлена спецификой регулируемых общественных отношений и уровнем законодательной разработанности сферы медицинских услуг.

Вдобавок к вышесказанному, законы, которые регулируют отношения в сфере здравоохранения, в сущности не ссылаются и не опираются друг на друга.

Впрочем, преследуя свои собственные цели и задачи, указанные правовые акты, рассмотренные в отдельности, выполняют свою роль, обеспечивая правовую, законодательную базу деятельности в сфере оказания медицинских услуг.

Пациент, выступая в роли непосредственного потребителя медицинской услуги, становится центральной фигурой, с которой взаимодействуют все иные субъекты, которые, так или иначе, принимают участие в организации, обеспечении или непосредственном оказании медицинской помощи. Поэтому он должен быть наделен специфическими правами и обязанностями, закрепленными государством в законодательном порядке. Впервые на федеральном уровне на граждан в сфере охраны здоровья возложены обязанности<sup>68</sup>, однако, на наш взгляд, они носят декларативный неконкретный характер. В связи с этим, необходимо более детально определять обязанности пациента в правилах поведения пациента в медицинской организации.

---

<sup>64</sup> Федеральный закон от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

<sup>65</sup> Федеральный закон от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

<sup>66</sup> Федеральный закон от 18 июня 2001 года № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

<sup>67</sup> Закон РФ от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

<sup>68</sup> Ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На практике обязанности пациентов включены в договоры на оказание медицинских услуг, суть которых заключается в том, что пациент обязан выполнять требования, направленные на обеспечение качественного предоставления медицинской услуги.

Серьезную практическую и теоретическую проблему представляет порядок определения правового механизма оценки качества оказываемых медицинских услуг. Одним из основных критериев качества медицинской услуги является выполнение стандартов медицинской помощи (статья 64 «Экспертиза качества медицинской помощи»<sup>69</sup>).

Положительным фактом является то, что новыми Основами охраны здоровья граждан в Российской Федерации предусмотрено осуществление контроля качества и безопасности медицинской деятельности на высшем уровне (государственном, ведомственном, внутреннем).

Третий уровень состоит из подзаконных нормативно-правовых актов, для которых отведено особое место в системе нормативных правовых актов сферы здравоохранения. Сюда относятся: Указы Президента Российской Федерации, Постановления Правительства Российской Федерации, приказы федеральных органов исполнительной власти, которые осуществляют функции, связанные с разработкой государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения и др.

В настоящее время подзаконные акты Минздрава играют решающую роль, даже более значимую с практической точки зрения, чем Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан», который состоит из самых общих правил. Законодательное регулирование, таким образом, теряет свой авторитет, потому что декларативные и общие положения, содержащиеся в нормах закона, фактически могут быть полностью изменены на уровне подзаконного акта.

Основываясь на положениях Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»<sup>70</sup> было принято Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», которое определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности. В соответствии со статьей 19 Феде-

---

<sup>69</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>70</sup> Закон РФ от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей».

рального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Правительство Российской Федерации утвердило Постановление Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 года № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

Ведомственные нормативно-правовые акты — приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии с положениями федеральных законов устанавливают порядки оказания медицинской помощи, стандарты отдельных видов медицинской помощи, административные регламенты и др.

Четвертый уровень образован региональным законодательством, ввиду того что в соответствии с пунктом «ж» статьи 72 Конституции РФ координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Нормативно-правовыми актами субъектов Российской Федерации частично устранены пробелы федерального законодательства, урегулированы нерешенные вопросы, детализируется порядок их применения.

Необходимо подчеркнуть, что попытка, направленная на систематизацию нормативно-правовых актов, регулирующих правоотношения в сфере оказания медицинских услуг, объективно показывает потребность в их объединении в единый законодательный комплекс.

Законодательство следует развивать, устраняя противоречия в правовом регулировании, в частности, касающееся как охраны здоровья населения в целом, так и профессиональной деятельности в сфере оказания медицинских услуг, решая существующие и вновь возникающие проблемы и откликаясь на реальные запросы общества и потребности населения.

В настоящее время граждан не в полной мере удовлетворяет существующая система здравоохранения, требующая дальнейшего реформирования, которое должно активизироваться с учетом существующих проблем.

К сожалению, престиж медицинской профессии в России снижается по сравнению с предыдущими периодами. Этому негативному явлению способствует невысокая заработная плата в госучреждениях, которая не может компенсировать высокую ответственность и небезопасный тяжелый труд медицинских работников.

Не остается незамеченным также тот факт, что многие медицинские работники вынуждены устраиваться в частные организации по совместительству. Причина этого заключается в недостаточной удовлетворенности уровнем оплаты их труда, с одной стороны, и недостатке квалифицированных медицинских кадров — с другой. Многие врачи отмечают, что сталкиваются с хронической усталостью, как следствие — возникно-

вление возможных врачебных ошибок. Отсутствует действенная система страхования профессиональной ответственности медицинских работников, социальные права их защищены недостаточно. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников — это наиболее эффективный вариант ответственности за последствия возможных профессиональных ошибок. К сожалению, это право для работников сферы здравоохранения является не более чем показным. Следует отметить, что деятельность врачей, наравне с тяжелым физическим трудом и высокой моральной ответственностью, законодательно не защищена. Формирование механизма страхования деятельности медицинских работников даст, с одной стороны, пациентам реализовать их права, гарантированные Конституцией РФ, а с другой стороны — позволит защитить профессиональную деятельность самих работников медицинской сферы.

Опираясь на мнение многих специалистов, можно констатировать, что существующая последипломная подготовка (один раз в пять лет) не может обеспечить современный уровень подготовки медицинских работников наряду с постоянным совершенствованием знаний. Именно по этой причине значительную часть выпускников медицинских высших учебных заведений не привлекает практическое здравоохранение, а большую часть работающих врачей в России составляют врачи предпенсионного и пенсионного возрастов.

Сегодня искать решение вышеописанных государственных проблем фактически приходится медицинским организациям самостоятельно. В частности, в настоящее время формировать социальный пакет, обеспечивающий материальную поддержку медицинских работников, страховать гражданскую ответственность, связанную с деятельностью медицинских работников, на добровольной основе приходится за счет средств медицинских организаций, получаемых от коммерческой деятельности.

В заключение необходимо обозначить важность дальнейшего реформирования законодательства в сфере охраны здоровья граждан. Совершенно очевидно, что разработка системной правовой базы сможет гарантировать успешное осуществление медицинской деятельности.

## **5.2. Нормативно-правовое регулирование реформы в системе здравоохранения России**

В данном параграфе дадим краткую характеристику законодательной базы, которая регулирует сферу здравоохранения в Российской Федерации, и попытаемся определить круг актуальных вопросов, стоящих в свете проводимых реформ. Ак-

туальность вопросов, связанных с нормативно-правовым регулированием реформы в системе здравоохранения России, выдвигается на первое место среди приоритетов большинства российских и иностранных граждан.

Объясняется это тем, что охрана здоровья граждан является одной из основных государственных задач любого цивилизованного государства. В настоящее время в России, согласно результатам социологических опросов, только треть граждан можно отнести к удовлетворенным качеством медицинской помощи, а большинство медицинских работников считают состояние системы здравоохранения неудовлетворительным.

Такая ситуация выдвигает вопросы, относящиеся к правовому регулированию охраны здоровья как российских, так и иностранных граждан, временно пребывающих на территории России, которые наравне с российскими пациентами пользуются всеми формами защиты прав в области охраны здоровья на обсуждение.

Не секрет, что за последние 20 лет в России принято более двадцати федеральных законов, которые посвящены регулированию общественных отношений при осуществлении медицинской деятельности. Однако, отсутствие единой системы законодательства приводит к серьезным трудностям в правоприменительной практике и затрудняет осуществление всестороннего и полного контроля за медицинской деятельностью.

В 2010 году Правительство Российской Федерации приняло решение направить дополнительные средства на программу модернизации системы здравоохранения. Модернизация системы здравоохранения проводилась с 2011 по 2013 годы.

Целью процесса оперативного исполнения мероприятий модернизации являлось решение трех ключевых задач:

- 1) укрепить материально-техническую базу медицинских организаций;
- 2) внедрить современные информационные системы в здравоохранение;
- 3) использовать стандарты медицинской помощи и повысить доступность амбулаторной медицинской помощи, в том числе той, которая предоставляется врачами-специалистами, доступность профилактических осмотров.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения на основании Положения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323<sup>71</sup>, и в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 июня 2011 года

---

<sup>71</sup> Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».



№ 607<sup>72</sup> и от 24 апреля 2012 года № 397<sup>73</sup> осуществлялся контроль за исполнением мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, которые оказывают медицинскую помощь, и государственных учреждений, которые реализуют процедуры по внедрению современных информационных систем в здравоохранение.

В данный момент основные направления контроля, реализуемые в рамках программы модернизации,— это контроль за эффективным использованием медицинского оборудования, контроль за реализацией программы модернизации здравоохранения, в части мероприятий по строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров, а также контроль итогов реализации программы модернизации здравоохранения.

Программа модернизации российского здравоохранения — новый этап его реформирования. Главное внимание инициаторы программы уделили в ней вопросам финансирования и определению региональных индикаторов выполнения намеченных мероприятий. В то же время юридическое обеспечение данной программы вызывает ряд вопросов, а порой тормозит ее реализацию своей очевидной дискретностью. Рассмотрим основные положения программы модернизации российского здравоохранения<sup>74</sup>.

Основные направления программы модернизации здравоохранения РФ заключаются в следующем.

I. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения субъекта Российской Федерации, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории субъекта Российской Федерации, сети и структуры учреждений здравоохранения.

---

<sup>72</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 22 июня 2011 года № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» — 16 октября 2014 года утратил силу.

<sup>73</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2012 года № 397 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июня 2011 года № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» — 16 октября 2014 года утратил силу.

<sup>74</sup> Ст. 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

охранения с выходом на количество учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации в соответствии с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности (в сравнении с действующей сетью).

2. Приведение материально-технической базы указанных учреждений здравоохранения (включая завершение строительства ранее начатых объектов, оснащение оборудованием, проведение текущего и капитального ремонта) в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

II. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

1. Персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота.

2. Ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

III. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравом России.

2. Поэтапный переход к включению в тарифы на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу.

3. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

4. Обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.

5. Подготовка к включению в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

6. Повышение доступности и качества медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Очевидно, что каждый из пунктов данной программы, а также программа в целом должны иметь соответствующее юридическое обеспечение, которое существует. Но проблема в том, что этих правовых актов так много, они так сильно дифференцированы, что говорить о какой-то системе весьма сложно. Мы попытались рассмотреть данную проблему с точки зрения возможностей проверяющих выполнение программы субъектов. Сколько и каких документов им необходимо изучить, чтобы дать квалифицированную оценку состоянию дел по выполнению приведенных выше задач? С этой целью нами было изучено 20 актов проверок в различных регионах РФ. Список документов, которыми руководствовались проверяющие, является инвариантом всех отчетов и состоит из следующих актов:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» (ред. от 3 июня 2015 года);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июня 2011 года № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» (утратил силу 16 октября 2014 года);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2012 года № 397 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июня 2011 года № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» (утратил силу 16 октября 2014 года);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 июля 2012 года № 50 «Об организации работы по контролю за соблюдением субъектами Российской Федерации исполнения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2012 году» (в редакции Приказа Минздрава России от 10 августа 2012 года № 83);
- Приказ Росздравнадзора от 29 июня 2011 года № 3769-Пр/11 «Об организации деятельности рабочих групп по анализу хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации»;

— Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 6 августа 2012 года № 232-к «Об организации работы по контролю за соблюдением субъектами Российской Федерации исполнения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации».

Кроме того, проверяющие должны владеть нормативной информацией по региональным программам модернизации и информацией об утвержденных и действующих стандартах оказания медицинской помощи. Совокупная оценка хода выполнения программы модернизации отечественного здравоохранения включает определенный набор параметров, каждый из которых имеет собственное юридическое обоснование. Набор этот стандартный и состоит из следующих компонентов:

- характеристика медико-демографической ситуации в регионе;
- характеристика структуры сети медицинских организаций;
- характеристика сети учреждений первого уровня;
- характеристика сети учреждений второго уровня;
- характеристика учреждений третьего уровня;
- характеристика мероприятий по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению;
- характеристика мероприятий по оптимизации коечного фонда;
- характеристика мероприятий по родовспоможению и детству;
- характеристика финансового обеспечения мероприятий программы модернизации здравоохранения;
- показатели укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- показатели приобретения медицинского оборудования;
- показатели внедрения современных информационных систем в здравоохранение;
- уровень внедрения стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами;
- сведения о территориальной программе государственных гарантий региона за 2009—2012 годы;
- сведения о кадровом обеспечении системы здравоохранения региона.

Мероприятия п.п. 2—13 описаны ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», рядом подзаконных актов, приказами МЗ РФ, а также региональными нормативными актами с различной степенью юридической регламентации. В справках о проверке хода реализа-

ции программы модернизации здравоохранения состав комиссий был достаточно стандартизирован. В него входили обычно следующие должностные лица:

- 4—5 представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, представляющих профильные департаменты;
- руководитель Управления Росздравнадзора по региону;
- директора Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования» региона;
- представитель научного (учебного) медицинского учреждения, базирующегося в регионе;
- представитель научного (учебного) учреждения, базирующегося в Федеральном центре.

Специалистов в области медицинского права среди проверяющих не было, если не считать необходимый юридический «минимум» представителей Минздрава. Мы предполагаем его наличие, исходя из требований должностных обязанностей данных лиц, но отмечаем отсутствие у них специального юридического образования. Очевидно, что юридическая оценка выполнения программы не проводилась, а если и проводилась, то в самом общем виде. А само изучение нормативных документов для проведения проверки проверки должно было отнять у экспертов столько сил и времени, что на рассмотрение клинических и финансовых вопросов их просто не осталось бы.

Наблюдая, как эксперты поставлены в такую сложную ситуацию по изучению, интерпретации и применению юридических норм к оценке ситуации выполнения/невыполнения программы модернизации здравоохранения, можно сказать о медицинских работниках в организациях регионов, что с содержанием законов из них были знакомы единицы.

Нам представляется, что бессистемность юридической регламентации программы модернизации, ее дискретность и перенасыщенность нормативами разного уровня применимости отрицательно сказываются на желании врачей участвовать в этом процессе. В психологическом плане рост числа нормативов повышает страх перед рабочим процессом. Действительно, современный российский врач все время боится что-то нарушить, какую-то норму, о которой он, возможно, не знает. Но если клинические стандарты — это профессиональный уровень знаний, то юридическая регламентация деятельности входит в перечень профессиональных компетенций выпускника медицинского вуза только в двух случаях:

1) ОК-8 — способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;

2) ПК-4 — способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность. Этим компетенций явно не хватит для того, чтобы изучить и уметь применять в профессиональной деятельности каждый новый административный или правовой регламент<sup>75</sup>.

Поэтому юридическое обеспечение программы модернизации здравоохранения в том виде, как оно представлено сейчас, не является действенным. Для улучшения ситуации следует заложить основы для социальной адаптивности будущих здравоохранительных программ, основываясь на опыте реализации программы модернизации, приняв следующие меры:

1. Создать при Министерстве здравоохранения России рабочую группу по классификации и систематизации правовых документов в области здравоохранения с целью создания Кодекса медицинского права. Предусмотреть правила внесения изменений в данный Кодекс, которые бы избавили медицинских работников от необходимости овладения второй профессией — юриста.

2. Открыть специальность «Медицинское право» в медицинских вузах России с целью подготовки специалистов квалификации «врач-юрист». Они могли бы взять на себя всю работу по юридическому обеспечению деятельности как медицинских организаций, так и персонально медицинских работников, проводить анализ и разработку юридических документов для здравоохранения.

3. Включать в список должностных лиц, отвечающих за реализацию программы модернизации здравоохранения, а также экспертирующих работы по этой программе, специалистов по медицинскому праву.

С 1 января 2012 года вступили в силу положения Закона № 326-ФЗ<sup>76</sup> о разграничении полномочий Российской Федерации и ее субъектов в сфере обязательного медицинского страхования. Федерация делегирует на региональный уровень полномочия по реализации на соответствующей территории базовой программы обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение переданных полномочий осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС.

Создание условий для выравнивания финансового обеспечения базовой программы ОМС по субъектам РФ с 2012 года обеспечивается за счет аккумулирования всего объема средств

<sup>75</sup> Седова Н. Н. Все законы когда-то были нормами морали... // Биотика.— 2009.— № 1.— С. 37—42.

<sup>76</sup> Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

обязательного медицинского страхования, поступающих от страховых взносов по тарифу 5,1%, в ФФОМС с последующей передачей этих средств регионам в виде субвенций, рассчитанных по единой для всех субъектов РФ методике. При этом регионы вправе осуществлять дополнительное финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования (сверх полученных субвенций), а также вводить дополнительные виды и объемы медицинской помощи, финансовое обеспечение которых будет осуществляться за счет средств бюджетов субъектов РФ.

В 2012 году на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования ФФОМС направлено в регионы 641 млрд рублей, в том числе из нормированного страхового запаса — 29 млрд рублей. Для сравнения: в 2011 году уровень финансового обеспечения базовой программы ОМС составлял 581 млрд рублей.

Необходимо отметить, что начиная с 2013 года в составе субвенции бюджетам ТФОМС предусматриваются отдельные расходы, которые ранее осуществлялись за счет передаваемых в систему обязательного медицинского страхования средств федерального бюджета, а именно:

- финансовое обеспечение мероприятий по дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов и педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);
- денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.

В 2012 году была продолжена реализация региональных программ модернизации здравоохранения. Утвержденная стоимость таких программ на 2011 и 2012 годы за счет всех источников финансирования (субсидий ФФОМС, средств бюджетов субъектов РФ и средств бюджетов ТФОМС) составила 664,2 млрд рублей, в том числе за счет субсидий ФФОМС — 420 млрд рублей. Средства, так же как и в 2011 году, направлялись на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, внедрение современных информационных систем в здравоохранение, стандартов медицинской помощи и повышение доступности медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами.

Проведенные к 2013 году мероприятия уже позволили подготовить учреждения здравоохранения к условиям оказания медицинской помощи в соответствии с федеральными порядками и стандартами. Для повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в сфере обязательного медицинского страхования завершено строительство 71 учреждения здравоохранения, ремонтные работы в полном объеме завершены почти в 3 тыс. учреждений. Закуплено и поставлено в учреждения здравоохранения более 310 тыс. единиц медицинского оборудования, в том числе более 100 единиц ангиографического оборудования, более 500 единиц магнитно-резонансных и компьютерных томографов, более 5 тыс. единиц рентгеновского оборудования, более 7 тыс. единиц эндоскопического оборудования, более 5 тыс. аппаратов УЗИ, более 1,3 тыс. единиц санитарного транспорта. В рамках реализации программ модернизации обеспечено функционирование почти 200 единиц мобильных комплексов для проведения диспансеризации населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных районах; организованы межмуниципальные центры по приоритетным профилям заболеваний — кардиологическому, онкологическому, травматологическому, а также межрайонные акушерские диагностические центры.

В рамках мероприятий по информатизации медицинских учреждений закуплено более 279 тыс. единиц компьютерной техники, что позволило организовать запись к врачу в электронном виде почти в 4 тыс. учреждений здравоохранения. Организация электронной записи пациентов к врачам через Интернет и инфоматы создала более комфортные условия для обращения за плановой медицинской помощью, при этом сокращаются сроки ее ожидания. Еще одним результатом информатизации здравоохранения стало более чем четырехкратное увеличение количества оборудования, позволяющего организовать видеоконсультации. В результате значительно расширились возможности для проведения телемедицинских консультаций, а также оперативного взаимодействия в режиме видео-конференц-связи. Обмен телемедицинскими данными организован в 2,5 тыс. учреждений здравоохранения. Таким образом, приобретение информационного и медицинского оборудования, необходимого для дистанционного консультирования пациентов, позволило приблизить специализированную медицинскую помощь к отдаленным, в том числе сельским, районам. Внедрены технологии дистанционного консультирования специалистами ведущих клиник субъектов РФ по маммограммам, рентгенограммам, УЗИ-изображениям и клиническим данным.

В 2011 и 2012 годах существенно увеличилось финансирование медицинской помощи по стандартам, что позволило проводить эффективное лечение пациентов и увеличить опла-



ту труда медицинских работников. Средний уровень заработной платы врачей в стационарах, в которых внедрены стандарты медицинской помощи, составил 37,7 тыс. рублей против 32,1 тыс. рублей в 2011 году, среднего медицинского персонала — 21,6 тыс. рублей против 18,6 тыс. рублей в 2011 году.

В целях дальнейшего укрепления первичного звена здравоохранения в рамках программ осуществлялись дополнительные выплаты почти 169 тыс. врачей-специалистов и 277 тыс. средних медицинских работников с учетом качества и объема оказанных ими услуг. Это повысило привлекательность труда в поликлиниках, в том числе для молодых специалистов. Фактически размер доплаты врачам-специалистам на 1 января 2013 года в среднем по России составил 10,4 тыс. рублей, среднему медицинскому персоналу — 5,4 тыс. рублей. К 2013 году количество врачей-кардиологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, увеличилось на 7% в сравнении с 2011 годом, неврологов — на 4%, онкологов — на 9,3%. При этом затраты на медикаменты, используемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, в структуре стоимости одного случая лечения пациента увеличились более чем в пять раз (с 3,4 млрд рублей в 2011 году до 18 млрд рублей к 2013 году).

В целях повышения доступности медицинской помощи, оказываемой сельским жителям, реализованы мероприятия по осуществлению единовременных компенсационных выплат врачам, прибывшим для работы в сельскую местность. В 2012 году в сельские населенные пункты дополнительно привлечено 7,8 тыс. врачей, которым выплачено 7,8 млрд руб. компенсационных выплат за счет средств бюджета ФФОМС.

Проведенные в 2011 и 2012 годах в субъектах РФ мероприятия региональных программ модернизации стали основой улучшения основных показателей в здравоохранении, прежде всего сокращения смертности населения от основных причин, в том числе:

- от болезней системы кровообращения — на 9,5% (с 805,9 случая на 100 тыс. населения в 2010 году до 729,3 в 2012 году);
- онкологических заболеваний — на 1,9% (с 205,1 случая на 100 тыс. населения в 2010 году до 201,2 в 2012 году);
- туберкулеза — на 19,6% (с 15,3 случая на 100 тыс. населения в 2010 году до 12,2 в 2012 году).

К 2013 году количество жалоб на взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий оказания медпомощи уменьшилось на 34%. За период реализации программ удовлетворенность пациентов медицинской помощью выросла с 53 до 72%.

В 2012 году продолжались структурные преобразования в системе ОМС. Законодательное урегулирование равного дос-

тупа в систему ОМС для медицинских организаций всех форм собственности обеспечило устойчивую тенденцию к росту числа медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным гражданам, в основном за счет медицинских организаций негосударственных форм собственности. В 2012 году медицинскую помощь в системе ОМС оказывали почти 8,5 тыс. медицинских организаций, из них негосударственных — 781 (в 2011 году участвовали только 642 негосударственные медицинские организации). Положительная динамика количества поставщиков медицинских услуг создает основу для развития конкуренции на рынке ОМС, роста доступности медицинской помощи и расширения возможностей выбора для граждан. Также продолжается позитивный процесс укрупнения страховых медицинских организаций. Их число снизилось до 77, что создает условия для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования и более качественной работы с застрахованными лицами.

Продолжается переход на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, не требующие замены при смене страховой медицинской организации либо места жительства. С 2013 года в субъектах РФ, где началась выдача единых универсальных электронных карт, полис ОМС будет включаться в состав такой карты.

Итоги реализации региональных программ модернизации показали высокую эффективность использования средств бюджета ФФОМС, их целевую направленность на сохранение здоровья граждан России, в связи с чем при рассмотрении вопросов модернизации здравоохранения у Президента России В. В. Путина было принято решение о направлении в 2013 году до 50 млрд рублей из средств ОМС на реализацию мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения.

С 1 января 2013 года осуществлен переход на полный тариф оплаты медицинской помощи. В условиях прежнего законодательства система ОМС не обеспечивала все затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи, финансировались расходы только по пяти статьям: заработная плата с начислениями, питание, медикаменты и расходные материалы. В условиях полного тарифа будут покрываться все статьи расходов медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, за исключением капитального строительства и дорогостоящего оборудования, которые будут обеспечиваться, как и ранее, за счет средств соответствующих бюджетов.

С 2013 года в базовую программу ОМС включена скорая медицинская помощь. При этом принципы оказания скорой

медицинской помощи остаются прежними — всем нуждающимся, бесплатно и безотлагательно, и финансовое обеспечение этого вида помощи будет осуществляться в соответствии с правилами и по тарифам за счет средств обязательного медицинского страхования с учетом результатов деятельности соответствующих медицинских организаций.

В дальнейшем инструментом привлечения негосударственных медицинских организаций в систему ОМС может стать продолжение расширения структуры тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за счет включения инвестиционных расходов, позволяющих в перспективе увеличить объем средств обязательного медицинского страхования на расходы инвестиционного характера. Включение в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС расходов на амортизацию основных средств (зданий, сооружений, оборудования) позволит медицинским организациям осуществлять оперативное обновление основных фондов.

Положительное влияние может оказать совершенствование нормативно-правового регулирования отношений в рамках государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Следует предусмотреть установление возможности формирования тарифов на оплату медицинской помощи (не менее чем на три года) для медицинских организаций любой формы собственности, участвующих в реализации программ ОМС и обеспечивающих возмещение инвестиционных расходов.

В части законодательства о государственных закупках требуется установление возможности заключения контрактов на срок до трех лет для медицинских организаций, участвующих в реализации программ государственных гарантий и заключивших договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В перспективе предлагаемые меры обеспечат привлечение дополнительных инвестиций в развитие здравоохранения, конкуренцию между медицинскими организациями по оказанию качественной медицинской помощи застрахованным лицам, а также увеличение в сфере обязательного медицинского страхования количества медицинских организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы.

### **5.3. Юридические «пустоты», влияющие на процессы реформирования системы здравоохранения России**

В условиях реформирования системы здравоохранения Российской Федерации наблюдается отсутствие системного подхода к оценке эффективности здравоохранения. В документах, регламентирующих деятельность медицинских орга-

низаций, отсутствуют показатели, характеризующие медицинскую результативность, экономическую эффективность и эффективность использования ресурсов. Отсутствуют также показатели, характеризующие эффективность работы специалистов органов служб регионов, составленные на основе порядков оказания медицинской помощи, и показатели оценки эффективности работы немедицинского персонала.

В законодательстве Российской Федерации были предприняты попытки закрепления механизма оценки эффективности деятельности. Например, Федеральным законом от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» в статье 26.3.2 «Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации» (введена Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ) пунктом 1 установлено, что перечень показателей для оценки эффективности утверждается Президентом Российской Федерации (в ред. Федерального закона от 18 октября 2007 года № 230-ФЗ).

Пунктом 2 статьи 26.3.2 установлено, что высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) представляет Президенту Российской Федерации доклады о фактически достигнутых и планируемых значениях показателей, указанных в пункте 1 статьи. Порядок и сроки представления докладов устанавливаются Президентом Российской Федерации.

Для развития федерального законодательства нормативную форму данное направление государственной политики первоначально получило в Указе Президента РФ от 28 июня 2007 года № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», а далее в одноименном Указе Президента РФ от 21 августа 2012 года № 1199, в котором в части здравоохранения выделены следующие показатели: ожидаемая продолжительность жизни при рождении и смертность населения (без показателей смертности от внешних причин).

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни, указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации планировалось к 2018 году обеспечить снижение смертности от:

— болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения;

- новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения;
- туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения;
- дорожно-транспортных происшествий до 10,5 случая на 100 тыс. населения;
- снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми.

Дальнейшая детализация Указов Президента РФ обеспечено Постановлением Правительства РФ от 3 ноября 2012 года № 1142 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 года № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» (в ред. Постановления Правительства РФ от 28 февраля 2013 года № 168).

Указанным Постановлением был утвержден Перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В части здравоохранения к данным показателям были отнесены:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет);
- смертность населения (без показателя смертности от внешних причин; количество умерших на 100 тыс. человек).

Кроме того, Постановлением был утвержден Перечень индивидуальных показателей эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Разделом IV «Демография и статистика» к ним были отнесены:

- коэффициент миграции (человек на 10 тыс. человек населения);
- смертность населения в трудоспособном возрасте (количество умерших на 100 тыс. человек соответствующего возраста);
- суммарный коэффициент рождаемости — число детей, рожденных одной женщиной на протяжении всего репродуктивного периода (15—49 лет), единиц.

На муниципальном уровне в целях реализации положений Федерального закона от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» Указом Президента Российской Федерации от 28 апреля 2008 года № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» был также утвержден перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов.

К ним в части здравоохранения были отнесены:

1. Доля населения, охваченного профилактическими осмотрами.

2. Число случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет:

— на дому — всего, в том числе от инфаркта миокарда, от инсульта;

— в первые сутки в стационаре — всего, в том числе от инфаркта миокарда, от инсульта.

3. Число случаев смерти детей до 18 лет:

— на дому;

— в первые сутки в стационаре.

4. Доля амбулаторных учреждений, имеющих медицинское оборудование в соответствии с табелем оснащения.

5. Доля муниципальных автономных учреждений от общего числа муниципальных учреждений (бюджетных и автономных) в городском округе (муниципальном районе).

Начиная с 1998 года Правительство Российской Федерации стало ежегодно утверждать Программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (ПГГ). В Программе в 2009 году впервые появился раздел, содержащий показатели качества и доступности медицинской помощи. Показатели формировались в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 года № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

6. Доля муниципальных медицинских учреждений:

— применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи;

— переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности;

— переведенных на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат;

— переведенных преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования.

7. Удовлетворенность населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных).

Это были первые законодательные акты, касающиеся эффективности функционирования системы здравоохранения.

В ПГГ, кроме объемных и стоимостных показателей, были установлены медицинские показатели оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации:

1. Смертность населения.

2. Смертность населения от болезней системы кровообращения.

3. Смертность населения от новообразований.

4. Смертность населения от внешних причин смерти.  
5. Смертность населения от дорожно-транспортных происшествий.

6. Смертность детей в возрасте до 1 года.

7. Удовлетворенность населения медицинской помощью.

К 2014 году система показателей оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации претерпела изменения.

Подпункт 6 пункта 5 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были установлены «требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи».

Постановлением Правительства РФ от 18 октября 2013 года № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» разделом VIII «Критерии доступности и качества медицинской помощи» был утвержден расширенный перечень критериев доступности медицинской помощи. Вместе с тем в ППГ, ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации, до настоящего времени отсутствуют целевые значения (индикаторы) критериев доступности и качества медицинской помощи.

Данная проблема частично устранена в территориальных программах государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (ТППГ), которые содержат и показатели, и целевые критерии (индикаторы) доступности и качества медицинской помощи.

Следует также отметить, что программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на федеральном и территориальном уровнях не содержит показатели и их индикаторы, отражающие эффективность использования ресурсов здравоохранения, за исключением некоторых показателей, характеризующих состояние трудовых ресурсов и коечного фонда.

Широкая палитра показателей и их индикаторов представлена в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294 на 2013—2020 годы<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 94 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Государственная программа «Развитие здравоохранения» содержит девять подпрограмм. Их общей целью является «Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям науки».

Паспорт программы содержит набор целевых показателей. Так, в частности, к 2020 году планируется снизить показатель общей смертности до 11,4 случая на 1000 населения; младенческой смертности — до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми; смертности от болезней системы кровообращения — до 622,4 случая на 100 тыс. населения; смертности от дорожно-транспортных происшествий — до 10 случаев на 100 тыс. населения; смертности от новообразований — до 190 случаев на 100 тыс. населения; смертности от туберкулеза — до 11,2 случая на 100 тыс. населения; увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении — до 74,3 года.

В свою очередь каждая подпрограмма содержит свой набор целевых показателей и их индикаторов.

Обращает на себя внимание, что в Программе государственных гарантий и Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» существенная часть перечня показателей оценки эффективности не совпадает. В обоих документах отсутствуют показатели оценки эффективности использования ресурсов.

Следует также отметить, что ответственность за исполнение Программы государственных гарантий несет Минздрав России, а Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» имеет межведомственный статус. Участниками Государственной программы являются 18 субъектов, в том числе:

- Министерство иностранных дел РФ;
- Министерство обороны РФ;
- Министерство промышленности и торговли РФ;
- Министерство сельского хозяйства РФ;
- Министерство труда и социальной защиты РФ и др.

Однако какова роль каждого субъекта в реализации Государственной программы, как оценить эффективность каждого субъекта в ее исполнении — не предоставляется возможным.

В системе показателей оценки эффективности деятельности системы здравоохранения нет контролирующих органов — Росздравнадзора и Роспотребнадзора.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» утверждено Положение, которое содержит разделы «Полномочия» и «Организация деятельности», но в котором отсутствуют це-



левые показатели и индикаторы оценки эффективности деятельности органа.

Аналогичная ситуация и по Роспотребнадзору, деятельность которого регламентируется постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 года № 322 «Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

Кроме того, ст. 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» определены субъекты и участники обязательного медицинского страхования.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- застрахованные лица;
- страхователи;
- Федеральный фонд.

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- территориальные фонды;
- страховые медицинские организации;
- медицинские организации.

Из данного перечня субъектов и участников целевые показатели оценки эффективности деятельности сформулированы только для медицинских организаций.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации отсутствует системный подход к оценке эффективности здравоохранения с позиции каждого субъекта. В связи с этим, по нашему мнению, необходимо:

1. Определить перечень субъектов, имеющих прямое или косвенное влияние на качество и доступность медицинской помощи населению.

2. Запланировать и нормативно закрепить за каждым субъектом перечень показателей и их индикаторов, отражающих качество, доступность, медицинскую результативность и экономическую эффективность медицинской помощи.

3. Осуществлять мониторинг указанных показателей с последующим план-фактным анализом, определением отклонений и принятием корректирующих управленческих решений.

Следует также отметить, что в настоящее время реализация и Программы государственных гарантий, в том числе территориальных программ, и Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» осуществляются в условиях системного кризиса, что влечет за собой снижение реальных доходов населения, качества жизни и, соответственно, будет способствовать росту заболеваемости и смертности, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивать потребность населения в медицинских услугах.

Так, по предварительным данным Госкомстата, в 2014 году по сравнению с 2013 годом реальные располагаемые денежные доходы (доходы за вычетом обязательных платежей, скорректированные на индекс потребительских цен) снизились на 1,0%, а в декабре 2014 года по сравнению с соответствующим периодом предыдущего года — на 7,3%. Индекс потребительских цен в декабре 2014 года по сравнению с декабрем 2013 года составил 11,4%. Безработица в декабре 2014 года, по предварительным итогам, выросла до 4,0 млн человек, или 5,3% экономически активного населения (в 2012 году — 5,1%). За год инвестиции в основной капитал уменьшились на 2,5%<sup>78</sup>.

В связи с этим не следует надеяться на то, что при текущем состоянии экономики и перспективах ее развития здоровье населения будет улучшаться. В этой части надо более ответственно и критично подходить к оценке статистических показателей, особенно по показателям заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, туберкулезу и пр.

С другой стороны, сырьевая и структурная деградация экономики, колоссальный отток капитала, девальвация рубля, двузначный рост инфляции, рост безработицы снижают собираемость налогов, увеличивают закредитованность и дефицит бюджетов субъектов Федерации, юридических и физических лиц, приводят к дефициту государственного бюджета, средств обязательного медицинского страхования, а следовательно, к дефициту финансирования здравоохранения и непосредственно медицинских организаций.

Таким образом, в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации сложилась определенная иерархия показателей и их индикаторов, отражающих эффективность отрасли. Вместе с тем во всех нормативных правовых актах отсутствуют показатели, характеризующие медицинскую результативность, экономическую эффективность и эффективность использования ресурсов. Отсутствуют также показатели, характеризующие эффективность работы специализированных служб регионов, составленные на основе порядков оказания медицинской помощи, и показатели оценки эффективности немедицинского персонала. Данное обстоятельство, по нашему мнению, обусловлено низкой управленческой грамотностью руководителей всех уровней.

---

<sup>78</sup> Социально-экономическое положение России. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>

### **ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КАК ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

#### **6.1. Национальная лаборатория здоровья и ее роль в повышении качества процессов реформирования здравоохранения**

В данном параграфе исследовано понятие национальной лаборатории здоровья и определена ее роль в повышении качества процессов реформирования здравоохранения.

Для формирования целей, задач и принципов работы национальной лаборатории здоровья, сначала следует определить ее роль в повышении качества процессов реформирования здравоохранения. Для этого рассмотрим предпосылки, этапы и последствия реформирования национальной системы здравоохранения.

Реформа национальной системы здравоохранения, предусматривающая закрытие части государственных больниц и сокращение врачей, в конечном итоге поможет частным медицинским организациям, которые будут расти и расширяться, а уволенные из государственных больниц врачи смогут найти работу в частном секторе медицины.

Платная медицина действительно необходима, и ее нужно активно развивать в России. При этом над ней должен стоять мощный, но адекватный контроль со стороны надзорных органов с обязательной независимой экспертизой качества оказанных медицинских услуг. Реформа высвободит большое количество высококлассных специалистов, которые должны уйти в частный сектор медицины, поднять его на новый уровень, повысить авторитет частного врача и степень доверия к нему как со стороны чиновников, так и со стороны пациентов.

К сожалению, современные законодательные реалии российского здравоохранения прямо устанавливают презумпцию виновности врача. Он должен доказать, что все сделал правильно, вынужден постоянно защищаться. В рамках проводимой реформы необходимо изменить данный подход.

Начало реформы в здравоохранении медицинские работники и жители России восприняли с энтузиазмом. Все ожидали от грядущих преобразований повышения квалификации медицинских работников, стабильного повышения их заработной платы, внедрения новых современных технологий, повышения качества и доступности медицинской помощи. Тем более что чиновники от медицины уверяли, что основной целью реформы является улучшение медицинского обслуживания населения.

Предпосылок для реформирования национальной системы здравоохранения сложилось очень большое количество. Рассмотрим наиболее важные аспекты реформирования системы здравоохранения, которые оказали влияние на дальнейшее развитие событий:

### 1. Негативные медико-демографические тенденции.

Медико-демографическая ситуация наиболее полно отражает весь диапазон социально-экономических, этиологических, наследственно-генетических, природно-климатических и экологических факторов, воздействующих на состояние здоровья населения. Современное демографическое положение очень продолжительное время характеризовалось снижением рождаемости и повышением смертности, для которой существенным является реструктуризация причин смерти: снижаются значение и доля экзогенных причин и нарастают — эндогенных и квазиэндогенных. Последние включают в себя причины «накопленного» генеза (связанные с онтобиологическими процессами старения в организме). В то же время длительное накопление неблагоприятных изменений в общественном здоровье населения, снижение качества жизни в условиях неудовлетворительного состояния социальной сферы и базовой медицины, недоступности для подавляющей части населения высокоэффективных средств лечения, криминализация общества и рост преступности объективно не могли способствовать позитивной динамике смертности.

### 2. Низкий уровень укомплектованности организаций здравоохранения.

Степень укомплектованности ЛПУ кадрами и оборудованием порой недостаточно высока, чтобы в этих организациях оказывалась качественная медпомощь. Неспроста появилась фраза: «У нас острый недостаток специалистов при общем избытке врачей». Общая ситуация здесь иногда такая, что пациент лучше займется самолечением, чем обратится за помощью. Пример — больница какого-нибудь провинциального городка, ПГТ, села, деревни (если они там вообще имеются). Таким образом, это тоже одна из предпосылок реформ здравоохранения нашей страны.

### 3. Недостаточное развитие профилактического направления в здравоохранении.

Сам факт того, что профилактическая направленность в ЛПУ отсутствовала, уже ведет к увеличению риска возникновения рецидивов, появления заболеваний, а также вдобавок к увеличению числа заболевших и увеличению частоты заболеваемости. Все это можно было бы снизить достаточным упором на профилактику, санитарно-просветительную работу и т. д.

4. Высокий уровень износа основных производственных фондов.

Низкий уровень доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Согласно информации, размещенной на сайте Минздрава РФ, именно медицинские показания играют ключевую роль для получения данного вида помощи. Но при наличии проблем, перечисленных и описанных выше, уменьшается вероятность оказания высокотехнологичной помощи.

Именно предпосылки, рассмотренные выше, и послужили побуждением для старта Национального проекта реформирования системы здравоохранения.

Национальная система здравоохранения подвергалась реформированию уже неоднократно, достаточно много изменений произошло в системе здравоохранения современной России.

Для того чтобы рассмотреть периоды реформ, затрагивающих систему здравоохранения, нужно определиться, с какого же момента начинается «современная Россия». Из истории известно, что объявление РСФСР Российской Федерацией было 25 декабря 1991 года, поэтому с того момента и рассмотрим этапы реформ здравоохранения:

1991—2009 (2010) годы — принятие Закона РСФСР от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР»; функционирование ОМС и его дальнейшее преобразование.

2003 год — первичное планирование реформирования в здравоохранении.

2004 год — программа «Повышение структурной эффективности программы здравоохранения» на 2004—2010 годы, которая включала в себя:

- 1) повсеместное введение общей врачебной практики;
- 2) автономизацию больниц и поликлиник;
- 3) закрытие медучреждений и сокращение медперсонала.

2006—2010 годы — реализация национального проекта «Здоровье»; создание структур по управлению качеством медицинской помощи в органах управления здравоохранением субъектов РФ.

2011 год — принятие Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2012 г. — программа модернизации здравоохранения, направленная на решение трех основных задач:

1) укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения;

2) внедрение современных информационных систем;

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение ее доступности.

2013—2015 годы — доработка Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 30 сентября 2015 года); формирование методологии оценки и инфраструктуры по реализации задач повышения качества и эффективности медицинской помощи.

2014 год — реформа «сокращение»: принят план по сокращению сети госучреждений здравоохранения на 2014—2018 годы.

2016—2020 годы — дальнейшие преобразования согласно Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

Следует отметить, что некоторые нормативно-правовые акты, направленные на реформирование системы здравоохранения, выпускаются задолго до самих реформ.

Реформы в РФ направлены на устранение проблем в национальной системе здравоохранения, таких как:

1. Ограниченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Виды и объемы бесплатной медицинской помощи обозначены совершенно конкретными границами: есть и перечень видов, есть и объемные и финансовые показатели. «Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»<sup>79</sup>.

2. Отсутствие профилактики заболеваний, а также несбалансированность их с имеющимися финансовыми ресурсами. Как следствие этого — возрастание платной медицинской помощи, причем в неконтролируемых формах. В этой ситуации доступность медицинской помощи для населения снижается, причем в наиболее сложном положении оказываются наименее обеспеченные слои граждан. Назрела необходимость в уточнении системы государственных гарантий, неотъемлемой частью которой явится профилактика заболеваний.

3. Сложившаяся система обязательного медицинского страхования (ОМС) не обеспечивает существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения.

---

<sup>79</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

4. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации не выполняют свои обязательства по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения в полном объеме.

5. Существенно обострилась проблема неравенства регионов по уровню финансирования здравоохранения. Централизуемая в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования часть налоговых платежей недостаточна для выравнивания условий финансирования территориальных программ ОМС. Деятельность страховых медицинских организаций не смогла существенно повлиять на эффективность использования средств ОМС. Отсутствуют действенные рычаги привлечения средств граждан и организаций в систему ОМС.

6. Имеющиеся в системе здравоохранения ресурсы (финансовые и материальные) используются неэффективно.

7. Существующая система оказания медицинской помощи характеризуется избыточной сетью медицинских организаций с низким материально-техническим оснащением, доминированием стационарной помощи, недостаточной приоритетностью первичной медико-санитарной помощи, слабым развитием сети специализированных медицинских организаций профилактической направленности, недостаточной мотивацией медицинского персонала к качественной работе.

Направления, позволяющие решить проблемы в национальной системе здравоохранения:

1. Стандартизация медицинских технологий.

2. Выравнивание статуса субъектов РФ и стабилизация ОМС.

3. Совершенствование систем оказания медицинской помощи.

4. Формирование комплексной программы лекарственного обеспечения.

5. Охрана здоровья матерей и детей.

6. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение.

7. Подготовка кадров здравоохранения, повышение их квалификации.

8. Введение новых технологий и их применение на практике.

Далее разберем достигнутые результаты проводимых реформ системы здравоохранения.

Проверка Счетной палаты показала: ожидаемого роста качества и доступности медицинской помощи не произошло<sup>80</sup>. Во время плановой проверки нескольких областей выясни-

---

<sup>80</sup> А. Кудрявцева. Реформа системы здравоохранения оказалась неэффективной. Официальный сайт «Комсомольская правда», 14.04.2015 г. <http://www.kp.ru/>

лось, что оптимизация системы здравоохранения далека от совершенства.

Коллегия Счетной палаты Российской Федерации под председательством Татьяны Голиковой проверила так называемую оптимизацию нескольких министерств, в том числе здравоохранения. Аудиторы Счетной палаты выезжали в ряд областей (Ярославская, Вологодская, Астраханская, Ростовская области, Республика Башкортостан, Самарская, Пензенская, Челябинская области, Забайкальский край), чтобы оценить изменения, которые должны были случиться во время проведения реформ.

Проверка показала, что основные цели оптимизации сети медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения не достигнуты — ожидаемого роста эффективности и доступности медицинской помощи не произошло. При этом разработанные Минздравом показатели не позволяют оценить динамику изменений в здравоохранении в целом. В частности, отсутствуют показатели по повышению качества и доступности медицинской помощи.

1. Обязательное медицинское страхование. Уже несколько лет финансирование здравоохранения поделено на федеральное и территориальное. То есть часть средств на оказание медпомощи должны выделять местные органы самоуправления.

Результаты Счетной палаты: «По сравнению с 2014 годом установлен рост дефицита средств территориальных программ за счет консолидированного бюджета региона. Основными причинами дефицита территориальных программ остаются установление нормативов объема медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и нормативов ее финансовых затрат ниже средних федеральных нормативов».

2. Скорая медицинская помощь. По программе оптимизации до 2018 года регионы планируют сократить фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), заместив их частично офисами врачей общей практики. В ходе проверки были выявлены факты ограничения доступности медицинской помощи населению, в том числе первичной медико-санитарной помощи сельским жителям.

3. Первичная медицинская помощь. Проверка также показала, что в ходе оптимизации регионы активно сокращают коечный фонд, закрывая в сельских больницах специализированные отделения и переводя эти виды помощи на уровень межрайонных и областных больниц. Всего на конец 2014 года по медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения регионов сокращено 33 757 коек. При этом сокращение коек районных больниц проводилось большими темпами, чем областных. В результате коеч-



ный фонд оказался несбалансированным и не соответствующим потребностям населения.

4. Сокращение медицинского персонала. Проверка показала, что в ходе оптимизации регионы проводят активное сокращение численности медработников. Сокращение медицинских работников в регионах проводится без предварительного планирования и учета возможных последствий. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей — более 19 тыс. человек.

Таким образом, для достижения положительных результатов дальнейшего реформирования национальной системы здравоохранения следует сформировать национальную лабораторию здоровья, целью создания которой станет:

- измерение показателей здоровья населения;
- изучение экономики здорового поведения, реформ и политики;
- исследование хронических заболеваний в России;
- изучение экономики старения организма;
- формирование психического здоровья нации.

Национальная лаборатория здоровья станет новой мультидисциплинарной основой для разработки международных и национальных исследований в области экономики здравоохранения, управления здравоохранением и общественного здоровья.

Лаборатория будет выполнять такие функции, как разработка, поддержка и поощрение выдающихся достижений в области здравоохранения, которые позволят дать оценку инициативам в области здравоохранения и социальной политике как в России, так и в других странах.

В своих исследованиях сотрудники национальной лаборатории здоровья будут придерживаться основных принципов работы: обращать внимание на то, как сотрудничество в понимании здоровья, здравоохранения и благосостояния человека влияет на формирование интерактивной глобальной экономики, в которой основными вызовами в области здоровья являются «некоммуникативные» заболевания (такие, как заболевания сердечно-сосудистой системы), которые часто связаны с нездоровым поведением (курение, неправильное питание и т. д.).

Основная задача лаборатории — разработать устойчивый международный профиль исследований по экономике здоровья и продолжить продвигать жизненно необходимую, но очень новую науку в России. Программа действий обращается к вопросам, которые влияют на здоровье и благополучие индивидов, семей, сообществ, населения и общества в целом, и позволит получать знания и опыт в теории и методах экономики здоровья одновременно для специалистов-практиков и ученых.

## 6.2. Научно-технологическое прогнозирование для определения приоритетов развития здравоохранения

Объективную необходимость научно-технологического прогнозирования для определения приоритетов развития здравоохранения в условиях рыночной экономики обуславливают два главных обстоятельства:

- 1) общественный характер производства;
- 2) неспособность рыночной экономики к саморегулированию, особенно на кризисных стадиях воспроизводственных циклов.

Вдобавок, не следует забывать, что в рамках государственного воздействия на экономику страны вызывают опасение две крайности:

- регулирование тех экономических процессов, которые могут управляться рыночными механизмами с большей эффективностью;
- исключительное полагание на рыночные механизмы даже в таких случаях, когда вмешательство государства необходимо.

Используя научно-технологическое прогнозирование как научное направление в экономике и управлении системой здравоохранения, можно увязать замысел планируемых реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь.

Поэтому в данном параграфе рассмотрим методы научно-технологического прогнозирования, порядок разработки прогнозов и планов здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях с целью определения приоритетов развития здравоохранения.

Методологию научно-технологического прогнозирования и планирования рассмотрим на примерах разработки территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, заказов государственных медицинских учреждений и муниципальных заказов на реализацию Программы, комплексных целевых медико-социальных программ.

Для начала проанализируем научные основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения.

Вся жизнь и деятельность человечества постоянно связаны с выбором решений, что обуславливает желание заглянуть в будущее. Правильный выбор нельзя сделать, не предвидя всех его желательных и нежелательных последствий. Постоянное видение перспективы и способность предугадывать события позволяют своевременно принимать превентивные меры и избегать нежелательных результатов.

Значение прогнозирования постоянно возрастает, связано это с ускорением научно-технического прогресса, усложнении

ем задач управления, усилением неопределенности, которая вызвана переходом к рыночным отношениям.

Прогнозирование, по сути, значит предвидение, опережающее отображение действительности, и основывается на познании законов природы, общества, человеческого мышления. Ориентируясь на степень конкретизации и характер воздействия на ход исследуемых процессов (объектов), выделяют: гипотезу, прогноз и план. В зависимости от характера воздействия и тесноты связи с исследуемым объектом прогноз находится между гипотезой и планом. Гипотеза реализует научное предвидение на уровне теории, выявляя общие закономерности. Прогноз является более определенным и достоверным источником, имеющим и качественные, и количественные параметры. Прогнозирование можно отнести и к стадии планирования, ввиду того что оно обрисовывает контуры будущего, без чего невозможна разработка программы действий.

Наряду с этим прогноз является вероятностным и многовариантным источником, обуславливающим наличие неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. От начальной точки отсчета прогноза (принятия решения) до его завершения возможно изменение среды прогнозируемого явления, приоритетности сформулированных ранее целей. Следовательно, прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и рамочно определяет условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он может иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

При наличии возможности, предполагающей наличие нескольких путей реализации замысла, разрабатываются сценарии возможного развития. Сценарий является описанием будущего, составленного с учетом правдоподобных положений, разрабатывающийся для определенной совокупности условий будущего развития явления или системы. Так как прогноз основывается на вероятностном и вариантном развитии событий, то, как правило, он может иметь несколько сценариев: оптимистический, пессимистический, оптимально-реалистический.

Сценарием устанавливается логическая последовательность событий, наряду с механизмом вырастания из существующей ситуации будущего. Сценарий разрабатывают функционально-логическим методом, имеющим системный характер, который выявляет факторы, с помощью которых возможно достижение поставленных целей.

Научно-технологическое прогнозирование основано на знании объективных закономерностей, логике, достоверной информации, математических методах. Оно радикальным об-

разом отличается от предсказаний, которые базируются на ясновидении, интуиции и имеют эвристический характер, или на астрологии и разных способах гадания, однако современная наука и не отрицает способность творческого видения будущего как природного дара. Ясновидение можно рассматривать в качестве восприятия, экстрасенсорной, только ему доступной способности человека получать информацию.

Большой популярностью в последнее время в нашей стране пользуется такая наука, как футурология. Футурологами рассматривается будущее как величина, меняющаяся в зависимости от принимаемых людьми решений. Отсюда следует возможность воздействовать на свое будущее, принимать такие решения, которые направят развитие событий в желаемое русло. Их предсказания основываются на рационально выстроенной системе анализа, которая не выходит за рамки линейной экстраполяции выявленных тенденций. Достаточно большое количество людей опираются на предсказания футурологов, планируя свою жизнь, деловую карьеру, бизнес.

В соответствии с установленным порядком в РФ разрабатываются государственные прогнозы и программы социально-экономического развития. Прогнозы социально-экономического развития имеют несколько вариантов, которые рассчитаны на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы.

Прогноз социально-экономического развития на долгосрочную перспективу разрабатывается на 10 лет и более. Он является необходимой основой, прежде всего, для определения стратегии народнохозяйственного комплекса, как в целом, так и отдельных отраслей в частности. Данными прогноза социально-экономического развития на долгосрочную перспективу пользуются для выработки концепции и программ социально-экономического развития на среднесрочную перспективу.

Прогноз социально-экономического развития на среднесрочную перспективу выработывается на период от 3 до 5 лет и подлежит ежегодной корректировке. Прогноз социально-экономического развития на краткосрочную перспективу разрабатывается ежегодно.

Прогноз является комплексом аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы. Задача прогноза — дать объективное, достоверное представление о том, что будет с системой при тех или иных условиях. Для достижения поставленной задачи следует разрабатывать поисковый прогноз, который показывает, каким может быть развитие системы здравоохранения при заранее заданных условиях (объем финансирования, уровень заболеваемости, состояние законодательной базы и др.).

Научно-технологическое прогнозирование заключается не только в пассивной роли предвидения того, что может произойти в будущем, поэтому также разрабатываются и целевые прогнозы, которые определяют цели, поставленные государством, обществом перед здравоохранением, и возможные пути их достижения.

Необходимо научно-технологическое прогнозирование, разрабатываемое для любого уровня управления системой здравоохранения, для различных служб или по любой проблеме. Прогнозы разрабатываются по следующим ключевым направлениям:

- прогнозы здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, служб;
- прогнозы финансово-экономического развития системы здравоохранения и др.

Несмотря на то что такие прогнозы разрабатываются для отдельных служб в здравоохранении, они тесно взаимосвязаны между собой.

На современном этапе развития теории управления методология прогнозирования тесным образом связана с математическим моделированием процессов, развитие сценариев которых предполагается в будущем. Чтобы построить такие математические модели, как прогнозирование структуры и уровня заболеваемости, смертности, показателей физического развития населения, потребности в отдельных видах ресурсного обеспечения и др., необходимо наличие исчерпывающей информации за продолжительный (минимум 10—12 лет) ретроспективный период наблюдения. Основой разработки таких математических моделей служит регрессионный анализ, наряду с построением и анализом динамических рядов, при использовании различных способов их экстраполяции.

Впрочем, чтобы получить качественные и достоверные прогнозы по поводу развития какой-то ситуации, не стоит ограничиваться математическим моделированием. Построения математических моделей целесообразно сочетать с другими способами построения прогнозов, в первую очередь с методами экспертных оценок. Эксперты, используя методы качественного и количественного анализа, отбирают наиболее важные факторы, оценивают их взаимосвязи, влияние на тенденцию в развитии того или иного явления и определяют тем самым вероятность достижения тех или иных результатов в будущем.

В зависимости от поставленных задач, управляя системой здравоохранения, на стратегическом уровне, можно выделить следующие формы прогнозов:

1) по времени прогнозирования — оперативные (текущие), краткосрочные (годовые), перспективные (среднесрочные — 5-летние и долгосрочные — 10 лет и более);

2) по характеру их воздействия на объект прогнозирования — пассивные и активные прогнозы;

3) в зависимости от иерархического уровня изучаемой системы — глобальные, межнациональные, национальные, региональные, районные (городские), а также для отдельных групп населения и индивидуумов;

4) по сложности объектов прогнозирования — сверхпростые (когда прогнозируют отдельные показатели без учета их взаимодействия), простые (когда при прогнозировании учитывают только парные связи), сложные (когда учитывают самые разнообразные взаимосвязи показателей и факторов, на них влияющих);

5) в зависимости от цели — исследовательские (поисковый, генетический, трендовый) и нормативные (программный, целевой) прогнозы;

6) по способам представления результатов — точечные (когда предсказывается событие в определенное время) и интервальные (когда события находятся в некотором временном интервале).

В настоящее время разработаны и используются более 150 методов прогнозирования, которые можно объединить в четыре группы:

- экспертные оценки;
- экстраполяция;
- моделирование;
- комбинированные прогнозы.

Методикой прогнозирования и планирования определено проведение аналитического исследования, подготовка базы данных, изучение и соединение информации в единое целое. При правильном и полном учете сложившейся ситуации, факторов и тенденций, способствующих ее изменению в перспективе, будущее можно спрогнозировать.

Разрабатывая первоначальный этап прогнозов, применяют системный анализ и синтез. В качестве системы выступают системы здравоохранения РФ, субъектов РФ, муниципальных образований. Выделяются следующие стадии системного анализа:

- постановка задачи;
- определение целей и критериев оценок;
- структурный анализ факторов, тенденций, их взаимодействий;
- разработка концепции и вариантов развития системы.

При анализе исследуемые факторы классифицируют так:

1) связанные с общеэкономической ситуацией в стране;

2) зависящие от деятельности непосредственно системы здравоохранения;

3) формируемые под воздействием рыночных отношений и государственного регулирования.

Каждый фактор обуславливает повышающую, понижающую и стабилизирующую тенденцию.

При проведении анализа могут быть использованы следующие методы: морфологический; прогнозирование по аналогии; регрессионный анализ; корреляционный анализ; метод моделирования; метод экстраполяции; метод скользящего среднего; индексный метод; метод экспертной оценки.

Сущность разработки прогнозов и планов в том, что люди сознательно определяют цели своих действий и соизмеряют их со своими возможностями, ресурсами. Плановность свойственна каждому трудовому акту. При этом план как категория имеет несколько значений: замысел, проект, порядок работы, выполнение программы, система заданий. Во всех случаях он обычно отражает принятие хозяйственных и других решений и фиксирует потребность в ресурсах, объемы финансирования, сроки реализации мероприятий, исполнителей, гарантии ответственности за невыполнение. По существу план — это надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно определенную цель, предвидение конечных результатов, пути и средства достижения цели.

Ключевой момент в планировании на современном этапе — это сохранение социальной направленности целей и задач, обеспечение сбалансированности, отраслевых и территориальных интересов.

Планирование в здравоохранении можно определить как целенаправленную деятельность государственных органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения всех форм собственности по разработке перспектив развития систем здравоохранения страны, субъектов РФ, отдельных административных территорий и организаций здравоохранения.

С точки зрения общественного здоровья и здравоохранения, различаются следующие виды планирования:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

**Стратегическое планирование.** Основным документом, в котором отражены принципы стратегического планирования развития здравоохранения в России, является Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, одобренная Постановлением Правительства РФ № 1387 от 5 ноября 1997 года<sup>81</sup>.

Стратегическим планированием определены цели, задачи, приоритеты, порядок и условия деятельности здравоохране-

---

<sup>81</sup> Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 года № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»).

ния, его субъектов, муниципальных образований и отдельных медицинских учреждений на перспективу 10 лет и более.

Стратегическое планирование проводится на двух уровнях:

- федеральном уровне;
- уровне субъекта РФ.

1. Стратегическое планирование на федеральном уровне. Министерством здравоохранения РФ разрабатываются и утверждаются в установленном порядке:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения РФ;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормы, нормативы, социальные стандарты, методика их адаптации к условиям субъектов РФ;
- федеральные целевые медико-социальные программы, обеспечивающие достижение стратегических целей и задач;
- методология планирования инвестиций, оценки их эффективности, порядок согласования инвестиционных проектов здравоохранения.

2. Стратегическое планирование на уровне субъектов РФ. Стратегической задачей органов управления здравоохранения субъектов РФ является разработка планов и программ формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе параметров, устанавливаемых на федеральном уровне, с учетом региональных особенностей.

В процессе планирования решаются следующие задачи:

- производится анализ и разрабатывается прогноз состояния здоровья населения территории на плановый период;
- исследуется состояние системы здравоохранения территории, соответствие ее требованиям федерального уровня;
- устанавливаются цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения на плановый период;
- утверждаются региональные нормы и нормативы, применяемые при планировании системы здравоохранения территории;
- определяются стратегические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения на территории;
- определяются ресурсы, необходимые для развития системы здравоохранения территории, и источники их получения;
- принимается комплекс планов и целевых программ, обеспечивающих реализацию стратегических целей и задач развития системы здравоохранения субъектов РФ;



— устанавливаются параметры для планирования здравоохранения муниципальных образований.

**Перспективным планированием** предусматривается разработка планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований, как правило, на 3—5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта РФ, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития территории.

**Текущим планированием** предусматривается разработка ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Основными методами, которые используются в планировании здравоохранения, относятся: нормативный и балансовый.

Нормативный метод применяется для расчета прогнозных и плановых показателей. Нормы и нормативы разрабатываются и утверждаются, как правило, Минздравом РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти. В здравоохранении используются большое количество норм и нормативов.

Норма — установленная и документально подтвержденная величина, определяющая максимальный уровень расходования ресурсов, получения доходов, прибыли, выработки продукции.

Норматив — это расчетная величина затрат материальных, трудовых, временных, финансовых и других ресурсов, применяемая при нормировании труда и планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Планирование ресурсного обеспечения отдельных организаций и системы здравоохранения в целом основывается на использовании экономических норм и нормативов.

Примером научно-технологического прогнозирования и планирования является Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, состоящая из 6 разделов и включающая в себя общие положения, перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, базовую программу ОМС, виды медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования здравоохранения, обеспечивающие предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Основными задачами Программы являются:

— создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на полу-

чение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;

- создание единой системы планирования и финансирования медицинской помощи;
- обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого различного рода ресурсов.

Основными принципами построения Программы являются:

- соответствие утверждаемых объемов медицинской помощи структуре и уровню заболеваемости населения;
- соответствие выделяемых на основе утвержденного подушевого норматива финансовых средств затратам, необходимым для оказания населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
- соблюдение ответственности органов исполнительной власти всех уровней за реализацию Программы.

Согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи разрабатываются соответствующие территориальные программы.

1. Формирование территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Территориальная Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи представляет собой пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС.

Территориальная Программа содержит территориальные нормативы объемов различных видов медицинской помощи и показатели их финансового обеспечения.

Цель территориальной Программы: реализация конституционных прав граждан на территории субъекта РФ в получении бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества.

Основные задачи территориальной Программы:

- консолидация государственных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;
- обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования территориальной Программы:

- обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;
- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи, предусмотренных Программой;
- научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- обеспечение сбалансированности объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для ее реализации финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет оптимизации структуры и мощности территориальной сети учреждений здравоохранения и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

Сформулируем общий алгоритм разработки проекта территориальной Программы:

1) разработка и утверждение территориальных нормативов объемов и стоимости гарантируемой населению субъекта РФ медицинской помощи;

2) разработка и утверждение дифференцируемых (с учетом различий в заболеваемости, возрастно-половой структуре населения) нормативов объемов и стоимости гарантируемой населению муниципальных образований медицинской помощи;

3) расчет стоимости проектов муниципальных заказов;

4) расчет стоимости проектов государственных заказов государственных организаций здравоохранения;

5) расчет сводной стоимости проекта территориальной Программы (плана финансового обеспечения территориальной Программы);

6) выявление дефицита финансового обеспечения проекта территориальной Программы;

7) проведение балансировки проекта территориальной Программы и разработка мероприятий по устранению или уменьшению дефицита финансовых средств;

8) внесение необходимых коррективов в проекты муниципальных заказов;

9) утверждение органами местного самоуправления проектов муниципальных заказов;

10) формирование (на основе государственных и муниципальных заказов) окончательного варианта проекта территориальной Программы;

11) утверждение проекта территориальной Программы органами исполнительной власти субъекта РФ.

II. Планирование здравоохранения на уровне муниципальных образований.

Задачей планирования системы здравоохранения на местном уровне является разработка программы обеспечения населения муниципального образования бесплатной медицинской помощью (муниципального заказа) в рамках территориальной Программы, с учетом средств территориального фонда ОМС и бюджетов всех уровней.

Технология разработки планов и программ предусматривает последовательность выполнения следующих основных этапов:

- оценка состояния здоровья населения муниципального образования и его прогноз на планируемый период;
- анализ соответствия структуры и мощности существующей сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений реальной потребности населения в различных видах медицинской помощи;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения муниципального образования на планируемый период;
- определение, на основе территориальных нормативов, объемов необходимой населению муниципального образования медицинской помощи;
- согласование квот (предельно допустимых объемов бесплатной медицинской помощи), предоставляемых жителям муниципальных образований на базе межрайонных медицинских центров и государственных организаций здравоохранения;
- расчет стоимости проектов муниципальных заказов;
- определение объемов дополнительно привлекаемых из муниципального бюджета финансовых средств, необходимых для реализации муниципального заказа.

Муниципальные заказы утверждаются одновременно с утверждением бюджетов городов и районов и являются составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Кроме муниципального заказа разрабатывается «План организационно-экономических мероприятий по совершенствованию системы управления муниципальным здравоохранением». Этот план включает в себя систему мониторинга за реализацией муниципального заказа, экономические механизмы заинтересованности организаций здравоохранения в эффективности расходования ресурсов и повышение качества медицинской помощи, перечень современных организационных форм и медицинских технологий и др.

Планом, в частности, предусматриваются следующие меро-

приятия по ресурсосбережению и интенсификации работы отдельных подразделений учреждений здравоохранения:

- организация двухсменного обследования и лечения, включая выходные и праздничные дни;
- исключение дублирования в стационарах больниц результатов амбулаторно-поликлинического обследования;
- внедрение практики ранней выписки на амбулаторно-поликлинический этап после интенсивного специализированного лечения в стационаре;
- внедрение современных технологий диагностики и лечения;
- увеличение объема специализированной медицинской помощи на базе межрайонных центров и государственных (федеральных, республиканских, краевых, областных) учреждений здравоохранения;
- развитие сети дневных стационаров (стационаров дневного пребывания), стационаров на дому;
- развитие сети учреждений общеврачебных (семейных) практик и др.

III. Комплексные целевые медико-социальные программы.

Комплексные программно-целевое планирование предусматривает разработку медико-социальных программ на основе выбранных приоритетов в охране здоровья населения. Такой целевой подход позволяет в условиях дефицита финансовых, материальных и других ресурсов концентрировать их на наиболее приоритетных направлениях развития здравоохранения, достигая тем самым максимальных результатов в наиболее сжатые сроки. Кроме того, участие в реализации таких программ различных служб и ведомств обеспечивает комплексный межведомственный подход в достижении поставленных целей. Поэтому программно-целевой метод становится все более привлекательной формой планирования в здравоохранении, а комплексная целевая программа — директивным документом, который содержит увязанный по срокам, ресурсам, исполнителям комплекс мероприятий для эффективного решения поставленных задач.

Комплексные целевые медико-социальные программы могут разрабатываться на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления здравоохранением.

Источниками финансирования таких программ могут быть средства бюджетов всех уровней (федерального, регионального, муниципального), государственных внебюджетных фондов (Пенсионный фонд РФ, Федеральный фонд ОМС, Фонд социального страхования РФ), других источников, не запрещенных законодательством РФ. Как правило, финансовое обеспечение целевых программ осуществляется из разных источников (на условиях софинансирования) в рамках заключенных договоров или соглашений.

Правовой основой разработанных таким образом целевых программ являются Постановления Правительства РФ, постановления органов исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований. Перечень, объем и источники финансирования целевых программ ежегодно утверждаются Федеральным законом «О Федеральном бюджете» или же соответствующими законами субъектов РФ.

В настоящее время в области охраны здоровья населения РФ действует ряд целевых программ, наиболее значимыми из которых являются:

1. Федеральные проекты, программы и концепции:
  - Приоритетный национальный проект «Здоровье»;
  - Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»;
  - Федеральная целевая программа «Экономическое развитие и инновационная экономика», Подпрограмма «Кадры для инновационной экономики»;
  - Федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности»;
  - Федеральная программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011—2014 годах»;
  - Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года;
  - Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения российской федерации медицинскими кадрами до 2018 года.
2. Региональные программы и проекты:
  - Государственная программа Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (столичное здравоохранение)»;
  - Целевая программа Московской области «Развитие здравоохранения Московской области на 2013—2015 годы»;
  - Программа модернизации здравоохранения в Санкт-Петербурге;
  - Программа обеспечения системы здравоохранения Санкт-Петербурга медицинскими кадрами.

Как видим, разработка и реализация комплексных целевых медико-социальных программ на основе научно-технологического прогнозирования является одним из перспективных направлений совершенствования управления здравоохранением, определяющим приоритеты развития здравоохранения и, как результат этого,— повышение качества медицинской помощи.

### 6.3. Внедрение научно обоснованного подхода в реформировании здравоохранения

Реформа здравоохранения, о которой было так много дискуссий и споров в продолжение почти двух десятков лет, похоже, становится реальностью. В основе реформы — значительное повышение качества медицинского обслуживания на всех этапах, от предоставления первичной медико-санитарной помощи до высокоспециализированной. Реформирование затрагивает как организационную структуру отрасли, так и социальную сферу и вопросы финансирования.

Бесспорным является тот факт, что фундаментом реформы должна стать медицинская наука. Именно ученым предстоит разработать стратегию реформирования отрасли, исходя из новейших научных достижений в области медицины и биологии, предложить практическому здравоохранению научно обоснованные методы борьбы с наиболее распространенными заболеваниями, учитывая, в том числе, международный опыт.

В связи с этим уместно вспомнить совместное заявление академий наук государств «большой восьмерки» и стран с быстро растущей экономикой (БРИК), в котором определена глобальная стратегия развития медицинской науки и здравоохранения. В нем высказана общая позиция относительно роли фундаментальных и прикладных научных исследований в преодолении вызовов здравоохранения XX века.

Важнейшими целями столетия признаны снижение уровня младенческой смертности, улучшение репродуктивного здоровья, противодействие распространению ВИЧ и других инфекций, а также объединение усилий в предупреждении и лечении заболеваний сердца, онкологии, сахарного диабета, неврологических и психиатрических заболеваний. Необходимо подчеркнуть необходимость соответствия фундаментальных и прикладных исследований принципам доказательной и профилактической медицины.

Перечисленные цели, безусловно, актуальны для нашей страны и учитываются в работе как научно-исследовательских институтов, так и университетской науки, однако нуждаются в определенном уточнении и детализации с учетом особенностей взаимодействия фундаментальной науки и здравоохранения в современной России. И здесь лидером должна стать Национальная лаборатория здоровья, предложенная нами для разработки международных и национальных исследований в области экономики здравоохранения, управления здравоохранением и общественного здоровья в первом параграфе настоящей главы.

Сила и предназначение Национальной лаборатории здоровья в том и состоят, чтобы определить приоритеты в научных исследованиях и возглавить их практическую реализацию. Та-

кими приоритетами сегодня является развитие высокотехнологичных медико-биологических исследований, прежде всего, в области биотехнологий, нанотехнологий, молекулярной медицины на основе достижений геномики, протеомики, стволовых клеток, открывающих неограниченные возможности для понимания причин возникновения и развития болезней и для разработки наиболее эффективных способов их лечения.

Любая наука должна опираться на фундаментальные гуманитарные знания. Успех в перечисленных сферах невозможен без дальнейшего развития биоэтики, ноэтики как основы гуманитарного контроля и плацдарма для выработки необходимых юридических регламентаций по работе в сфере высокотехнологичных дисциплин и внедрению полученных результатов.

Очевидно, что перечисленные направления требуют большей координации деятельности научно-исследовательских институтов с Национальной лабораторией здоровья, Министерством здравоохранения, другими отраслями с целью объединения усилий по решению актуальных научных медицинских проблем. Нельзя сказать, что в стране не ведутся комплексные научные исследования. Есть прекрасные примеры, которые только подтверждают справедливость вышесказанного.

Последние десятилетия сколько-нибудь серьезные научные открытия и практические разработки осуществляются на стыке наук, а мы по-прежнему планируем и финансируем отдельные направления медицинской науки. Значительно целесообразнее и эффективнее сосредоточиваться на проблеме. Например, если речь идет о борьбе с онкологическими заболеваниями, нужно объединять усилия генетиков, хирургов, физиков, химиков, биологов, других специалистов в поиске оптимального комплексного решения поставленной задачи.

На наш взгляд, Национальная лаборатория здоровья могла бы стать инициатором межведомственного программно-целевого планирования и реализации научных исследований, заказчиком которых должно быть Министерство здравоохранения России.

Хочется особо подчеркнуть необходимость оценки эффективности их внедрения в практическую деятельность как одного из путей преодоления наметившейся инертности лечебных учреждений в вопросах имплементации научных достижений. Речь могла бы идти о совместной комплексной экспертизе государственных и других научных программ, которую бы осуществляли Национальная лаборатория здоровья и Министерство здравоохранения. Необходимо, чтобы планирование и финансирование таких программ были ориентированы на конечный результат — улучшение показателя здоровья людей. Поэтому недалеко то время, когда бюджетное финан-



сирование фундаментальных и прикладных исследований в нашей стране будет осуществляться на конкурсной основе.

Очевидность такого подхода становится понятной, если рассмотреть результативность целевых государственных программ по здравоохранению. За предыдущее десятилетие их принято немало. Особую социальную значимость среди них имеют государственные программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологией, СПИДом и туберкулезом. Безусловно, сделано за последние годы много и профильными научно-исследовательскими институтами, и смежными, и университетской наукой. Но в то же время вопрос эффективности стоит остро.

Не стоит выдвигать какие-то обвинения ученым, потому что все мы понимаем: причины этих заболеваний зависят не только и не столько от уровня научных исследований. И перед государством, и перед учеными по-прежнему стоит задача, которая заключается в том, чтобы сконцентрировать научно-технический потенциал и ресурсы на приоритетных направлениях медицинской науки. Таким образом, наука должна быть головой, а не хвостом в реформировании здравоохранения.

Важнейшим условием повышения эффективности фундаментальной и прикладной науки является интеграция в международное разделение научно-исследовательского труда. Международной работе уделяется значительное внимание в медицинских вузах страны. Однако, учитывая сегодняшнее состояние медицинской науки, следует больше внимания уделять привлечению средств международных грантов, программ и проектов правительственных и неправительственных организаций, фирм, компаний и предприятий.

В качестве приоритетной можно рассматривать и задачу установления прямых связей Национальной лаборатории здоровья с зарубежными академиями наук, и в первую очередь — с академиями наук государств «большой восьмерки» и стран с быстро развивающейся экономикой, а также вхождение в иные авторитетные научные организации, объединения и ассоциации. Укрепление этих связей будет способствовать повышению эффективности фундаментальной и прикладной науки, а интегративным индикатором достигнутого результата станет индекс международного цитирования ученых нашей страны.

Размышляя о перспективах развития фундаментальных и прикладных исследований в медицине, нельзя не остановиться на проблемах университетской науки. Сегодня в медицинских вузах страны сконцентрирован мощный научный потенциал. Многие научные школы имеют широкое международное признание. Ученые университетов вносят весомый вклад в развитие и академической, и отраслевой науки. Именно в университетах отбирается и воспитывается талантливая молодежь, способная пополнить ряды научной элиты страны.

Однако практически нулевое финансирование поставило университетскую науку на грань выживания. Если бы не международные гранты, получить которые с каждым годом становится все сложнее, да не энтузиазм наших ученых, университетская наука давно перестала бы существовать.

В настоящий момент настало время подумать об объединении усилий академической и вузовской науки. Речь могла бы идти об интеграции научно-исследовательских институтов и медицинских вузов, что позволило бы привлечь научные школы университетов к фундаментальным исследованиям, а ученых НИИ — к учебному процессу. Совместное использование материально-технической базы, в том числе университетских клиник, финансов и кадрового потенциала могло бы повысить эффективность как научных исследований, так и подготовки врача.

Такие объединения на уровне регионов могут стать прекрасной базой для создания учебных центров переподготовки практических врачей, обучения их новым методикам диагностики и лечения. Ведь не секрет, что чаще всего именно отставание специалистов лечебных учреждений от достижений современной науки тормозит внедрение в практику новых научных разработок и технологий.

Вопрос финансирования научных исследований уже многие годы является одним из самых сложных в нашей стране. По данным Организации экономического сотрудничества и развития, Россия занимает восьмое место (из 37 стран, отобранных для анализа) по абсолютному показателю расходов на НИОКР. Сумма расходов в 2012 году составила 24 млрд долларов (1,12% ВВП, тридцатое место по относительному показателю)<sup>82</sup>.

Далее проведем анализ результатов реформ на примере московского здравоохранения, которые, на наш взгляд, не имеют научно обоснованного подхода.

1. Создание трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

В 2012 году в Москве было организовано три уровня учреждений в первичном звене: обычные поликлиники, амбулаторные центры и консультативно-диагностические отделения в стационарах<sup>83</sup>. Одни поликлиники стали филиалами других со средней численностью прикрепленного населения на участке около 150 тыс. человек. Соответственно, были перенаправлены привычные потоки пациентов из одних поликлиник в другие. Объяснение, основанное на научно обоснованном подходе

---

<sup>82</sup> Ежегодный мониторинг средств, выделенных из федерального бюджета на финансирование НИОКР (в том числе по приоритетным направлениям инновационного развития России): <http://ac.gov.ru/files/attachment/4879.pdf>

де, — необходимость снижения расходов на административно-управленческий аппарат, концентрация дорогостоящего диагностического оборудования в амбулаторном центре, а также возможность регулирования очередности внутри участка.

Но реорганизация вызвала определенный хаос, недовольство пациентов и потерю времени медицинских работников. Дадим оценку полученному результату через 2,5 года: сегодня в Москве среднее время ожидания приема участкового педиатра — 4 дня, участкового терапевта — 5 дней. Эти показатели в 4 раза хуже, чем в странах Евросоюза, где большинство пациентов попадают к врачам в день обращения или, в крайнем случае, на следующий день. Кстати, так было и у нас в советское время. Какой тогда толк, что в Москве обеспеченность дорогостоящим медицинским оборудованием такая же, как в Евросоюзе? Задача руководителя — определить главные проблемы и сконцентрировать усилия и ресурсы на их решении. Для Москвы это катастрофический дефицит участковых врачей — их в 3 раза меньше, чем по РФ в среднем, соответственно 0,4 и 1,2 на тысячу населения. И этот показатель не улучшается в последние годы. Это значит, что действия руководства московского здравоохранения по ликвидации такого дефицита нерезультативны. Недостаточно обеспечить повышение заработной платы, оснастить поликлиники дорогостоящим диагностическим оборудованием и сделать предложение врачам из стационаров перейти на работу в поликлиники.

Во-первых, только повышение заработной платы не компенсирует медицинским работникам тяжелых условий труда в первичном звене, нужен дополнительный социальный пакет. Во-вторых, общий профицит врачей в стационарах даже близко не перекрывает дефицит в первичном звене. Например, для терапевтов — в 6 раз (+450 человек и -2510 человек), для педиатров — в 16 раз (+259 и -4103). Более того, врачи, со-

---

<sup>83</sup> Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20 января 2012 года № 38 (ред. от 10 августа 2012 года) «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы» (вместе с «Перечнем амбулаторно-поликлинических учреждений первого (городские поликлиники) и второго (амбулаторные центры) уровней», «Временным положением об организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений первого уровня», «Примерным перечнем медицинского оборудования, необходимого для оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений первого уровня (городских поликлиник) в порядке обязательного минимума», «Временным положением об организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений второго уровня — амбулаторных центров», «Перечнем медицинского оборудования, необходимого для оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений второго уровня (амбулаторных центров) в порядке обязательного минимума», «Временным положением о взаимодействии амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе организации работы»).

крашенные из стационаров, в основном идут в другие учреждения, а если и готовы прийти в поликлиники, то им потребуется переподготовка не менее одного года. Да и зачем идти на передовую, если пациенты все время недовольны, СМИ относятся недоброжелательно, да еще и начальники не хотят нести ответственность за сотрудников.

Дефицит участковых врачей имеет и другие отрицательные последствия для пациентов. Во-первых, удлиняются сроки ожидания приема, во-вторых, сокращается само время приема одного пациента. В результате врачи стали выполнять только диспетчерские функции — лечить некогда. Это резко снижает эффективность первичного звена, увеличивает потоки пациентов к специалистам и в стационары.

Таким образом, результат от проведенной реорганизации в первичном звене — отрицательный.

2. Создание современной системы непрерывного повышения квалификации медицинских работников.

Такой системы в Москве не создано. Вместо нее — единичные стажировки за рубежом, которые за 2 года охватили менее 1% врачей и 0,2% медицинских сестер. Соответственно, эти стажировки системно повлиять на качество медицинской помощи не могут. Во всех развитых странах уже в течение многих лет врачи и средний медицинский персонал имеют возможность непрерывно повышать свою квалификацию (а не как в РФ — 1 раз в 5 лет). Там каждый врач за год должен накопить не менее 50 часов образовательной активности. Происходит это путем посещения конференций, семинаров и получения доступа к электронным информационно-образовательным ресурсам непосредственно на рабочих местах. Причем самое активное участие в повышении квалификации врачей принимают профессиональные общества по специальностям, а не только государственные образовательные учреждения. Все это делает процесс обучения более качественным, актуальным и удобным для занятых врачей.

Однако в Москве в федеральном пилотном проекте по развитию непрерывного медицинского образования для врачей первичного звена участвует всего 115 человек (2% участковых врачей).

А на Всемирный конгресс, организованный Союзом педиатров, который состоялся в столице в феврале 2014 года, Департаментом здравоохранения города направлено только 5 педиатров.

При этом, по данным Открытого правительства Москвы, по важности для населения компетенция врачей стоит на первом месте, а неудовлетворенность этим показателем составляет 62% среди всех опрошенных.

3. Закупки медицинского оборудования.

Средства, потраченные на закупку оборудования по программе модернизации 2011—2012 годов, составляют около

70 млрд рублей. Это больше, чем по всей стране за год расходов на высокотехнологичное лечение (50 млрд рублей) и сопоставимо с затратами на льготное лекарственное обеспечение (130 млрд рублей). Причем почти половина затраченных средств — из федерального источника, т. е. они могли бы быть направлены в другие регионы. Допустим, само проведение закупок было сделано по правилам и прозрачно. Однако это не заслуга, а прямая обязанность руководства департамента. Другая задача — обеспечить эффективное использование приобретенного оборудования.

Но отсутствуют данные: какой процент диагностической техники был запущен в эксплуатацию в нормативные сроки (3 месяца после покупки) и какой простаивает из-за дефицита врачей и расходных материалов. Известно другое: через три с лишним года от начала закупок 10% оборудования еще не установлено. Это свидетельство неэффективного управления.

#### 4. Сокращение коек.

«Оказалось, что лечиться мы можем столько же, сколько и в Европе, и болеем мы так же, из тех же костей, из того же мяса устроены. И больницы начали снижать койко-день, и выяснилось, что 30% коек на самом деле пустуют»<sup>84</sup>.

Несомненно, сами пациенты у нас такие же, как в Европе, только их намного больше. Руководство московского здравоохранения обосновывает сокращение коечного фонда, опираясь на показатели стран Евросоюза. Однако такое сравнение некорректно.

Поскольку в Москве показатели заболеваемости и смертности населения намного выше, чем в этих странах. Например, в столице стандартизованный показатель смертности от болезней системы кровообращения в 2 раза выше, чем в Германии (соответственно 400 и 200 случаев на 100 тыс. населения). Это значит, что обеспеченность койками в больницах и врачами в системе тоже должна быть больше (при прочих равных условиях). Однако в Департаменте здравоохранения Москвы уже сегодня обеспеченность койками для круглосуточного пребывания на 30% меньше, чем в Германии (6,2 и 8,2 на тысячу населения). Как следствие, число пролеченных больных на этих койках на 50% меньше. Причем сокращение коек планируется и далее — к 2020 году в 2 раза от сегодняшнего уровня.

Подведем итоги, к чему привело сокращение: объемы бесплатной помощи в стационарах для москвичей уже не покрывают потребности в плановой медицинской помощи, а нормативные сроки ожидания плановых операций (не более 1 месяца) будут абсолютно недостижимы.

---

<sup>84</sup> Интервью вице-мэра Москвы по социальным вопросам Л. Печатникова на радио «Эхо Москвы», эфир 31 марта 2014 года.

Для этого просто недостаточно коек, даже с учетом того, что в Москве есть койки в федеральных и ведомственных стационарах. При этом койки дневного пребывания не смогут снизить потоки пациентов в круглосуточные стационары, поскольку это другой вид медпомощи.

Более того, чтобы увеличить пропускную способность коек, нельзя сокращать время пребывания пациентов в стационаре до 3 дней, ссылаясь на европейский опыт. Ведь в странах Евросоюза есть «прочие условия».

Но самое недопустимое — что сокращение коек сопровождается передачей больниц в аренду частному здравоохранению. А частные клиники не готовы взять на себя даже половину прежних объемов бесплатной медицинской помощи. Таким образом, получается, что бесплатная помощь замещается платной. Уровень экономического развития Москвы позволяет выделять большие средства на бесплатную медпомощь. Так, валовый региональный продукт на душу населения в Москве выше, чем в странах Евросоюза, и находится на уровне США — более 50 тыс. долларов ППС (паритет покупательной способности) на душу населения в год. При этом расходы на бесплатную медицинскую помощь в столице в 2 раза ниже, чем в странах Евросоюза (соответственно 1400 и 2900 долларов ППС на душу населения в год).

5. Планируемые реформы в московском здравоохранении.

В настоящее время планируется проведение двух реформ в московском здравоохранении:

- 1) «виртуальное фондодержание»;
- 2) привлечение частных управляющих компаний в управление поликлиниками и больницами.

Определимся с содержанием понятия «виртуальное фондодержание». Это попытка воплотить в жизнь миф о том, что внедрение рыночных отношений в здравоохранение может обеспечить саморегулирование отрасли. Предлагается создать некий виртуальный фонд, за деньги которого врачи будут конкурировать между собой в борьбе за пациентов. При этом предполагается, что контролировать друг друга будут сами же врачи. Так, врачи поликлиник и скорой помощи под угрозой наказания рублем лишний раз не будут направлять пациентов в стационары. А врачи стационаров будут зорко следить за коллегами в поликлиниках. И если заметят неладное, то взамен затребуют часть их зарплаты. Эта новация абсолютно нежизнеспособна, потому что никакие конкуренция и наказание рублем в условиях дефицита кадров не работают.

Качество медицинской помощи таким образом повысить нельзя, поскольку врач не сможет работать больше, чем на 1,5 ставки. Кроме того, наш собственный советский и российский опыт, а также опыт развитых стран, включая США, по-

казывает, что без жесткого государственного регулирования здравоохранение работает неэффективно.

Привлечение частных компаний в управление поликлиниками также нерезультативно. Во-первых, это немалые дополнительные расходы. Во-вторых, это будут получать заработную плату главные врачи, ведь это их прямая обязанность — повышать эффективность вверенного им учреждения?

И наконец, никак не доказано, что частные управляющие компании более эффективны, т. е. затраченные на них средства улучшат результаты лечения пациентов. Для решения этой проблемы следует заняться обучением руководителей государственных лечебных учреждений.

#### 6. Ответственность руководителей.

«У меня ЕСТЬ обязательства перед пациентами. У меня НЕТ обязательств перед врачами»<sup>85</sup>. Это высказывание, определенно, нонсенс в устах руководителя здравоохранения. В нем — логика лечащего врача, который видит только своего пациента. Это никак не логика руководителя отрасли, который обязан одновременно отвечать и за пациентов, и за врачей, и за всю систему в целом. Если сослаться на нормативную базу и профессиональные стандарты, то это — 8-й или 9-й уровень квалификации, т. е. высший<sup>86</sup>. В нормативно-правовых документах указано, что руководитель отраслевого уровня несет ответственность за все процессы и результаты в отрасли.

А возвращаясь к практикующим врачам, стоит напомнить, что существенные успехи в улучшении здоровья москвичей были достигнуты именно благодаря каждодневному и очень нелегкому труду медицинских работников. Так, с 2002 года по настоящее время смертность населения в столице равномерно снижается (с 13,2 до 9,7 случая на тысячу населения в год), без ускорений в последние годы.

Такие высказывания не помогают повысить доверие пациентов к врачам, особенно когда оно почти на нуле. Во многом из-за того, что многие общественно-политические СМИ любят порассуждать на тему, как лечат наши врачи, да еще под заголовками «Врачи-убийцы» или «Врачи-взяточники». В итоге между пациентами и медицинскими работниками почти глухая стена. Вот, например, в Латвии запрещено публично

---

<sup>85</sup> Интервью вице-мэра Москвы по социальным вопросам Л. Печатникова в издании «Медицинский вестник», 11 марта 2014 года, на радио «Эхо Москвы», эфир 31.03.2014 года.

<sup>86</sup> См. Федеральный закон № 236-ФЗ от 3 декабря 2012 года «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 1 Федерального закона «О техническом регулировании» и приказ Минтруда и социальной защиты РФ № 148н от 12 апреля 2013 года «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов».

недоброжелательно отзываться о врачах, там пациенты смотрят на них с уважением и верой, а сами врачи идут на работу с желанием и хорошим настроением. В результате — повышается качество медицинской помощи. При этом государственные расходы на душу населения в год в Латвии ниже, чем в России в среднем и тем более в Москве (соответственно 700, 900 и 1400 долларов, оцененных по ППС).

Для решения проблемы руководства следует определиться с вопросом: кто должен руководить здравоохранением в регионе, в стране — врач или экономист. Руководитель должен обладать компетенциями и в области технологий оказания медицинской помощи (т. е. быть врачом), и в области экономики и управления системы здравоохранения в целом (т. е. быть организатором здравоохранения).

По итогам почти 4 лет работы в здравоохранении Москвы вице-мэра Л. Печатникова, государственная система здравоохранения, которую он возглавляет, стала менее эффективна, чем частная.

Рассмотрев итоги проведенных реформ московского здравоохранения, можно предложить следующие рекомендации.

Во-первых, в Москве необходимо остановить сокращение коек. Очевидно, что в самом ближайшем будущем огромными усилиями и средствами придется восстанавливать государственный коечный фонд. В противном случае население не сможет получать заявленные объемы медпомощи и в нормативные сроки.

Во-вторых, вместо передачи в аренду объектов государственной собственности в частную необходимо сосредоточиться на повышении эффективности государственной системы здравоохранения. А именно разработать и реализовать в течение 3 лет:

- программу увеличения численности врачей первичного звена до нормативного уровня;
- программу повышения объемов бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях (минимум в 2 раза);
- программу оптимизации структуры и повышения эффективности использования коечного фонда.
- внедрить систему тотального непрерывного повышения квалификации медицинских кадров, включая руководителей лечебных учреждений.

В здравоохранении все управленческие решения касаются сотен тысяч судеб, здоровья и жизни людей. Именно поэтому важно принимать решения обоснованно, обсуждать их с экспертным сообществом и постоянно отслеживать обратную связь — это позволяет управлять результатами.

Понятно, что состояние экономики страны не позволяет решать все наболевшие вопросы одновременно. Поэтому ру-



ководство государства и определило круг первоочередных реформ, к которым относится реформирование системы здравоохранения, а значит, и медицинской науки как ее базиса.

Современные достижения мировой медицинской науки, современные вызовы практического здравоохранения требуют использования в фундаментальных исследованиях новейших научных технологий, оборудования и инструментария значительно более высокого порядка. Их отсутствие сдерживает развитие науки, не позволяет проводить исследования на современном уровне.

Но по мере того, как экономика начнет подниматься и увеличатся доходы в бюджет, будет усиливаться государственная поддержка научных исследований, а значит, практическое здравоохранение будет вооружено новыми методами лечения и лекарственными препаратами, что позволит улучшить здоровье и повысить качество жизни граждан нашей страны.

#### **6.4. Методология оценки эффективности реформирования системы здравоохранения**

Оценка эффективности заключается в улучшении качества решений, принимаемых всеми участниками системы здравоохранения: пациентами, врачами, организаторами системы здравоохранения, правительства на всех уровнях, страховщиками, политиками и населением в качестве источников финансирования.

Результаты оценки позволяют сравнить прогресс при реформировании здравоохранения в достижении четырех фундаментальных целей системы здравоохранения:

- 1) улучшения состояния здоровья населения;
- 2) справедливости в распределении бремени финансирования здравоохранения;
- 3) отзывчивости к ожиданиям людей в вопросах, не связанных с состоянием здоровья;
- 4) эффективности использования ресурсов.

Всемирная организация здравоохранения исходит из того, что главной целью систем здравоохранения является улучшение здоровья населения<sup>87</sup>.

Наряду с этим принципиально важными являются еще две цели: достижение справедливости в распределении бремени расходов на здравоохранение и обеспечение отзывчивости на ожидания людей в отношении немедицинских аспектов оказания медицинской помощи.

---

<sup>87</sup> World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

Понятие справедливости распределения бремени расходов на здравоохранение отражает требования к совместной ответственности за обеспечение защиты от финансовых рисков, связанных с появлением необходимости получения медицинской помощи. Достижение справедливости в распределении бремени расходов на здравоохранение понимается как распределение расходов на здравоохранение среди населения с учетом реальных возможностей нести эти расходы.

Понятие отзывчивости, используемое в докладе ВОЗ, связано с немедицинскими (неклиническими) аспектами функционирования системы здравоохранения: обеспечением уважения достоинства человека, его автономии и конфиденциальности информации, вниманием к пациентам, качеством условий оказания медицинской помощи, свободой выбора производителей медицинских услуг. Отзывчивость характеризует отношение системы здравоохранения к людям с точки зрения уважительного отношения к пациентам и ориентации на их запросы со стороны медицинских учреждений.

Эти три цели: 1) улучшение здоровья населения, 2) достижение справедливости в несении бремени расходов на здравоохранение и 3) обеспечение отзывчивости на ожидания людей, связанные с немедицинскими аспектами оказания помощи,— рассматриваются в качестве универсальных целей для всех национальных систем здравоохранения и универсальной основы для их сравнительной оценки. Они имеют ценность сами по себе и взаимодополняют друг друга. В то же время ресурсное обеспечение систем здравоохранения, доступность медицинской помощи для населения, качество управления значимы не сами по себе, а выступают средствами достижения этих конечных целей.

Для оценки достижения целей улучшения состояния здоровья и обеспечения отзывчивости системы здравоохранения на ожидания людей имеют значение как средние (общие) уровни состояния здоровья населения и отзывчивости системы, так и различия в значениях соответствующих уровней для разных групп населения (распределение уровней между группами). Применительно к финансированию здравоохранения именно распределение финансового бремени между группами населения имеет принципиальное самостоятельное значение, в то время как общий уровень финансирования выступает средством достижения других целей.

Таким образом, для оценки эффективности и результативности реформирования системы здравоохранения необходимо измерить результаты ее деятельности по пяти составляющим:

- общему уровню здоровья;
- распределению уровня здоровья среди населения;
- общему уровню отзывчивости системы;

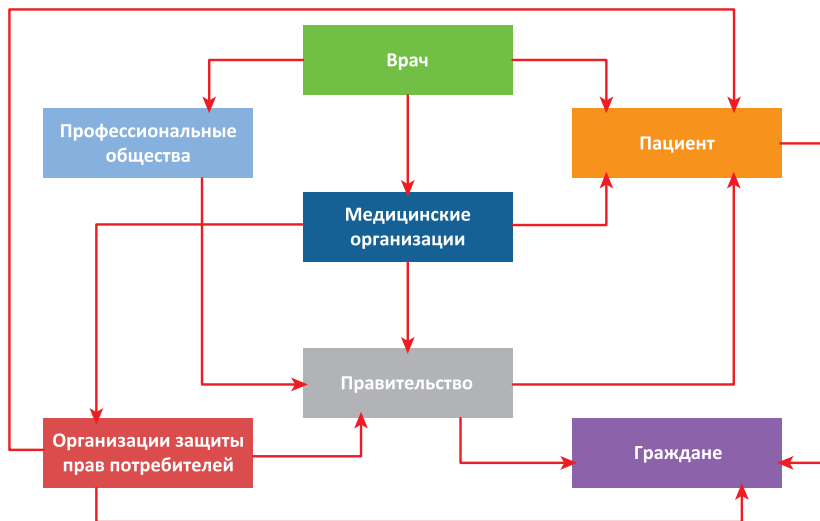


Рис. 33. Схема взаимоотношений между участниками в системе здравоохранения.

- распределению уровня отзывчивости;
- распределению бремени расходов на здравоохранение.

Здравоохранение представляет собой сложную систему с большим количеством различных участников, включая пациентов, практикующих врачей, поставщиков медицинских услуг, потребляющие организации, координаторов, правительство и широкую общественность. Участники связаны между собой отношениями подотчетности (рис. 33).

Отчетность делится на две составляющие: представление отчета (входящая информация) и последующая реакция на отчет (санкции или поощрение ответственной стороны). Ключевая роль оценки эффективности заключается в приведении к отчету различных участников системы, которые получают возможность принимать информированные решения. Поэтому заслуживает внимания тот факт, что при надлежащем функционировании подотчетных отношений ни одну систему представления информации не следует рассматривать изолированно от широкой плановой системы, содержащей в себе систему оценок.

Каждый вид взаимоотношений, представленных на рис. 33, имеет разные информационные потребности в зависимости от типа информации, ее точности и своевременности. Например, при выборе услуг медицинского учреждения пациенту могут потребоваться детальные сравнительные данные по исходам в отношении здоровья. Напротив, выбирая правительство и ре-

шая, кому оказать доверие, гражданин может воспользоваться максимально сжатой информацией. Добавляется также много промежуточных потребностей. Решая вопрос о том, работают ли медицинские организации качественно, потребителю (например, страховой компании) могут понадобиться как более сжатые всесторонние сведения, так и детализированные данные о гарантиях безопасности. Основная проблема оценки эффективности заключается в разработке таких информационных систем, которые удовлетворяли бы все эти противоречивые потребности. В табл. 43 этот вопрос представлен более подробно.

**Таблица 43. Информационные потребности участников системы здравоохранения**

Участник	Информационные потребности	Требования к информации
Правительство	Мониторинг общественного здоровья Определение политики здравоохранения Гарантия правильной работы регулирующих механизмов Гарантия целевого расходования государственного финансирования Гарантия необходимой информационной и исследовательской деятельности Мониторинг эффективности и продуктивности регулирующих механизмов	Информация о деятельности на национальном и международном уровнях Информация о доступности и объективности медицинской помощи Информация о загруженности службы и времени ожидания Данные о здоровье населения
Управляющие органы здравоохранения	Защита безопасности и благополучия пациентов Гарантия защиты потребителей Гарантия эффективного функционирования рынка	Своевременная, надежная и последовательная информация о безопасности и благополучии пациентов Информация об открытости и разумности финансовых потоков
Плательщики (налогоплательщики и вкладчики страховых фондов)	Гарантия эффективного, разумного расходования средств в соответствии с ожиданиями	Сжатая сравнительная оценка эффективности Информация о продуктивности и рентабельности Информация о доступности и объективности помощи

Участник	Информационные потребности	Требования к информации
Потребительские организации	Гарантия соответствия контрактов, заключаемых с пациентами, ожиданиям пациентов	Информация о мнении пациентов и уровне их удовлетворенности Информация о деятельности поставщиков медицинских услуг Информация о рентабельности методов лечения
Поставщики медицинских услуг	Мониторинг работы и усовершенствование существующих организаций здравоохранения Оценка местных нужд	Сжатые данные по клинической деятельности Информация о мнении пациентов и уровне их удовлетворенности Информация о доступности и объективности помощи Информация о загруженности службы и времени ожидания
Практикующие врачи	Работа в соответствии с современной практикой Готовность самосовершенствоваться	Информация об используемых подходах и наилучших подходах Информация о критериях деятельности
Пациенты	Возможность выбора при необходимости поставщика медицинских услуг Информация об альтернативных методах лечения	Информация о расположении и качестве учреждений неотложной медицинской помощи Информация о качестве функционирования медицинских учреждений выбора
Общество	Получение гарантий доступности необходимых медицинских служб в будущем Получение отчета от правительства и выборных чиновников	Информация о направлениях деятельности и сравнения эффективности системы здравоохранения на национальном и местном уровнях Информация об эффективности Информация о безопасности

На практике определение оценки эффективности редко связано с четкими задачами пользователей этой информации и ее содержанием. С помощью системы оценки эффективности обычно пытаются довести информацию до различных пользователей, предоставляя, как правило, широкий спектр данных в надежде на то, что какая-то часть собранных данных будет полезна той или иной заинтересованной стороне. Учитывая разнообразие информации, необходимой различным участникам системы здравоохранения, маловероятно, что единый метод представления информации подойдет для всех.

Поэтому должны быть созданы источники данных, которые смогут удовлетворить потребности различных пользователей. Это могут быть данные из одного источника, используемые в различных формах. Основная проблема систем здравоохранения в этом случае заключается в определении нюансов сбора и представления оценочных данных для различных участников без необходимости сбора и анализа новых данных для каждой категории пользователей.

В целом оценка эффективности служит для определения и сообщения степени, в которой различные области здравоохранения достигают намеченных целей. Как правило, эти цели могут быть выражены ограниченным количеством положений, например поддержание здоровья людей системой здравоохранения, соответствие системы общественным предпочтениям, финансовая защита предоставляемых услуг и их эффективность. Поддержание здоровья относится как к исходам лечения, так и к состоянию здоровья населения в целом. Соответствие общественным предпочтениям охватывает аспекты системы здравоохранения, напрямую не связанные с исходами для здоровья, такие как достоинство, общение, независимость, справочная служба, возможность использования общественной поддержки во время лечения, качество работы основных служб и выбор поставщика медицинских услуг. Продуктивность определяется степенью, в которой ресурсы системы здравоохранения используются эффективно. Помимо заботы о достижении результатов по каждому из этих направлений, следует подчеркнуть важность проблем распределения ресурсов, выражающаяся в виде неэквивалентности исходов лечения для здоровья. Табл. 44 содержит наиболее универсальные аспекты оценки эффективности здравоохранения.

Таблица 44. Аспекты оценки эффективности здравоохранения

Область оценки	Описание оценки	Показатели
Общественное здоровье	Оценка сгруппированных данных о здоровье населения	Средняя продолжительность жизни Средний возраст смерти Предотвратимая смертность Потерянные годы здоровой жизни
Индивидуальные исходы для здоровья	Оценка состояния индивидуального здоровья, которая может относиться к оценке здоровья населения в целом или по группам Показатели, относящиеся к практической классифи-	Обобщенные оценки: краткая форма оценки здоровья; специфические оценки в соответствии с заболеванием: шкала оценки влияния артрита на качество жизни;

Область оценки	Описание оценки	Показатели
Клиническое качество и правильность лечения	<p>кации различных состояний здоровья</p> <p>Оценка услуг и ухода, получаемого пациентами для достижения ожидаемого исхода</p> <p>Оценки, используемые для определения применения наилучших практических подходов в лечении и правильности их применения</p>	<p>анкета при болезни Паркинсона</p> <p>Оценки исходов: состояние здоровья; повторная госпитализация после определенных операций и уровни смертности</p> <p>Оценки процесса: частота измерения артериального давления</p>
Соответствие системы здравоохранения общественным предпочтениям	<p>Оценка способа лечения пациентов и условий, в которых это лечение производится</p> <p>Оценки, связанные с вопросами достоинства пациентов, независимости, конфиденциальности, общения, работы справочной службы, общественной поддержки и качества основных удобств</p>	<p>Оценки опыта пациентов</p> <p>Оценки степени удовлетворения пациентов</p>
Объективность	<p>Оценки степени объективности в здравоохранении, доступности, ответственности и финансирования системы здравоохранения</p>	<p>Оценки загруженности</p> <p>Уровень доступности</p> <p>Отношение имеющегося в наличии к потребностям</p> <p>Предельные затраты</p> <p>Детализированные оценки исходов для здоровья</p>
Продуктивность	<p>Оценки продуктивности системы здравоохранения, организаций здравоохранения и отдельных врачей</p>	<p>Производительность труда</p> <p>Оценка рентабельности (для медицинских вмешательств)</p> <p>Техническая эффективность (оценки КПД)</p> <p>Эффективность распределения ресурсов (оцениваемая по готовности платить)</p>

Для различных аспектов здравоохранения прогресс в развитии оценки эффективности и методик сбора данных достигнут в той или иной степени. В некоторых областях показатели эффективности четко определены. Например, показателем состояния общественного здоровья является уровень детской смертности или средняя продолжительность жизни. Тем не менее необходима дальнейшая работа. Особенную слож-

ность в оценке общественного здоровья представляет оценка специфического вклада в здоровье людей собственно системы здравоохранения. Для его определения исследователями разработаны новые инструменты, такие как концепция предотвратимой смертности<sup>88</sup>.

Концепция эффективного охвата также представляет собой важную оценку процесса общественного здравоохранения. В табл. 45 представлены основные преимущества и недостатки использования показателей исходов и процесса, а также области оценки эффективности, в которых они наиболее полезны.

Вклад системы здравоохранения в здоровье человека можно охарактеризовать с помощью клинических исходов для пациентов. Традиционно этот вклад оценивался по смертности после курса лечения, однако такой способ слишком груб. Тем не менее возрастает интерес к более общим оценкам улучшения состояния здоровья пациента, часто в форме изучения мнений пациентов об исходах лечения. Эти методы оценки основаны на простых анкетах о субъективном состоянии здоровья, заполняемых самими пациентами часто до и после лечения. Были разработаны многочисленные методики анкетирования в контексте клинических испытаний. В этих случаях используются подробные анкеты, связанные с определенным состоянием, или обобщенные оценки состояния здоровья.

Выбор наиболее подходящей методики оценки деятельности при проведении мониторинга исходов медицинских вмешательств по прошествии длительного времени или среди поставщиков медицинских услуг — вопрос политики здравоохранения.

Несмотря на то что оценка клинических исходов — это «золотой стандарт» оценки эффективности работы системы здравоохранения, их использование может быть проблематичным. Работа в области соответствия общественным предпочтениям проблематична, поскольку она требует массового анкетирования как пользователей системы здравоохранения, так и людей, не пользующихся ее услугами. Кроме этого, необходимо объединить разные области в удобные обобщенные показатели, что тоже проблематично.

Финансовая защита от чрезмерных трат, связанных с болезнью, — это фундаментальная задача системы здравоохранения. Во многих развитых странах для решения этого вопроса введена система стандартного страхования, но даже при этом

---

<sup>88</sup> Ю. В. Михайлова, Директор ФГУП «Центральный НИИ организации информатизации здравоохранения» РОСЗДРАВА, доктор медицинских наук. «Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России». Федеральный справочник: <http://federal-book.ru/news/analitics/05.03.2010-2.html>



Таблица 45. **Применимость структурных показателей, а также показателей процесса и исходов**

Показатель	Преимущества	Недостатки	Области применения
Исходы	<p>Часто более показательные для участников системы</p> <p>Внимание (и цели здравоохранения) направлено на пациента</p> <p>Поощряет долгосрочные стратегии улучшения здоровья</p> <p>Показателями сложно манипулировать</p>	<p>Могут быть неоднозначными и сложными в интерпретации, поскольку объединяют много факторов, которые сложно разграничить</p> <p>Сбор занимает долгое время</p> <p>Требуется большой объем выборки для получения статистически значимых показателей</p> <p>Могут быть сложными в оценке</p>	<p>Оценка качества однородных манипуляций</p> <p>Оценка качества диагностики однородных состояний с выраженной взаимосвязью между вмешательствами и исходами</p> <p>Оценка качества выполненных медицинских вмешательств различным категориям населения со сходными состояниями</p>
Процесс	<p>Просто измеряемые без основного отклонения или ошибки</p> <p>Более чувствительные к качеству помощи</p> <p>Легче интерпретируются</p> <p>Требуют выборку меньшего объема для получения статистически значимых показателей</p> <p>Часто могут быть получены без усилий</p> <p>Предусматривают четкую схему действий</p> <p>Охватывают области медицинской помощи, оцениваемые пациентами</p>	<p>Часто слишком специфичны, фокусируются на определенном вмешательстве или состоянии</p> <p>Могут быстро устаревать с развитием моделей лечения и технологий</p> <p>Могут иметь малую ценность для пациентов, если они не понимают, как эти показатели соотносятся с исходами</p> <p>Показателями легко манипулировать</p>	<p>Оценка качества медицинской помощи, особенно в случаях, когда технические навыки относительно неважны</p> <p>Оценка качества медицинской помощи при однородных состояниях в различных условиях</p>

существует достаточно много вариантов в оценке финансовой защиты в разных странах и в различные периоды времени. Проблема более остро стоит в странах с низким уровнем эко-

номического развития, где варианты в степени защиты населения (особенно бедного) от чрезмерных трат ярко выражены. Основная задача состоит в снижении среднего уровня расходов на заботу о здоровье, отслеживании долговременных последствий для благосостояния и сбережений населения.

Наконец, продуктивность (и эффективность) — это, вероятно, самая проблематичная область оценки из всех, поскольку она стремится предложить всеобъемлющую схему, связывающую все ресурсы, используемые для оценки эффективности, описанные выше. Необходимость разработки надежных критериев оценки продуктивности очевидна, это ставит перед политиками задачу решить, где ограниченные финансовые ресурсы системы здравоохранения используются наилучшим образом, и определить неэффективно работающих поставщиков медицинских услуг.

## **6.5. Методология расчета эффективности системы здравоохранения**

Различные направления использования системы оценки эффективности требуют применения широкого спектра методов оценки, показателей, аналитических технологий и способов представления данных. Кроме того, различные способы сбора данных, такие как национальные анкеты, индивидуальные анкеты для пациентов, административные базы данных и рутинный сбор клинических данных, необходимы для обобщения разных типов информации. Область оценки при внимательном изучении определит методику сбора данных. Так, при оценке соответствия общественным предпочтениям семейные или индивидуальные анкеты будут наилучшим источником данных об опыте и ожиданиях пациентов. При рассмотрении же специфических клинических исходов клинические записи будут более информативным и рентабельным источником информации. На практике, несмотря на то что в последние годы достигнут значительный прогресс в оценке эффективности, многие системы здравоохранения все еще полагаются на легко доступные данные в оценке эффективности.

Первое требование к любой системе оценки эффективности — разработка четкой концептуальной схемы, в рамках которой могут развиваться методы оценки эффективности. Эта схема должна гарантировать, что все основные сферы системы здравоохранения охвачены системой оценки, что могут быть определены приоритеты в развитии и что усилия по сбору и анализу данных направлены в нужное русло и не дублируются. Основное требование — разработка портфолио инструментов оценки эффективности. Примером служит Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в рамках

Проекта индикаторов здравоохранения, которая стремится объединить набор показателей эффективности, обычных для большого количества национальных схем оценки эффективности.

При изучении методов оценки эффективности при рассмотрении причинных и атрибутивных отклонений необходимо принимать во внимание следующие рекомендации<sup>89</sup>. При изучении и оценке материалов исследований необходимо уделять особое внимание:

- методологии исследования;
- наличие контрольной группы по сопутствующим переменным;
- возможности перенесения результатов исследования с исследуемой группы на более широкую популяцию.

Для обнаружения ключевых путей развития желательных или нежелательных процессов и исходов необходимо проведение проспективного анализа. При этом исследования должны выявлять:

- возможные сопутствующие факторы;
- степень, в которой данные факторы поддаются оценке или могут быть сгруппированы.

Согласно новым рекомендациям по оценке эффективности, при разработке дизайна исследования необходимо принимать во внимание все возможные источники случайных и систематических ошибок в измерениях. Необходимо внедрять процедуры сбора данных, которые в наибольшей степени обеспечивают достоверность и точность данных (как первичных, так и вторичных), используемых в оценке качества.

При оценке взаимоотношений различных оцениваемых факторов и показателей качества необходимо использовать методики коррекции риска. Для группирования данных по различным уровням системы здравоохранения при расчетах необходимо использовать иерархические модели. Также необходимо рассматривать целесообразность использования различных статистических методов, таких как построение тенденций и применение инструментальных переменных.

Даже при использовании наилучших из доступных статистических методов невозможно полностью исключить вероятность причинных и атрибутивных отклонений. При оценке эффективности необходимо постоянно отслеживать и учитывать возможность непреднамеренных ошибок, особенно в тех случаях, когда с определением связаны компенсации и другие средства поощрения.

---

<sup>89</sup> Terris D. D., Aron D. C. Attribution and causality in health care performance measurement. In: Smith P. C. et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press (in press).

Таблица 46. Характеристики хороших показателей эффективности

Этапы	Характеристики показателей
Разработка показателей	Внешняя/содержательная достоверность: степень точности оценки измеряемого фактора Воспроизводимость: степень, в которой показатель остается неизменным при повторном применении метода, с помощью которого он был получен
Применение показателей	Приемлемость: степень, в которой показатель может быть приемлем для тех, кого оценивают, и тех, кто проводит оценку Выполнимость: степень, в которой достоверные, надежные и последовательные данные доступны для сбора Надежность: величина ошибки измерения или степень, в которой данные останутся неизменными в случае их повторного сбора другой организацией Чувствительность к изменениям: степень, в которой показатель способен отражать изменения в области оценки Прогнозируемая достоверность: степень, в которой показатель может быть достаточно точно спрогнозирован

Вопросы, связанные с методологией, возникают при рассмотрении дизайна индивидуальных показателей. Важным здесь становится уровень представления данных об эффективности. Это может быть макроуровень (средняя продолжительность жизни в стране), мезоуровень (уровень постоперационной смертности в больницах) и микроуровень (исходы для здоровья при лечении отдельными врачами). В табл. 46 обобщены некоторые характеристики хороших показателей. Целью было развитие приемлемых, технически выполнимых, достоверных, чувствительных к изменениям и надежных показателей эффективности.

Далее более подробно рассмотрены методологические положения, которые следует принимать во внимание при выборе показателей, их использовании и интерпретации.

**Ответственность и причинность.** Основные вопросы, возникающие при попытке интерпретации многих оценочных данных, следующие: какими причинами обусловлены наблюдаемые показатели эффективности и какие из врачей, организаторов здравоохранения или агентств ответственны за вариации показателей эффективности? Исследования<sup>90</sup> показали, что существуют огромные различия в степени влияния систе-

<sup>90</sup> Hauck K, Rice N, Smith P. The influence of health care organisations on health system performance // Journal of Health Services Research and Policy.— 2003.— Vol. 8(2).— 68—74.

мы здравоохранения на показатели эффективности, от очень выраженного воздействия на оценку соответствия общественным предпочтениям (например, показатель времени ожидания) до незначительного влияния на показатель смертности, который в большей мере зависит от факторов вне системы здравоохранения. Эти вариации следует учитывать при составлении мнения о поставщиках медицинских услуг или других участниках системы здравоохранения. В стратегии, направленной на повышение доступности медицинской помощи и гарантию ответственности, ключевое значение имеет отнесение причин, по которым показатели имеют то или иное значение, на счет конкретного источника (-ов). При использовании статистических методов в оценке причинных взаимоотношений в политике руководства исследователям и политикам следует особенно внимательно относиться к контролю оценочных и атрибутивных отклонений.

**Корректировка по риску** представляет собой широко используемый инструмент для решения проблемы отнесения отклонения к какому-либо источнику. Этот метод позволяет корректировать исходные данные, учитывая различные источники, смешение случаев и факторы окружающей среды, тем самым стремясь к улучшению сравнимости.

Учет риска часто проводится с помощью статистического моделирования в крупных базах данных, получающих информацию от многих поставщиков услуг. В результате расчетов формируются формулы, позволяющие оценивать риск пациента. Также статистические модели могут применяться для оценки ожидаемых исходов для поставщиков услуг, при этом учитывается разнородность пациентов или популяции. После этого фактические исходы сравнивают с расчетными. При учете риска необходимо принимать во внимание следующее<sup>91</sup>:

1) наилучшие модели учета риска создаются при мультидисциплинарном подходе, при взаимодействии клиницистов и статистиков и при участии специалистов в области информационных систем и баз данных;

2) различные условия работы, характеристики пациентов и спецификации данных могут ограничивать возможности использования одной и той же модели в разных странах. Перед применением модели, разработанной в другом учреждении, клиницисты и статистики должны оценить клиническую применимость модели и ее статистическую эффективность.

3) руководители должны быть осторожны при составлении заключений об эффективности на основании моделей учета

---

<sup>91</sup> Iezzoni, L. Risk adjustment for performance measurement. In: Smith P. C. et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press (in press).

риска (таких, как коэффициент смешанной корреляции,  $R_2$  и др.), так как эти показатели не всегда имеют одинаковые прогностические возможности в отношении различных подгрупп;

4) в тех случаях, когда предполагается, что характеристики пациентов влияют на назначаемое лечение, более целесообразным может оказаться использование стратификации риска, а не коррекции риска (или их одновременное применение).

В здравоохранении вариации исходов для здоровья пациентов в значительной мере зависят от возраста, принадлежности к определенному социально-экономическому классу и наличия какой-либо сопутствующей патологии. Те же самые положения необходимо учитывать при сравнении показателей общественного здоровья. В таких случаях при использовании показателей и сравнительных данных обязательно применять методы корректировки по риску. Тогда возникает ключевой вопрос: за что отвечает столь тщательно исследуемый показатель? В краткосрочном плане, например, система здравоохранения имеет дело с эпидемиологическими ситуациями и рисками, которые им сопутствуют. Это требует значительной корректировки по риску при сравнении с другими системами здравоохранения. В долгосрочном плане система здравоохранения должна отвечать за улучшение эпидемиологической ситуации и деятельности, связанной со здоровьем. Тогда корректировка по риску становится менее значимой, поскольку система здравоохранения ответственна за многие факторы, влияющие на оцениваемые исходы.

Со времени первого применения диагностическими группами в США методы корректировки по риску постоянно совершенствовались в течение 40 лет, особенно в отношении корректировки исходов специфических заболеваний или методов лечения. Ключевой проблемой остается качество (особенно полнота) данных, на основании которых производится корректировка по риску, в частности, о наличии сопутствующих заболеваний или осложнений. Фиксация этих данных зависит в итоге от врачей, чья деятельность подвергается оценке, поэтому существует повсеместная угроза сохранности данных, если меры, применяемые к специалистам по результатам сравнительной оценки, слишком строги. Кроме того, большинство методик корректировки по риску все еще совершенствуются, поэтому часто возникает необходимость в подробных качественных клинических комментариях по каким-либо данным, подвергающимся корректировке, поскольку практически в любой схеме есть технические ограничения. Корректировка по риску, однако, практически всегда необходима, если оценка эффективности направлена на защиту доверия к врачу, поэтому очень важно, что методика продолжает совершенствоваться.

Особой проблемой при интерпретации многих оценочных данных является случайная вариация, которая по определению выявляется непостоянно и всегда присутствует в количественных данных. Статистические методы занимают центральное место в определении того, являются ли наблюдаемые вариации эффективности случайными или связаны с вариациями в деятельности участника системы здравоохранения. В качестве стандартного способа измерения доверительный интервал должен быть представлен для всех показателей эффективности. В сфере здравоохранения задача таких методов состоит в своевременном и последовательном выявлении истинных посторонних значений без информации о чрезмерном количестве ложноположительных значений. Это имеет ключевое значение при наблюдении за отдельными врачами или врачебными группами. В связи с этим может возникнуть вопрос: когда отклонение от ожидаемых исходов становится причиной беспокойства и должен вмешаться руководитель? Статистический метод максимального получения информации из данных за определенный период в настоящее время достиг высокого уровня и позволяет руководству вмешиваться более предметно.

**Комбинированные оценки.** Системы здравоохранения — это комплексные организации со множеством аспектов, что усложняет оценку эффективности их работы. Хотя для многих аспектов системы здравоохранения предусмотрены отдельные оценки качества их работы (такие как эффективность, объективность, соответствие общественным предпочтениям, качество, исходы и доступность), однако объем информации по всем отраслям ошеломляет. Перегрузка информацией затрудняет осмысление данных для тех, кто пользуется этой информацией. Из-за этих трудностей возрастает популярность комбинированных показателей. Такие показатели объединяют отдельные показатели эффективности в общий показатель или оценку и часто используются для упорядочения или сравнения эффективности работы разных врачей, организаций или систем, поскольку дают более «крупную» картину и позволяют расширить взгляд на эффективность деятельности.

Но при недостаточной тщательной разработке комплексные показатели могут вводить в заблуждение и приводить к серьезным ошибкам при использовании их в работе или планировании политики здравоохранения. Одна из основных проблем в создании комбинированных показателей состоит в решении, какие показатели в него включать и с каким удельным весом. Поскольку комбинированные показатели служат для всесторонней оценки, они должны включать все аспекты эффективности, даже если их сложно оценить. На практике, однако, часто выбор данных мал и для некоторых компонентов показателя могут быть использованы спорные источники данных.

Таблица 47. Преимущества и недостатки комбинированных показателей

Преимущества	Недостатки
<p>Позволяет шире оценить эффективность системы</p> <p>Выводит эффективность системы в центр политической арены</p> <p>Дает возможность экспертного и международного сравнения эффективности систем здравоохранения</p> <p>Дает политикам на всех уровнях возможность сосредоточиться на областях, где усовершенствования проводятся максимально оперативно, в противоположность отдельным показателям эффективности, работающим постепенно</p> <p>Четко отражает, какие из систем имеют большую эффективность в целом и стремятся к усовершенствованию</p> <p>Может стимулировать улучшение сбора данных и анализа по системам здравоохранения и странам</p>	<p>Могут маскировать неудачи в отдельных областях системы здравоохранения</p> <p>Усложняют определение места с низкой эффективностью, что делает политическое планирование более сложным и менее эффективным</p> <p>Могут приводить к двойному подсчету из-за высокого уровня позитивной корреляции</p> <p>Могут использовать неубедительные данные, стремясь охватить много областей, что может вызывать методологические вопросы</p> <p>Могут делать отдельные оценки спорными и маскировать их из-за агрегации данных</p> <p>Могут игнорировать те аспекты эффективности, которые трудно оценить, что приводит к противоположным поведенческим результатам</p> <p>Могут отражать только отдельные предпочтения при использовании неадекватных методов определения удельного веса каждой из составляющих в процессе разработки комбинированного показателя</p>

Таким образом, для разработки адекватно достоверного показателя требуются навыки.

Основополагающим для комбинированных индикаторов является определение удельного веса (или важности) входящих оценочных показателей. Все доказательства свидетельствуют о том, что существуют огромные вариации значения, которое придают разные люди различным аспектам эффективности, поэтому определение важности каждой составляющей — политическое действие. Это свидетельствует о том, что определение удельного веса составляющих комбинированных показателей требует политической законности в отношении лица, принимающего решение. В связи с этим анализ может лишь проинформировать, но не должен определять важность составляющих. Существует комплекс экономических методов для определения важности показателей, который включает методы для определения готовности платить, для отбора предпочтений пациентов при ранжировании аль-



тернативных сценариев, а также для принятия решения о выборе эксперимента. Эти экономические методы, тем не менее, не нашли широкого применения при создании комбинированных показателей эффективности системы здравоохранения.

Помимо определения эффективности, польза комбинированных показателей состоит в том, что они позволяют разработать оценку продуктивности в целом (или рентабельности) системы здравоохранения.

В частности, комбинированная оценка достижений системы здравоохранения может параллельно оценивать и затраты без необходимости оценивать затраты на отдельный вид деятельности. Это было принципом, лежащим в основе Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения 2000 года. Однако реакция на этот доклад подчеркнула, что многие аспекты разработки комбинированных показателей достижений и продуктивности остаются спорными. Табл. 47 позволяет увидеть преимущества и недостатки использования комбинированных показателей в оценке эффективности системы здравоохранения.

## **6.6. Показатели эффективности реформирования системы здравоохранения**

Для того чтобы определить систему показателей эффективности реформирования системы здравоохранения, сформулируем набор требований к определению измеряемых показателей, которые будут использованы при определении оценки эффективности:

- конкретность: подробное и понятное участникам описание цели и мер по ее достижению;
- измеримость: выбор целевого значения единицы измерения или эталона процесса, при достижении которых цель будет считаться достигнутой;
- достижимость: наличие у участников необходимых ресурсов для достижения цели;
- актуальность: определение действительной необходимости достижения цели и ее связи с деятельностью системы в целом;
- ограниченность во времени: определение периода, по окончании которого целевые параметры должны быть достигнуты.

Основные источники информации о деятельности системы здравоохранения и ее отдельных участников:

- 1) данные медико-статистической отчетности;
- 2) данные опросов населения;
- 3) результаты государственных проверок и проверок, осуществляемых третьей стороной.

**Медико-статистическая отчетность.** Сбор медико-статистической отчетности является наиболее распространенным методом получения информации о деятельности участников здравоохранения. В западных источниках отчетность часто подразделяют на административные и клинические данные.

Под административными данными в этом случае понимаются все документы, предназначенные для управления деятельностью поставщика медицинских услуг и финансирования медицинской помощи. Наиболее распространенным источником административных данных являются счета на оплату медицинской помощи. Типичный счет содержит минимально необходимые идентификационные данные пациента, включая пол и возраст, код диагноза и коды предоставленных услуг, идентификатор поставщика медицинских услуг, в некоторых странах — дополнительные индикаторы, отражающие изменения в стоимости услуг.

К преимуществам использования административных данных при оценке эффективности деятельности относят:

- простоту сбора и обработки данных и, как следствие, низкую стоимость получения информации; поскольку объем административных данных очень велик, именно эта категория информации, как правило, первой переходит в электронную форму;
- наличие единых определений и методики заполнения документации, что позволяет проводить сопоставление данных между различными территориями и поставщиками медицинских услуг;
- большой объем информации, охватывающий значительную часть населения, что гарантирует высокую достоверность полученных данных.

В то же время административные данные могут содержать ошибочные сведения или быть непригодными для анализа, поскольку:

- административные данные используются для оплаты медицинской помощи, поставщики медицинских услуг могут намеренно исказить предоставленные сведения с целью завышения оплаты. Наиболее распространенным примером такого поведения является причисление пациента к более высокооплачиваемой клинико-статистической группе; особенно распространенной эта практика является на начальном этапе перехода к новым методам оплаты медицинской помощи, когда критерии однозначного отнесения диагноза к клинико-статистической группе еще содержат лакуны;
- административные данные, как правило, заполняются непрофессиональными статистиками и, как следствие, могут содержать ошибки, в частности, в кодификации диагнозов;

- административные данные обычно не содержат информации о важных особенностях здоровья пациента: сопутствующих заболеваниях, тяжести течения заболевания, наличии осложнений при лечении.

Под медицинской отчетностью или клиническими данными в международной практике понимаются данные, непосредственно связанные с ведением больного, в первую очередь, история болезни. Преимуществом этого источника данных является максимально доступная полнота и достоверность клинической информации, но в оценке деятельности эта информация используется гораздо реже, поскольку ее использование сопряжено со значительными административными затратами:

- терминология и принципы ведения медицинской отчетности у различных поставщиков медицинской помощи могут отличаться, что ставит под сомнение возможность сопоставления данных;
- получение данных из медицинской отчетности требует участия квалифицированных специалистов;
- несмотря на частичный переход к электронной отчетности, в электронные базы данных медицинскую отчетность зачастую вносят в значительно сокращенном виде и/или с искажением данных.

**Информация, полученная непосредственно от потребителей медицинских услуг.** Основной причиной обращения к этому источнику данных является потребность в оценке восприятия пациентами качества медицинской помощи, включая такие ее аспекты, как уместность, приемлемость и отзывчивость. В более развернутом варианте использования опросы населения также позволяют оценить равенство доступа к медицинской помощи и условия оказания услуг различным группам населения. Для оценки удовлетворенности населения качеством медицинской помощи опросы являются единственным достоверным источником информации.

Вместе с тем использование результатов опросов для оценки качества медицинской помощи требует значительной осторожности:

- несмотря на то что у большинства пациентов отсутствует мотивация к сознательному искажению данных, возможность такого поведения все же существует (например, в случае опроса хронических больных);
- при опросе пациентов велика вероятность случайного искажения данных в силу забывчивости, неправильного понимания медицинской информации, языковых, культурных и других различий, наличия проблем с ментальным здоровьем;
- отмечается, что пациенты склонны к завышению оценки качества медицинской помощи, вызванному низкими ожиданиями. Ряд стран (Австралия, США, Канада и др.)

разработали специализированные методики опроса, включающие самостоятельную оценку пациентом качества услуг, другие страны включают в опросы информирование пациентов об их правах и стандартах оказания услуг;

- для обеспечения достоверности необходим высокий охват населения проведением опросов. В то же время большинство пациентов стремится избежать участия в опросе, поэтому существуют риски отбора мнений специфической, наиболее лояльной категории пациентов.

**Результаты государственных проверок и проверок, осуществляемых третьей стороной.** Государственные проверки в большинстве стран используются для проверки соблюдения требований законодательства к оказанию медицинской помощи, включая соблюдение:

- национальных стандартов оказания медицинской помощи;
- правил эксплуатации медицинской техники и выписки лекарств;
- требований санитарно-гигиенического контроля.

Проверки учреждений здравоохранения могут также включать вопросы обеспечения пожарной безопасности, радиационного контроля, требований к отдельным специфическим процедурам (например, переливанию крови).

Государственные проверки учреждений здравоохранения являются чрезвычайно сильным инструментом воздействия на деятельность поставщиков медицинских услуг, поскольку они напрямую связаны с механизмами принуждения к выполнению требований. В то же время законодательное регулирование таких проверок означает их недостаточную гибкость: внесение изменений в процедуру проверки требует внесения поправок в законодательство. Кроме того, проверяющие органы государственной власти часто не выполняют свои функции в полном объеме:

- проверка может носить формальный характер, ограничиваясь изучением документов организации;
- проверка может быть ориентирована исключительно на выявление, а не предотвращение нарушений (например, при отсутствии обратной связи).

Этих недостатков лишены проверки, производимые третьей стороной, т. е. независимыми организациями. Проверки, производимые третьей стороной, включают в себя программы аккредитации и различные формы экспертных проверок, которые, как правило, осуществляются в рамках профессиональных ассоциаций.

Прохождение аккредитации содержит оценку деятельности организации и является стимулом к совершенствованию, но результаты оценки остаются конфиденциальными и, как след-

ствие, не могут использоваться государственными или муниципальными органами власти и населением при проведении сравнения медицинских организаций.

Основным источником информации о деятельности системы здравоохранения в России является медико-статистическая отчетность, представленная в форме показателей. Основными блоками собираемых данных являются:

1. Демографические показатели и показатели здоровья населения: показатели рождаемости, смертности (общей и по отдельным причинам), заболеваемости (общей и по отдельным причинам), временной нетрудоспособности и др.).

2. Показатели, отражающие деятельность учреждений здравоохранения (число посещений, число оказанных услуг, например прививок, и др.).

3. Показатели материальных и кадровых ресурсов, учреждений здравоохранения (кочный фонд стационаров, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, оснащенность, техническое состояние зданий, состав медицинского персонала).

Значительная часть действующих отчетных форм была утверждена еще во времена СССР и до настоящего времени не пересматривалась. Несоответствие отчетности современной практике деятельности учреждений здравоохранения и задачам органов управления в сфере здравоохранения привели к резкому росту общего объема отчетности (в 1992 году суммарный объем отчетности по основным формам составлял 12 913 графоклеток, в 2010 году — 48 908<sup>92</sup>).

Данные официальной медико-статистической отчетности часто искажаются в силу структурных особенностей системы здравоохранения, проблем организации статистической службы или сознательной подделки отчетности руководством учреждений здравоохранения и органов управления<sup>93</sup>.

Особенности территориальной и социальной структуры системы здравоохранения могут влиять на данные медицинской статистики путем неполной или неточной регистрации заболеваемости. Недостаток медицинских специалистов и диагностического оборудования, меньшая плотность населения и, как следствие, ограничения доступности учреждений здравоохранения приводят к тому, что часть случаев заболеваний не фиксируется или определяется неверно.

---

<sup>92</sup> Огрызко Е. В. Состояние и основные направления реформирования медицинской статистики в Российской Федерации: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук.— М., 2011.

<sup>93</sup> Крашенинникова Ю. А. Медицинская статистика как способ легитимации распределения ресурсов в российской системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления.— 2011.— № 4.— С. 28—42.

Существуют также внутренние причины искажения данных о заболеваемости, которые могут влиять на отчетность независимо от уровня учреждения здравоохранения. Под заболеваемостью населения в действующей системе отчетности понимается число зарегистрированных случаев заболевания среди обратившихся в медицинскую организацию. Как следствие, пациент, обратившийся по поводу одного и того же заболевания несколько раз, может быть учтен как несколько случаев, тогда как пациент, имевший несколько сопутствующих заболеваний, может быть отражен в отчетности только по основному.

Проблема искажения данных, связанная с недостаточным уровнем качества и доступности медицинской помощи, не может быть решена в рамках информационной инфраструктуры, но должна учитываться при анализе данных с высокой вероятностью содержания ошибок.

Другим важным источником искажения данных отчетности является неэффективная практика сбора информации и организации работы статистической службы в учреждениях здравоохранения. Значительная часть клинической отчетности заполняется врачами формально, после завершения приема, часто в сокращенной форме. Перевод клинических данных в показатели отчетности осуществляют непрофессиональные статистические работники, зачастую — средний медицинский персонал, не получивший дополнительной подготовки ни в области статистики, ни в области работы с электронными информационными системами, что приводит к многочисленным произвольным ошибкам в кодификации диагнозов, расчете показателей и вводе показателей в базу данных. Увеличение объема отчетности дополнительно усложняет задачи медицинских статистиков.

Сократить число ошибок этого рода можно за счет принятия следующих мер:

- 1) оптимизации действующей структуры медико-статистической отчетности с исключением дублирующих показателей и форм отчетности, установлением подробного описания показателей, включая общее и операциональное определение показателя, методики расчета значения показателя, используемые единицы измерения, примеры расчета;

- 2) повышения квалификации специалистов, работающих с медико-статистической отчетностью, включая обучение работе с современными электронными информационными системами;

- 3) совершенствования электронных информационных систем здравоохранения, включая определение ответственности пользователей за заполняемые формы и расчетные показатели, переход, где это возможно, от произвольного заполнения полей к выбору из справочников и классификаторов, расши-

рение механизмов автоматической проверки вводимых данных<sup>94</sup>.

Также искажение данных медико-статистической отчетности возможно в результате целенаправленного внесения не соответствующих реальности значений руководством медицинских организаций и органов управления здравоохранением в собственных целях (завышение объемов и стоимости оказанной медицинской помощи, достижение целевых значений качества и доступности медицинской помощи, контрольных показателей оценки деятельности государственных и муниципальных органов власти и т. д.).

Формальным механизмом предотвращения целенаправленного искажения статистических данных является контроль медико-статистической отчетности. Наиболее простыми механизмами проведения проверки данных являются пересчет представленных показателей на единицу (например, территории или населения) и сравнения данных, заявленных организациями или территориями со схожими условиями деятельности. Оценка достоверности медико-статистической отчетности также осуществляется при проведении государственных проверок деятельности медицинских организаций.

Рассмотрев в предыдущем параграфе методологию расчета эффективности системы здравоохранения, далее сформулируем предложения по формированию набора показателей, характеризующих эффективность реформирования системы здравоохранения.

Проблема выбора целей и конкретных целевых показателей в здравоохранении представляет особую сложность в силу разнородности результатов. Это порождает риски выбора слишком большого числа целей или определения всех заявленных целей как равнозначимых, что приводит к потере контроля над системой и снижению мотивационной функции системы оценки.

Общие принципы выбора целей оценки включают в себя:

- ограниченное число показателей, позволяющее держать их на регулярном контроле и не создающее избыточной административной нагрузки на участников оценки;
- включение в оценку только тех целей и показателей, прогресс которых может быть измерен при имеющемся уровне информационной инфраструктуры.

При формировании системы оценки эффективности реформирования необходимо разделять показатели результата и показатели процесса. По умолчанию, приоритет при формировании набора имеют показатели конечного результата дея-

---

<sup>94</sup> М ж е л ь с к и й А. Н. Применение информационных систем в здравоохранении // Врач и информационные технологии.— 2008.— № 2.— С. 33—37.

тельности системы здравоохранения, отражающие улучшение общественного или индивидуального здоровья. В том случае, если показатели результата в какой-то области не могут быть измерены, или изменение результата становится заметным спустя длительный промежуток времени, или результат подтвержден влиянию внешних факторов помимо деятельности системы здравоохранения, корректным решением является использование показателей процесса, отражающих непосредственно объем и качество предоставленных услуг.

Обоснованный выбор конкретных целевых показателей возможен только при условии предварительного определения целей и приоритетов развития системы здравоохранения. Выбранные целевые показатели должны быть согласованы с основными системами оценки, действующими в рамках существующих программ контроля и развития здравоохранения:

- федеральных и региональных целевых программ;
- федерального и регионального законодательства, регулирующего вопросы контроля качества и доступности медицинской помощи, в частности, стандартами оказания медицинской помощи или клиническими рекомендациями (при наличии);
- иными показателями, используемыми при оплате медицинской помощи (в частности, в рамках внедрения фондодержания, оплаты за результат).

Общие требования к целевым показателям включают в себя:

- ясное и однозначное определение показателя, исключая возможность неоднозначной трактовки;
- соответствие задачам государственной политики в сфере здравоохранения и сферам ответственности участников оценки;
- наличие достоверной связи между значением показателя и достижением цели;
- преобладание показателей результата, использование показателей процесса только в тех случаях, где изменения результата носят долгосрочный характер;
- отражение всех типов результативности: медицинской (клинический результат лечения), социальной (здоровье населения), экономической (финансовый результат деятельности). Наибольший удельный вес должен приходиться на медицинскую составляющую качества, далее — социальную (поскольку они определяются не только деятельностью медицинской организации, но и внешними условиями, половозрастными характеристиками, образом жизни пациентов и т. д.) и, наконец, экономическую;
- максимально возможное использование показателей, присутствующих в действующих отчетных формах или рассчитываемых на их основе (необходимо для миними-



зации дополнительной административной нагрузки на участников оценки);

- соответствие возможностям сбора и обработки данных;
- отсутствие внутренней корреляции выбранных показателей.

Полное определение целевого показателя должно включать в себя:

- определение показателя;
- определение трактовок положительного и отрицательного результата (динамики);
- методику расчета значения показателя;
- используемую единицу измерения.

Для сокращения числа ошибок при сборе данных целесообразно дополнить определение показателя:

- обоснованием использования (в том числе установлением связи с целями государственной политики в сфере здравоохранения);
- примером расчета.

При установлении целевых значений показателей дополнительно должны быть определены:

- временной промежуток, в течение которого цель должна быть достигнута;
- орган государственной власти, ответственный за достижение цели.

Определившись с характеристикой показателей, разберем методы сбора и анализа данных с учетом обеспечения качества и достоверности информации. Поскольку наиболее развитой системой сбора и анализа данных в России на сегодня является система медико-статистической отчетности, целесообразно использовать ее ресурсы и методы.

В то же время действующая система медико-статистической отчетности обладает рядом существенных недостатков, негативно влияющих на достоверность собранных данных:

- несоответствие основных отчетных форм потребностям государственной политики в сфере здравоохранения приводит к росту объема отчетности за счет введения дополнительных форм на уровне системы ОМС, региональных органов управления в сфере здравоохранения, отдельных программ развития здравоохранения;
- отсутствие полноценного описания используемых статистических показателей создает риски различной трактовки показателей отдельными регионами и учреждениями;
- отсутствие единой базы данных, что создает риски повторного учета случаев (например, пациент, обратившийся в несколько разных учреждений с одним и тем же случаем травмы или заболевания, будет учтен в их статистике как несколько отдельных случаев) и увеличивает общий объем отчетности;

- низкая квалификация персонала, работающего при заполнении отчетности, и перегрузка его объемом работы;
- недостаточность автоматизации и формальных проверок вводимых данных;
- недостаточный контроль за целенаправленным искажением медико-статистической отчетности руководством отдельных учреждений здравоохранения и государственных органов.

Таким образом, приоритетные задачи реформирования системы сбора и анализа данных в сфере здравоохранения включают в себя:

1) приведение системы отчетных форм в соответствие с задачами государственной политики в сфере здравоохранения, практикой деятельности учреждений здравоохранения, международными стандартами статистической отчетности;

2) разработку описаний используемых показателей с учетом практики сбора данных и наиболее частых ошибок при сдаче отчетности;

3) повышение квалификации персонала, работающего в системе медицинской статистики, передача функций по заполнению отчетности статистическим кабинетам и медицинским информационно-аналитическим центрам;

4) совершенствование информационных систем в здравоохранении (создание систем автоматического контроля и предупреждения ошибок, переход к единой базе данных медицинской статистики, доступной для всех основных организаторов здравоохранения, ориентация информационных систем на реальный уровень подготовки пользователей);

5) усиление контроля за рисками целенаправленного искажения статистических данных (сопоставление данных, представленных схожими организациями/территориями, проведение выборочных экспертных проверок).

Вторым по значимости методом сбора данных в системе здравоохранения остаются социологические опросы об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Основными мерами совершенствования этого инструмента являются:

- формирование единой методики проведения социологических опросов (включая единый перечень вопросов);
- передача функций по проведению социологического опроса населения специализированным организациям;
- расширение стандартного перечня вопросов в соответствии с современной трактовкой качества медицинской помощи, включая такие аспекты качества, как уместность, своевременность, приемлемость, отзывчивость и др.

Реализация механизма оценки технологий в здравоохранении требует создания специализированного органа или наде-

ления соответствующими функциями структурных подразделений действующих научных организаций.

Институализация на региональном уровне представляется одним из перспективных вариантов внедрения оценки технологий в РФ, что корреспондируется с опытом ряда крупных зарубежных стран (Канада, Испания, Великобритания). Оптимальными вариантами при этом являются либо формирование новой организации, ответственной за оценку технологий в здравоохранении, либо наделение функциями оценки технологий одной из существующих организаций, подведомственных органу управления здравоохранением субъекта Федерации.

Результаты оценки технологий в сфере здравоохранения в условиях реформирования должны использоваться для исключения из практики устаревших, неэффективных, небезопасных и продвижения, напротив, наиболее эффективных и безопасных методов. В этих целях необходимо проведение комплекса мероприятий, таких как:

- распространение отчетов по оценке технологий в здравоохранении среди медицинского сообщества и населения в целом (в последнем случае — в упрощенном общедоступном виде),
- включение в программы подготовки медицинских работников и управленческих кадров в здравоохранении вопросов клинической эпидемиологии, доказательной медицины, клинико-экономического анализа и методологии оценки технологий,
- разработку перечней лекарственных препаратов, клинических руководств/рекомендаций и индикаторов качества медицинской помощи на основе оценки технологий,
- использование оценки технологий для актуализации тарифов на оказание медицинской помощи.

Для снижения цен на лекарства и медицинские изделия, кроме собственно оценки технологий в здравоохранении (которая покажет, обладает ли новое лекарство или изделие значимыми преимуществами перед альтернативами, уже используемыми в практике), необходимо внедрение усовершенствованной методики регулирования цен на лекарства и медицинские изделия на основе установления референтных цен на международное непатентованное наименование лекарственного средства и переговорного ценообразования.

Усовершенствованная методика должна включать в себя следующие ключевые изменения системы регулирования цен на лекарства и изделия:

- переход к регистрации цены на лекарственные препараты по референтной цене (международному непатентованному наименованию);
- переговорное ценообразование на лекарственные препараты, не имеющие аналогов);

- расширение регулирования цен на все лекарственные препараты, финансируемые за счет средств системы здравоохранения (по референтной цене);
- ограничение финансирования лекарственных препаратов за счет средств системы здравоохранения пределом референтной цены;
- законодательное обеспечение возможности долевой оплаты пациентом лекарственных препаратов (в размере превышения референтной цены).

Переход к регулированию ценообразования на лекарственные препараты на основе референтной цены позволит значительно снизить расходы системы здравоохранения на лекарственное обеспечение. Высвобождение средств позволит расширить охват населения лекарственным обеспечением и в конечном итоге улучшит показатели здоровья населения.

Возможность выполнения стимулирующей функции оценки в отношении медицинских и страховых медицинских организаций сформирована приказом Федерального фонда<sup>95</sup>. В то же время окончательное решение о стимулирующих выплатах остается за территориальными фондами ОМС, которые в большинстве случаев предпочитают не рисковать средствами нормированного страхового запаса. Перспективными механизмами стимулирования также являются привязка к оценке деятельности премиального фонда руководства учреждений здравоохранения и включение целевых показателей в систему оплаты труда.

Определение медицинских организаций, подлежащих стимулированию в той или иной форме, может происходить по достигнутому уровню оценки, динамике оценки или их сочетанию. Последний вариант является наиболее целесообразным в условиях значительной разницы начальных позиций участников оценки.

Открытая публикация результатов оценки также оказывает стимулирующее влияние на запуск внутриорганизационных процессов совершенствования качества услуг. Эта функция оценки может быть значительно усилена созданием механизмов взаимодействия оцениваемой организации и органа, осуществляющего оценку, в том числе проведения консультаций по выявленным проблемам. При этом в целях минимизации риска появления новых проблемных зон необходимо сохранять контроль качества услуг в областях, не включенных в оценку эффективности.

При ориентации оценки на обеспечение права граждан на информированный выбор, в соответствии с федеральными за-

---

<sup>95</sup> Приказ ФОМС № 227 от 1 декабря 2010 года «Об использовании средств нормированного страхового запаса».

конами от 29 октября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимо уделить особое внимание доступности информации (СМИ, Интернет, информационные уголки непосредственно в медицинских и страховых медицинских организациях) и представлению данных в форме, понятной для потребителя.

При предназначении данных оценки для организаторов здравоохранения необходимо обеспечить доступность информации для всех государственных органов, принимающих участие в формировании и реализации государственной политики в сфере здравоохранения и охраны здоровья населения.

Исследование основных методологических подходов к определению эффективности и результативности реформирования системы здравоохранения показывает, что принятая в российской практике модель эффективности не соответствует современным социальным стандартам. Российская модель характеризуется «узким» определением качества медицинской помощи, включающим лишь два основных компонента: медицинскую результативность и своевременность оказания медицинской помощи. Понятия эффективности и результативности в законодательстве об основах охраны здоровья граждан не установлены. Преобладающей методикой оценки эффективности служит сравнение показателей качества с показателями за прошлые периоды; методики, основанные на определении предела производственных возможностей, на практике не используются.

Существуют также проблемы с использованием вспомогательных механизмов оценки: сбором информации для анализа и реализацией результатов оценки. Действующая информационная инфраструктура содержит многочисленные «провалы», приводящие к искажению или неполноте данных о деятельности системы здравоохранения. Не создана институциональная основа для осуществления оценки технологий в здравоохранении, соответствующей современным международным стандартам. Оценка деятельности национальной системы здравоохранения проводится формально, путем анализа динамики отдельных показателей на государственном уровне, без расчета интегральной оценки и сопоставления с данными иных стран. Результаты большинства действующих методик оценки предоставляются только профильному контролирующему органу государственной власти, положения о публикации результатов оценки и оказании консультационной поддержки оцениваемой организации отсутствуют.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

Анализ динамики изменения социально-экономических, отраслевых, демографических, социологических, организационных показателей, характеризующих реформирование здравоохранения в России, показал, что до сих пор не создана объективная система оценки результатов реформы отрасли. Существующие проблемы так и не решены, а произошедшие количественные изменения в большинстве случаев не значительны. В связи с этим сделан вывод, что предпринимаемые меры, ориентированные на краткосрочные цели и решение локальных проблем, не позволяют заметно изменить ситуацию в развернутом временном периоде.

В разные периоды времени проведены социологические оценки эффективности функционирования отечественной здравоохранения и отношение населения к реформе отрасли (2008—2014 годы). В четырех выборка составила по 1600 респондентов (всего 6300 респондентов), в исследовании отношения населения к российскому здравоохранению в регионах России и по России в целом принимало участие 5000 респондентов. В результате опроса установлено, что абсолютное большинство населения не замечает изменений в качестве оказываемой медицинской помощи; применяемых инновационных подходах; квалификации персонала, точнее в базовых принципах реформы здравоохранения. По мнению населения, основными причинами неудовлетворенности положения дел в российском здравоохранения и негативном отношении к результатам реформирования системы можно отметить: низкий уровень финансирования здравоохранения, небольшие заработные платы медицинского персонала (19%); низкий уровень квалификации персонала и качества лечения (15%); бесплатность медицины, доступность лечения (12%); коррупция, вымогательство оплаты за медицинские услуги по системе ОМС (10%); низкий уровень менеджмента медицинских организаций (5%).

Проведен анализ и обобщены современные подходы к организации процесса реформирования здравоохранения. Выявлены базовые институциональные элементы национальных систем здравоохранения различных стран мира. Определены основные принципы их реформирования и оценки результа-

тов. Доказано, что в России так и не сформирована организационная структура национальной системы здравоохранения, в силу того что отсутствуют некоторые институциональные единицы. Например, отсутствует научно-технологическое прогнозирование развития отрасли, а стратегическое планирование предопределяется необходимостью отклика системы на текущие проблемы.

Выявлены юридические «лакуны», оказывающие негативное влияние на эффективность реформирования системы здравоохранения в стране. Автором доказано, что при формировании стратегии развития системы здравоохранения используются только статистические данные по демографии и заболеваемости населения страны, ресурсной обеспеченности организаций. В диссертационном исследовании предложено инициировать внесение изменений в Федеральный закон о государственном стратегическом планировании; актуализировать постановление Правительства Российской Федерации от 4 января 1999 года № 1 «О прогнозе развития государственного сектора экономики Российской Федерации», а также принять на уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации нормативный акт о методических рекомендациях по разработке, реализации и оценке эффективности стратегий реформирования национальной системы здравоохранения».

Сформулированы и обоснованы элементы системы планирования и научно-технологического прогнозирования как основы проведения реформ в здравоохранении. Предложено достроить ее институциональным элементом в виде Национальной лаборатории общественного здоровья. Такая лаборатория будет объединять ведущие научные медицинские организации на основе проектного консорциума. Основная задача лаборатории — разработать устойчивый международный профиль исследований по экономике здоровья и обеспечить долгосрочный прогноз развития здравоохранения с учетом «больших вызовов» для страны, глобальных трендов, особенность системы российского здравоохранения. Тем самым будет сформирована основа для разработки научно обоснованной, взвешенной программы развития здравоохранения в России, разработаны механизмы реформирования отрасли и получения запланированных результатов.

Разработана модель управления здравоохранением на основе методов долгосрочного прогнозирования и стратегического планирования и взаимосвязи с социально-экономическим развитием страны в условиях глобализации, которая включает описание уровней управления и механизмов в части прогнозирования, диагностики и выявления долгосрочных проблем; стратегическое планирование; формирование дорожной карты реформирования; финансирование; кадровое обеспечение; институциональная структура; управление рис-

ками; глобальные информационные базы данных; инновационные технологии для повышения производительности труда работников здравоохранения; межведомственное взаимодействие и популяризация результатов; мониторинг и оценка удовлетворенности населения; управление эффективностью реформы.

Разработана система показателей эффективности реформирования системы здравоохранения, включающая: оценку баланса между прогнозными характеристиками развития системы здравоохранения и существующими устойчивыми проблемами; долю достигнутых целевых индикаторов развития системы здравоохранения; оценку эффективности управления системой здравоохранения; индикаторы соответствия глобальным индикаторам здоровья населения; интегральный показатель оценки всеобщего охвата медицинской помощью населения; удовлетворенность населения результатами реформирования системы здравоохранения; удовлетворенность профессионального сообщества реформированием системы здравоохранения; динамику повышения производительности труда медицинских работников; долю используемых инновационных технологий и методов лечения при оказании медицинской помощи населению. Также разработаны предложения по алгоритму проведения мониторинга эффективности реформирования систем здравоохранения.

В качестве системных мер по реформированию отечественного здравоохранения подготовлены рекомендации для органов государственной власти.

Правительству Российской Федерации — определить прогноз развития системы здравоохранения отраслевым документом стратегического планирования. Уточнить участников стратегического планирования и их полномочия. Внести изменения и дополнения в законодательные и нормативно-правовые акты Российской Федерации в части стратегического планирования.

Министерству здравоохранения РФ — разработать и принять приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации о методических рекомендациях по разработке, реализации и оценке эффективности стратегий реформирования системы здравоохранения».

Министерству здравоохранения РФ — создать межведомственный консорциум научных медицинских организаций «Национальная лаборатория общественного здоровья» в интересах разработки прогноза реформирования системы здравоохранения России; мониторинга общественного здоровья страны и выработки научно обоснованных приоритетов развития здравоохранения с учетом социально-экономической ситуации в стране, трендов научно-технологического развития; участия в межстрановых исследованиях по развитию сис-



темы здравоохранения и определению глобальных трендов в медицине.

Министерству здравоохранения РФ — внедрить систему оценки эффективности реформирования системы здравоохранения с учетом авторской системы показателей. Разработанная система ключевых показателей оценки эффективности реформирования системы здравоохранения может использоваться при оценке эффективности здравоохранения любого иерархического уровня. Для оценки эффективности принятых управленческих решений по реформированию системы здравоохранения следует проводить регулярные социологические исследования, направленные на изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и оценки уровня информирования и одобрения проводимых реформ.

Образовательным организациям, осуществляющим профессиональную переподготовку и повышение квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», рекомендовать включать в структуру курсов повышения квалификации результаты исследования.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

---

1. *Австралийский* институт здравоохранения (<http://www.aihw.gov.au>).
2. *Акимова Е. И., Большаков А. М., Гундаров И. А. и др.* Деятельность центров здоровья в системе индивидуальной профилактики избыточной смертности населения трудоспособного возраста: Учебное пособие для врачей.— М., 2012.
3. *Александрова О. Ю., Лакунин К. Ю., Тимошенкова Т. В.* Медико-правовой анализ медицинской помощи, вызвавшей неудовлетворенность пациентов // Экономика здравоохранения.— 2007.— № 5.— С. 46—51.
4. *Американская* больничная ассоциация (<http://www.aha.org/>).
5. *Американская* национальное исследование по амбулаторному лечению (<http://www.cdc.gov/nchs/ahcd.htm>).
6. *Американский* журнал «Управление в здравоохранении» ([http://ache.org/pubs/jhm/jhm\\_index.cfm](http://ache.org/pubs/jhm/jhm_index.cfm)).
7. *Английская* комиссия по контролю качества предоставления услуг здравоохранения (<http://www.cqc.org.uk/>).
8. *Английский* информационный центр по охране здоровья и социальной помощи (<http://www.hscic.gov.uk/home>).
9. *Антонова Н. Л.* Качество медицинского обслуживания в системе ОМС. [http://www.famous-scientists.ru/list/11\\_999](http://www.famous-scientists.ru/list/11_999)
10. *Апанасенко Г. Л.* Эволюция биоэнергетики и здоровье человека.— СПб.: Петрополис, 1992, 138 с.
11. *Апанасенко Г. Л.* Эпидемия хронических неинфекционных заболеваний: стратегия выживания.— Saarbrucken: Lambert Acad. Publ., 2014.— 260 p.
12. *Апанасенко Г. Л., Гаврилюк В. А.* Биологическая деградация Homo Sapiens: пути противодействия.— Saarbrucken: Palmarium acad. Publ., 2014.— 102 с.
13. *Апанасенко Г. Л., Науменко Р. Г.* Соматическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида // Теория и практика физической культуры.— 1988.— № 4.— С. 29—31.
14. *База данных DecisionResources* по анализу мировой биофармацевтической индустрии (<http://www.decisionresources.com/>).
15. *База данных Департамента ООН по народонаселению* (<http://data.un.org/>).
16. *Баранов И. Н.* Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг [Электронный ресурс].— URL: <http://www.seinstitute.ru/Files/Z6-p207—241.pdf> (дата обращения 01.02.2016).
17. *Баранов И. Н., Скляр Т. М.* Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличении равенства доступности услуг здравоохранения (на при-

- мере Санкт-Петербурга) // Социальная политика: реалии XXI века.— М., 2004.— Вып. 2.— С. 349—380.
18. *Бесстремянная Г. Е., Шишкин С. В.* Доступность медицинской помощи // Доходы и услуги: неравенство, уязвимость, бедность / Г. Е. Бесстремянная, А. Я. Бурдяк и др.; рук. авт. колл. Л. Н. Овчарова. Независимый институт социальной политики. М.: Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2005.— С. 141—167 (<http://www.socpol.ru/publications/book1.shtml>).
  19. *Бесстремянная Г. Е., Шишкин С. В., Шилова Л. и др.* Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет.— М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2004.
  20. *Бойков В. Э.* Расходы на медицину: социологический аспект // Социс.— 1999.— № 5.— С. 105—107.
  21. *Бойцов С. А., Вылегжанин С. В., Гилева Ф. А. и др.* Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения // Профилактическая медицина.— 2013.— № 2 (16).— С. 3—12.
  22. *Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М. и др.* Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации.— Изд. 2-е, с доп. и уточ.— М., 2013.— 83 с.
  23. *Бондаренко Н., Красильникова М., Шишкин С.* Представления населения о равенстве доступа к медицинскому обслуживанию (Опубликовано в журнале «Вестник общественного мнения», 2007, № 6, с. 36—44). <http://demoscope.ru/weekly/2008/0321/analit03.php>
  24. *Булич Э. Г., Муравов И. В.* Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции.— Киев, 2003.
  25. *Вартанян Ф. Е., Степанова Н. И., Владимирова Л. И.* Здравоохранение и здоровье населения Швеции // Сов. здравоохранение.— 1987.— № 7.— С. 47—51.
  26. *Вассерман Б. А.* Социальный портрет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение // Экономика здравоохранения.— 2001.— № 11—12.
  27. *Винокурова А. М.* Институциональные изменения в сфере здравоохранения // Институциональные изменения в сфере социально значимых услуг / Т. Д. Бурменко [и др.].— Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2013.— С. 131—142.
  28. *Всемирная организация здравоохранения* ([http://www.WHO\[51\].int/ru/](http://www.WHO[51].int/ru/)).
  29. *Всемирный банк (2015) World Development Indicators: Health systems*, <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>
  30. *ВЦИОМ: Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения* Пресс-выпуск № 563 (2006 г.), ссылка на источник: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=3493>
  31. *ВЦИОМ: Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения*: [http://wciom.ru/zh/print\\_q.php?s\\_id=583&q\\_id=41920&date=21.12.2008](http://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=583&q_id=41920&date=21.12.2008)
  32. *Гасанова А. З.* Диспансеризация населения. Изучение мнения работающего населения об организации и качестве диспансеризации. // Здравоохранение Российской Федерации.— 2011.— № 6.— С. 23—25.
  33. *Гата А. С., Пантелеева Е. В.* Основные направления реализации

- государственной политики в области здравоохранения // Здравоохранение.— 2012.— № 10.— С. 16—34.
34. *Генеральный* медицинский совет Великобритании (<http://www.gmc-uk.org/>).
  35. *Годовой* отчет за 2013 год Medscape — веб-ресурса для врачей и других специалистов в области здравоохранения (<http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2013/public>).
  36. *Государственный* доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 г. [Электронный ресурс].— URL: <http://www.gosminzdrav.ru/> (дата обращения 10.12.2015).
  37. *Государственный* доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 г. [Электронный ресурс].— URL: <http://www.gosminzdrav.ru/> (дата обращения 20.12.2015).
  38. *Гражданский* кодекс Российской Федерации.— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс] URL: <http://base.consultant.ru/>
  39. *Григорьева Н. С., Чубарова Т. В.* Современное здравоохранение: политика, экономика, управление.— М., 2013.
  40. *Губина Н. А.* Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: Дисс. ... к.э.н.— СПб., 2009.— С. 27.
  41. *Гундаров И. А., Алиева А. А., Абирова Э. С. и др.* Связь показателей тонуса сосудов головы со смертностью в длительном проспективном наблюдении // *Функциональная диагностика*.— 2005.— № 2.— С. 19—22.
  42. *Гундаров И. А., Оганов Р. Г., Жуковский Г. С., Деев А. Д.* Моделирование тонуса сосудов головы и его значение для прогнозирования смертности в популяционных исследованиях // *Тер. архив*.— 1990.— № 8.— С. 119—124.
  43. *Гундаров И. А., Полесский В. А., Запорожченко В. Г.* Смертность в программах многофакторной профилактики ишемической болезни сердца. // *Здравоохранение Российской Федерации*.— 2013.— № 3.— С. 6—12.
  44. *Гурович И. Я., Любов Е. Б., Шмуклер А. Б.* Социально-экономические аспекты психиатрической помощи за рубежом.— М., 1990.— 75 с.
  45. *Гусева С. Л.* Модели финансирования здравоохранения.— М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2012.— 43 с.
  46. *Даль В.* Толковый словарь живого великорусского языка.— Т. 2.— М., 1995.
  47. *Данные* Национальной службы здравоохранения Великобритании по качеству работы учреждений здравоохранения, 2012—13, 29 октября 2013 ([http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12\\_262](http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12_262)).
  48. *Демин А. К.* Особенности финансирования и управления сферой охраны здоровья населения в некоторых экономически развитых странах // *МРЖ*. Разд. 16.— 1991.— № 1—6.— С. 25—29.
  49. *Департамент* финансов города Москвы (<http://findep.mos.ru/>).
  50. *Десять лет советской медицины*.— М., 1928.
  51. *Доклад* Всемирной организации здравоохранения о глобальном бремени болезней ([http://www.WHO.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/ru/](http://www.WHO.int/topics/global_burden_of_disease/ru/)).
  52. *Доклад* о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ: <http://www.gosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-program>

my-gosudarstvennyh-garantiybesplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoj-pomoschi-v-2013-godu

53. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г. [Электронный ресурс].— URL: <http://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения 11.12.2015).
54. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации: <http://www.rosminzdrav.ru>
55. Дом сестринского ухода AWR-Heimzeitung (<http://www.awr-nuernberg.de/aktuelles/heimzeitung.html>).
56. Донорство органов: проблемы и перспективы развития в России.
57. Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех»: [http://data.eu-go.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.eu-go.who.int/hfad/b/shell_ru.html)
58. Ежегодник ВОЗ «Всемирная статистика здравоохранения» за 2008 г. (статистическая информационная система ВОЗ).
59. Ежегодный мониторинг средств, выделенных из федерального бюджета на финансирование НИОКР (в том числе по приоритетным направлениям инновационного развития России): <http://ac.gov.ru/files/attachment/4879.pdf>
60. ЕМИАС (<http://stat.emias.info/>).
61. Ефремова Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразующий. — Т. 2: П—Я. — 2-е изд.; стереотип. — М., 2001.
62. Журнал JAMA Internal Medicine (<http://archinte.jamanetwork.com/journal.aspx>).
63. Закон города Москвы от 18 декабря 2013 года № 70 «О бюджете города Москвы на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов».
64. Закон РСФСР от 28.06.1991 г. № 1499—1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР». [Электронный ресурс] // Информационный портал СПС Консультант Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/>
65. Закон РСФСР от 29.07.1971 г. «О здравоохранении». — утратил силу. — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
66. Закон РФ от 02.04.1993 г. № 4741-1 «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР от 28.06.1991 г. № 1499—1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР». [Электронный ресурс] // Информационный портал СПС Консультант Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/>
67. Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185—1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
68. Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300—1 (ред. от 13.07.2015) «О защите прав потребителей». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс] URL: <http://base.consultant.ru/>
69. Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300—1 «О защите прав потребителей». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>

70. Закон СССР от 19.12.1969 г. «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» — утратил силу. — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
71. *Здоровье* россиян и реформа здравоохранения [http://www.isras.ru/analytical\\_report\\_SocialPolicy\\_6.html](http://www.isras.ru/analytical_report_SocialPolicy_6.html)
72. *Здоровье-21*. Здоровье для всех в 21 веке. ВОЗ. [Интернет]. URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf)
73. *Здравоохранение* и расширение Европейского союза. Серия публикаций Европейской обсерватории по системам здравоохранения. 2006.
74. *Зубец А. Н.* Частное финансирование здравоохранения в России // Журнал «Финансы». — 2014. — № 2. — С. 56—58.
75. *Иванюшкина А. А., Ковалева И. П.* Предпосылки развития платных медицинских услуг в России // Актуальные вопросы экономических наук. — 2012. — № 24 (2). — С. 152—156.
76. *Институт Роберта Коха* ([http://www.rki.de/DE/Home/homepage\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html)).
77. *Интервью* вице-мэра Москвы по социальным вопросам Л. Печатникова на радио «Эхо Москвы», эфир 31.03.2014 г.
78. *Информационный портал «Открытый бюджет»* (<http://budget.mos.ru/>).
79. *Информационный портал Федерального фонда обязательного медицинского страхования* [Электронный ресурс] // URL: <http://oga.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about>
80. *Исследование* английского информационного центра по охране здоровья и социальной помощи за 2013 год о загруженности работы терапевтов (<http://www.hscic.gov.uk/workforce>).
81. *Итоги реализации* в 2013 году Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы» ([http://www.mos.ru/authority/activity/healthcare/?id\\_14=28526](http://www.mos.ru/authority/activity/healthcare/?id_14=28526)).
82. *Кадыров Ф. К.* Термины: Медицинская помощь, работа и услуга в медицине. Официальный сайт Компании «ПравоМедь» — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.pravomedurfo.ru/index.php?main=med\\_organ&id=100016](http://www.pravomedurfo.ru/index.php?main=med_organ&id=100016) (дата обращения: 01.06.2015).
83. *Калашников К. Н.* Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография / К. Н. Калашников, А. А. Шабунова, М. Д. Дуганов. — Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. — 153 с.
84. *Калининская А. А., Дзугаев А. К., Воробьев М. В.* Оценка медико-демографической ситуации, медико-социальных факторов и организации медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса) 2011. — <http://vestnik.mednet.ru/content/view/371/30/lang,ru/>
85. *Каменев Л. В.* Стратегия развития частной медицины в России // Тезисы выступлений делегатов на российском учредительном съезде врачей частной практики. — Самара, 2001.
86. *Канадское общество* по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями ([http://www.heartandstroke.com/site/c.ikIQLcMWJtE/b.2796497/k.F922/Heart\\_Disease\\_Stroke\\_and\\_Healthy\\_Living.htm](http://www.heartandstroke.com/site/c.ikIQLcMWJtE/b.2796497/k.F922/Heart_Disease_Stroke_and_Healthy_Living.htm)).

87. *Князюк Н. Ф.* Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций / Н. Ф. Князюк, И. С. Кицул.— М.: Изд. дом «Менеджер здравоохранения», 2013.— 312 с.
88. *Ковалева И. П.* Обобщенная характеристика рынка медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук.— Новосибирск: ЦРНС, 2015.— № 44.— С. 149—159.
89. *Ковалева И. П.* Развитие здравоохранения России: исторический аспект // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд.— 2015.— № 31.— С. 125—131.
90. *Ковалева И. П.* Развитие региональной системы медицинских услуг на основе межфирменной интеграции и государственно-частного партнерства: Дисс. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Адыгейский государственный университет. Майкоп, 2013.— С. 54.
91. *Ковалева И. П.* Финансовые, экономические и социальные аспекты развития здравоохранения в условиях сжатия // Новая наука: стратегии и вектор развития: Международное научное периодическое издание по итогам Международной научно-практической конференции (19 ноября 2015 г., г. Стерлитамак).— Ч. 1.— Стерлитамак: РИЦ АМИ, 2015.— С.130—136.
92. *Ковалева И. П.* Эволюция теоретических взглядов на содержание и социально-экономические функции медицинских услуг // Актуальные проблемы экономики и управления в социальной сфере: Сб. трудов.— Москва: АТИСО, 2015.— С. 42—50.
93. *Колоколов Г. Р.* Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность. М.: ЮРАЙТ, 2007.— 173 с.
94. *Комаров Ю. М.* Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? — [Электронный ресурс].— Режим доступа: <http://healtheconomics.ru/item/2229-что-оказывают-медицинские-учреждения-медицинскую-помощь-или-медицинские-услуги/> (дата обращения: 03.06.2015).
95. *Консолидированные* данные по лечению патологий в Англии (<http://www.evidence.nhs.uk/search?q=consolidation%20of%20pathology%20services>).
96. *Конституция РФ.*— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс] URL: <http://base.consultant.ru/>
97. *Консультант Плюс* — [Электронный ресурс].— Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_176374/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_176374/) (дата обращения: 05.06.2015).
98. *Коробкова О. К.* Экономическая трактовка понятия «медицинская услуга» // Экономическая теория.— 2010.— № 9 (70).— С. 65—68.
99. *Королевский независимый благотворительный фонд* (<http://www.kingsfund.org.uk/about-us>).
100. *Котлер Ф., Келлер К. Л.* Маркетинг менеджмент: Пер. с англ.— 12-е изд.— СПб., 2009.
101. *Котова Г. Н.* Потребность городского населения в амбулаторно-поликлинической помощи //Здравоохранение Российской Федерации.— 2001.— № 6.— С. 11—13.
102. *Крашенинникова Ю. А.* Медицинская статистика как способ легитимации распределения ресурсов в российской системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления.— 2011.— № 4.— С. 28—42.

103. *Кудрявцева А.* Реформа системы здравоохранения оказалась неэффективной. Официальный сайт «Комсомольская правда», 14.04.2015 г. <http://www.kp.ru/>
104. *Куницкая С. В.* К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fminzdrav.gov.by%2Fdadvfiles%2F000\\_578\\_816346\\_St4\\_2006\\_3.doc](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fminzdrav.gov.by%2Fdadvfiles%2F000_578_816346_St4_2006_3.doc)
105. *Левада-центр.* Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения (2012 г.). <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2012>
106. *Левада-центр.* Оценка динамики изменений в сфере здравоохранения (2012 г.). <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2012>
107. *Левада-центр:* донорство и пересадка органов в общественном мнении россиян (2013 г.). [www.levada.ru/sites/default/files/otchet\\_donorstvo\\_organov\\_v\\_rossii\\_levada-centr.pdf](http://www.levada.ru/sites/default/files/otchet_donorstvo_organov_v_rossii_levada-centr.pdf)
108. *Левада-центр:* отечественное здравоохранение в российском общественном мнении. <http://www.levada.ru/26-08-2008/otchestvennoe-zdravookhranenie-v-rossiiskom-obshchestvennom-mnenii>
109. *Левада-центр:* уровень удовлетворения системой здравоохранения (2012 г.). <http://www.levada.ru/print/15-10-2012/otchestvennaya-sistema-zdravookhraneniya-rossiyan-ne-ustraiyaet>
110. *Левада-центр:* уровень удовлетворения системой здравоохранения (2013 г.). <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2013>
111. *Левада-центр:* уровень удовлетворения системой здравоохранения (2013 г.). <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2013>
112. *Левада-центр:* уровень удовлетворения системой здравоохранения. <http://demoscope.ru/weekly/2007/0297/opros01.php>
113. *Линденбраден А. Л.* Актуальные проблемы финансирования здравоохранения. <http://bujet.ru/article/40147.php>
114. *Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение.— М., 2002.— С. 398—399.
115. *Маркес П.* Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения. [http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public\\_Spending\\_report\\_ru.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf)
116. *Медик В. А., Юрьев В. К.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.— 288 с.
117. *Медицинские услуги* — Словарь финансовых и юридических терминов [Электронный ресурс].— Режим доступа: [http://www.consultant.ru/law/ref/ju\\_dict/word/medicinskie\\_uslugi/](http://www.consultant.ru/law/ref/ju_dict/word/medicinskie_uslugi/) (дата обращения: 04.06.2015).
118. *Международная Ассоциация Лечения Диабета* (<http://www.idf.org>).
119. *Международное агентство по предоставлению данных Business Monitor International* (<http://www.businessmonitor.com/>).
120. *Методические рекомендации МЗ РФ № 2002/92* (2002 год) «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс] URL: <http://base.consultant.ru/>
121. *Мжельский А. Н.* Применение информационных систем в здра-



- воохранении // Врач и информационные технологии.— 2008.— № 2.— С. 33—37.
122. *Министерства* здравоохранения, социальных служб и равенства Испании (<http://www.msssi.gob.es/>).
  123. *Министерство* здравоохранения Германии (<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/english-version.html>).
  124. *Министерство* здравоохранения Российской Федерации (<http://www.gosminzdrav.ru/>).
  125. *Министерство* регионального развития РФ. «Доклад о ситуации в экономике, финансово-банковской и социальной сферах субъектов Российской Федерации в январе—декабре 2013 года».
  126. *Мировая демографическая ситуация*. 2014 г. / Организация Объединенных Наций.— Нью-Йорк, 2014.— 44 с.
  127. *Михайлова Ю. В.* Директор ФГУП «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» РОСЗДРАВА, доктор медицинских наук «Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России». Федеральный справочник: <http://federalbook.ru/news/analitics/05.03.2010-2.html>
  128. *Московский городской фонд* обязательного медицинского страхования (<http://www.mgfoms.ru/>).
  129. *Научно-организационные подходы* к повышению качества медицинской помощи населению (Часть 1). <http://medafarm.ru/php/content.php?group=4&id=1264>
  130. *Национальная служба* здравоохранения Великобритании (<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>).
  131. *Национальный институт* здоровья и клинического совершенствования Великобритании (<https://www.nice.org.uk/>).
  132. *Национальный проект* «Здоровье» — программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная президентом Российской Федерации В. Путиным в 2005 году в рамках реализации четырех национальных проектов.
  133. *Неделько Г. В.* Стандарты управленческого учета в высших учебных заведениях // Академия бюджета и казначейства Минфина России. Финансовый журнал.— 2011.— № 1.— С. 143—150.
  134. *Недоверие* населения к вакцинации: основные причины. <http://www.apteka.ua/article/286192>
  135. *Независимая* газета. 17.02.2015.
  136. *Новый экономический словарь* / Под ред. А. Н. Азрилияна. 2-е изд., доп.— М., 2007.
  137. *ОАО Московские* информационные технологии (<http://www.mos-it.ru/>).
  138. *Обзор платных медицинских услуг и здорового образа жизни* [Электронный ресурс] // Информационно-аналитический портал РБК. Исследования рынков. URL: [http://marketing.rbc.ru/reviews/medicine2013/chapter\\_1\\_1.shtml](http://marketing.rbc.ru/reviews/medicine2013/chapter_1_1.shtml)
  139. *Огрызко Е. В.* Состояние и основные направления реформирования медицинской статистики в Российской Федерации: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук.— М., 2011.
  140. *Ожегов С. И., Шведова Н. Ю.* Толковый словарь русского языка / Рос. акад. наук. Ин-т рус. яз. им. В. В. Виноградова.— 4-е изд., доп.— М., 1999.
  141. *Организация* экономического сотрудничества и развития (<http://www.oecd.org/>) [16] Reperfusion therapy for ST elevation acute myo-

cardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. Eur Heart J. 2014 Aug 1.

142. *Организация*, предоставляющая медицинский уход на дому в Великобритании (<https://www.hah.co.uk/about-us>).
143. *Орлов А. Е.* О результатах изучения удовлетворенности пациентов качеством стационарной помощи. <http://cyberleninka.ru/article/n/o-rezultatah-izucheniya-udovletvorennosti-patsientov-kachestvom-statsionarnoy-pomoschi>
144. *Основные* показатели медицинской помощи женщинам и детям за 1986—1988 гг. / Министерство здравоохранения РСФСР. Управление медицинской статистики и вычислительной техники.— М., 1989.
145. *Отношение* к вакцинации: белорусы и россияне. <http://mag.103.by/bud-zdorov/zdorovje-kak-obraz-zhizni/15-014-otnoshenie-k-vaktcinacii-belorusi-i-rossiyan/>
146. *Отношение* россиян к донорству. <http://www.levada.ru/31-07-2013/otnoshenie-rossiyan-k-donorstvu-organov>
147. *Отчет* английского информационного центра по охране здоровья и социальной помощи о работе терапевтов 2008/9 годах (<http://www.google.com/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.hscic.gov.uk%2Fcatalogue%2FPUB01077%2Ftren=cons=rate=gen=prac=95=09=95=09=tab.xls&ei=A7gfVKuFOsT8ywPxvoGYDQ&usg=AFQjCNHUUwNNX5vlviniPifWJbokouPnMg&sig2=w8aalCAV6hwA7nRUg94DQ&bvm=bv.75775273,d.bGQ>).
148. *Отчет* шведской ассоциации местных властей и регионов по деятельности врачей и субъектов здравоохранения в стране ([http://www.google.com/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.skl.se%2Fdownload%2F18.547ffc53146c75fdec02476d%2F1403794435237%2FTabellbilagaV2013\\_140626.xlsx&ei=uLkfVKC\\_MaK6ygPbmIL4Dg&usg=AFQjCNEqzF88y2GEM\\_OVeVDNYkBoQBNnJw&sig2=cWJ7pt3X8KCIBNc54gF4PA&bvm=bv.75775273,d.bG](http://www.google.com/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.skl.se%2Fdownload%2F18.547ffc53146c75fdec02476d%2F1403794435237%2FTabellbilagaV2013_140626.xlsx&ei=uLkfVKC_MaK6ygPbmIL4Dg&usg=AFQjCNEqzF88y2GEM_OVeVDNYkBoQBNnJw&sig2=cWJ7pt3X8KCIBNc54gF4PA&bvm=bv.75775273,d.bG)).
149. *Официальный сайт* BusinesStat: <http://businesstat.ru>
150. *Официальный сайт* Synovate Comcon: <http://www.comcon-2.ru/default.asp?trID=549>
151. *Официальный сайт* Всемирной организации здравоохранения: <http://who.int/ru/>
152. *Официальный сайт* компании Orchestrated Customer Engagement: <http://www.imshealth.com/en>
153. *Официальный сайт* Министерства финансов Российской Федерации: <http://www.minfin.ru/ru/performance/budget/index.php>
154. *Официальный сайт* Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>
155. *Павленко С. М.* Учение о саногенезе — важнейшая проблема медицины // Патологическая физиология и экспериментальная терапия.— 1967.— № 3.— С. 91—95.
156. *Панова Л. В.* Доступность первичной медицинской помощи в оценках петербуржцев. 2001. [www.narcom.ru/ideas/common/35/html](http://www.narcom.ru/ideas/common/35/html)
157. *Парыгина Н. М.* Проблемы бюджетного учета медицинских услуг в клинических диагностических центрах // Актуальные проблемы социально-экономического развития России.— 2010.— № 4.— С. 15—20.

158. *Петрова Н. Г., Балохина С. А., Комличенко Э. В.* Современные проблемы менеджмента в здравоохранении// Вестник СПбГУ.— 2010.— С. 57—60.
159. *Письмо* Минздрава России от 27 декабря 2013 г. № 13—2/10/2—9886.— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
160. *Письмо* ФФОМС от 19.12.2012 г. № 9732/30—5/и «О порядке определения последствий неисполнения медицинской организацией обязательств по оказанию медицинской помощи».— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
161. *План мероприятий* («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» от 28 декабря 2012 г. № 2599.
162. *Постановление* ВС РФ от 24.02.1993 г. № 4543—1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год». [Электронный ресурс] // Информационный портал СПС Консультант Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/>
163. *Постановление* от 4 октября 2011 г. № 461-ПП об утверждении государственной программы г. Москвы на средне-срочный период (2012—2016 гг.) «Развитие здравоохранения г. Москвы «Столичное здравоохранение».
164. *Постановление* Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
165. *Постановление* Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 1476 г. «О единовременном денежном поощрении лучших специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием».— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
166. *Постановление* Правительства РФ от 05.11.1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»).— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
167. *Постановление* Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 94 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
168. *Постановление* Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
169. *Постоялко Л. А.* Медицинская наука Беларуси: настоящее и будущее. <http://minzdrav.by/med/article/see.php?nid = 31&all>
170. *Приказ* Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01.2012 г. № 38 (ред. от 10.08.2012) «О мерах по дальнейшему совершенст-

вованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы» (вместе с «Перечнем амбулаторно-поликлинических учреждений первого (городские поликлиники) и второго (амбулаторные центры) уровней», «Временным положением об организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений первого уровня», «Примерным перечнем медицинского оборудования, необходимого для оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений первого уровня (городских поликлиник) в порядке обязательного минимума», «Временным положением об организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений второго уровня — амбулаторных центров», «Перечнем медицинского оборудования, необходимого для оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений второго уровня (амбулаторных центров) в порядке обязательного минимума», «Временным положением о взаимодействии амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе организации работы»).— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>

171. *Приказ* Минздрава России от 23.01.2015 г. № 12н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок применения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.02.2015 г. № 36 255).— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
172. *Приказ* Минздравсоцразвития России от 22.06.2011 г. № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение — 16.10.2014 г. утратил силу.— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
173. *Приказ* Минздравсоцразвития России от 24.04.2012 г. № 397 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июня 2011 г. № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» — 16.10.2014 г. утратил силу.— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
174. *Приказ* Министерства здравоохранения РФ от 26 июня 2014 г. № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».— Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
175. *Приказ* Росстата от 22.11.2010 г. № 409. «Об утверждении прак-

- тического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения». [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 05.02.2016).
176. Приказ ФОМС № 227 от 01.12.2010 г. «Об использовании средств нормированного страхового запаса». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
177. Проблемы экономики и управления предприятиями, отраслями, комплексами: монография / Анопченко Т. Ю., Алухтин А. Н., Афонин П. Н., Бугаец В. В., Гассий В. В., Гончарова Н. А., Карпинский Б. А., Катышева Е. Г., Клунко Н. С., Ковалева И. П. и др. / Под общ. ред. С. С. Чернова. — Книга 19. — Новосибирск: Издательство «СИБПРИНТ», 2012. — 372 с.
178. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов — [Электронный ресурс]. URL: <http://economy.gov.ru/> (дата обращения 11.12.2015).
179. Профилактические прививки своим детям делают 90% россиян [http://www.superjob.ru/community/life/15\\_066/](http://www.superjob.ru/community/life/15_066/)
180. Работодатели доверяют прививкам от гриппа сильнее, чем их подчиненные [http://www.dp.ru/a/2013/10/18/Rabotodateli\\_doverjajut\\_pri/](http://www.dp.ru/a/2013/10/18/Rabotodateli_doverjajut_pri/)
181. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р «Об утверждении Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г.» — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
182. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
183. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение. Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. — 22.05.2012 (последняя редакция: 26.03.2015). URL: <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>
184. Реформы здравоохранения в Европе — анализ нынешних стратегий. — ВОЗ, Европейское региональное бюро, 1996.
185. Решетников А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 12.
186. Рожкова Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://sisp.nkras.ru/issues/2011/3/rozhkova.pdf> (дата обращения: 07.06.2015).
187. Рожкова Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности. — [Электронный ресурс]. URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2011/3/rozhkova.pdf> (дата обращения: 07.12.2015).
188. Романова В. В. Показатели бюджетных расходов по отраслям социально-культурной сферы (консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджеты государственных внебюджетных фондов, федеральный бюджет) / В. В. Романова, Б. Л. Рудник, А. В. Мацкевич; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. — 86 с.
189. Россияне не заметили улучшения медицинского обслуживания.

<http://webstatti.com/rossiyane-ne-zametili-uluchsheniya-medicinskogo-obsluzhivaniya/>

190. *Русинова Н. Л., Панова Л. В., Бурмыкина О. Н.* Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины.— 2006.— № 2 (9).— С. 24—31.
191. *Рынок медицинских услуг Москвы. Частные клиники 2013 [Электронный ресурс] // РБК.research.— 2013.— № 1.— 239 с.*
192. *Сабгайда Т. П., Сергиевская А. Л., Кабанова А. В., Алексеев А. В.* Возрастные и социальные особенности отношения населения к профилактике стоматологических заболеваний. 2011.— № 2.— С. 24—26.
193. *Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В.* От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире.— М., 2012.
194. *Сайт по работе в сфере здравоохранения Национальной службы здравоохранения Великобритании (<http://www.nhscareers.nhs.uk/>).*
195. *Сборник среднемосковских основных показателей деятельности медицинских организаций ДЗМ, г. Москвы, Форма № 30 — Сведения о медицинской организации за 2010—13 гг.*
196. *Светличная Т. Г., Цыганова О. А.* Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2011 г. Ссылка на источник: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/304/30/lang,ru/>
197. *Седова Н. Н.* Все законы когда-то были нормами морали... // Биоэтика.— 2009.— № 1. С. 37—42.
198. *Семенов В. В.* Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом. [http://www.insur-info.ru/press/96\\_031/](http://www.insur-info.ru/press/96_031/)
199. *Серегина И. Ф., Линденбратен А. Л., Гришина Н. К.* Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2009.— № 5.— С. 3—7.
200. *Сибурин Т. А.* Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал].— 2010.— Т. 15, № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/209/30/>
201. *Сидорина Т. Ю., Сергеев И. В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. Социология, этнология.— 2001.— Том X, № 2.— С. 67—92.
202. *Скворцова: система здравоохранения в РФ обескровлена дефицитом кадров: <http://ria.ru/society/20131209/982823851.html>*
203. *Служба государственной статистики г. Берлин (<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/>).*
204. *Служба государственной статистики Германии (<https://www.destatis.de/EN/Homepage.html>).*
205. *Служба государственной статистики Сингапура (<http://www.singstat.gov.sg/>).*
206. *Служба скорой медицинской помощи в г. Лондон (<http://www.londonambulance.nhs.uk/>).*
207. *Совет г. Окленд, Н. Зеландия, по вопросам здравоохранения ([www.adhb.govt.nz](http://www.adhb.govt.nz)).*

208. *Составлено по данным: Официальная статистика по населению РФ [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population)*
209. *Справка: Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения — [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения 10.01.2016).*
210. *Стандарты медицинского страхования Австралии и Новой Зеландии (<http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/eligibility-publicly-funded-health-services/reciprocal-health-agreements>; <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications>).*
211. *Статистика по психиатрии во Франции ([http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=RFAS\\_041\\_0181](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAS_041_0181)).*
212. *Статистика по работе стационарных учреждений в Великобритании (<http://www.hscic.gov.uk/hes>).*
213. *Статистический комитет Министерства здравоохранения Франции ([www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)).*
214. *Стенограмма «Прямой линии с Президентом Российской Федерации В. В. Путиным»: <http://www.linia2002.ru/>*
215. *Страховые планы, созданные реформой системы здравоохранения, проводимой Б. Обамой (<https://www.healthcare.gov/glossary/gold-health-plan/>).*
216. *Таранов А. М. Основные результаты деятельности системы ОМС за 10 лет и неотложные задачи ее совершенствования [Электронный ресурс] // Информационный портал ОМС Санкт-Петербурга. URL: [http://www.spboms.ru/kiop/main?page\\_id=597](http://www.spboms.ru/kiop/main?page_id=597)*
217. *Толковый словарь русского языка / Под ред. Д. В. Дмитриева.— М., 2003.*
218. *Толковый словарь русского языка / Под ред. Д. Н. Ушакова.— М., 2000.— Т. 2.*
219. *Тульчинский Т. Х., Варавикова Е. А. Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку.— Иерусалим, 1999.*
220. *Туренко Т. А. Методические подходы к оценке эффективности и результативности здравоохранения на основе данных официальной статистики / Т. А. Туренко // Известия Иркутской государственной экономической академии.— 2013.— № 4 (90).— С. 120—125.*
221. *Удовлетворенность населения качеством медицинского обслуживания, отношение к мероприятиям по модернизации здравоохранения. <http://www.agsis.ru/medicine2011/>*
222. *Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>*
223. *Улумбекова Г. Э. Бюджет-2015 — это 500 000 смертей: <http://www.pravda.ru/video/society/15488.html>*
224. *Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А. И. Вялкова.— 3-е изд.— 2009. [Электронный ресурс].— URL: [http://vmede.org/sait/?id=Obsshesyvennoe\\_3d\\_upr\\_valkov\\_2009&menu=Obsshesyvennoe\\_3d\\_upr\\_valkov\\_2009&page=4](http://vmede.org/sait/?id=Obsshesyvennoe_3d_upr_valkov_2009&menu=Obsshesyvennoe_3d_upr_valkov_2009&page=4) (дата обращения 15.12.2015).*
225. *Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения «О си-*

- туации с подделкой лекарственных средств. Пресс-релиз»: <http://www.goszdravnadzor.ru/main/news/11334>
226. *Федеральный закон* № 236-ФЗ от 03.12.2012 г. «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 1 Федерального закона «О техническом регулировании» и приказ Минтруда и социальной защиты РФ № 148н от 12.04.2013 г. «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
  227. *Федеральный закон* № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 07.02.2016).
  228. *Федеральный закон* от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
  229. *Федеральный закон* от 1 декабря 2014 года № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
  230. *Федеральный закон* от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
  231. *Федеральный закон* от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
  232. *Федеральный закон* от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/>
  233. *Федеральный закон* от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 29.12.2015). [Электронный ресурс] // Информационный портал СПС Консультант Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/>
  234. *Федеральный закон* от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] // Информационный портал СПС Консультант Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/>
  235. *Федеральный закон* от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 30.12.2015). [Электронный ресурс] // Информационный портал СПС Консультант Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/>
  236. *Федеральный закон* от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (ред. от 28.11.2015) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». — Справочно-правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс] URL: <http://base.consultant.ru/>



237. *Федеральный фонд обязательного медицинского страхования* (<http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index>).
238. *Финансирование здравоохранения. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. 2011.*
239. *ФОМ «Всероссийский опрос «Забота о здоровье».* <http://fom.ru/obshchestvo/10984>
240. *ФОМ: опрос населения о положении дел в сфере здравоохранения (2006 г.).* Ссылка на источник: [http://bd.fom.ru/report/map/dominant/dominan2006/dom0629/dd062\\_926](http://bd.fom.ru/report/map/dominant/dominan2006/dom0629/dd062_926)
241. *ФОМ: отношение населения к сфере здравоохранения (2011 г.)//* <http://bd.fom.ru/pdf/d18rz11.pdf>
242. *ФОМ: пути улучшения положения дел в здравоохранении (2011 г.).* Ссылка на источник: [bd.fom.ru/pdf/d18rz11.pdf](http://bd.fom.ru/pdf/d18rz11.pdf)
243. *Французская служба скорой медицинской помощи* (<http://www.samu-de-france.fr/fr>).
244. *Французский национальный совет по здравоохранению* ([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1\\_249\\_588/en/accueil-2012](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1_249_588/en/accueil-2012)).
245. *Хайет Х.* Здоровье американцев на чаше весов. Выбор или случайность? // США: ЭПИ.— 1988.— № 2.— С. 82—91.
246. *Хаус Д.* Общая врачебная практика во Франции // *Международ. мед. обзоры.*— 1994.— Т. 2, № 1.— С. 39—40.
247. *Царик Г. Н., Шипачев К. В.* Проблемы и перспективы развития системы управления обеспечением качества медицинской помощи / *Медицинская академия, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики, г. Кемерово.* <http://phporac.kemrsl.ru>
248. *Центр амбулаторной помощи в Майями, США, ChenMed* (<http://www.chenmed.com/about-us>).
249. *Цыганкова С. М., Левкевич М. М.* Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения: Монография.— М.: ИНФРА-М, 2013.— 156 с.
250. *Чубарова Т. В.* Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад).— М.: Институт экономики РАН, 2008.
251. *Чумаков А. С.* Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Иваново, 2009.— 42 с.
252. *Шарабчиев Ю. Т.* Некоторые социально-экономические проблемы управления здравоохранением за рубежом // *Здравоохран. Беларуси.*— 1994.— № 3.— С. 35—38.
253. *Шарабчиев Ю. Т., Галицкий О. И., Малюкова Л. Е.* Медицинское страхование в Федеративной Республике Германии // *Здравоохран. Беларуси.*— 1994.— № 1.— С. 35—38.
254. *Шарабчиев Ю. Т., Галицкий О. И., Малюкова Л. Е.* Современные тенденции в организации страхования здоровья в США // *Здравоохран. Беларуси.*— 1992.— № 11.— С. 44—47.
255. *Шарабчиев Ю. Т.* Экономические модели и реформирование здравоохранения: опыт организации различных систем управления здравоохранения // *Медицинские новости.*— 2006.— № 6.— С. 61—68.
256. *Шварц Ю. Г., Наумова Е. А., Тарасенко Е. В.* Сравнительный анализ удовлетворенности результатами лечения пациентов кардиологического профиля в клинической больнице // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.*— 2007.— № 1.— С. 28—32.

257. *Шведова Н. А.* Здоровоохранение: американская модель // США: ЭПИ.— 1991.— № 9.— С. 29—37.
258. *Шевский В. И., Шишкин С. В.* Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. [http://iet.ru/files/text/working\\_papers/102.pdf](http://iet.ru/files/text/working_papers/102.pdf)
259. *Шилова Л. С.* О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения. <http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/analit05.php>
260. *Шилова Л. С.* Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения
261. *Шилова Л. С.* Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья. [http://www.isras.ru/files/File/Publication/Reformy\\_zdravooh\\_Shilova.pdf](http://www.isras.ru/files/File/Publication/Reformy_zdravooh_Shilova.pdf)
262. *Шилова Л. С.* О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения. <http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/analit05.php>
263. *Шинкарь Ю. Ю.* Здоровый образ жизни и самоопределение личности // Сайт Республиканского центра профориентации. <http://rscpm.edu.by/>
264. *Широкова, И. Р.* Вакцины — специфический сегмент фармрынка // Ремедиум.— 2012.— № 12.— С. 22—29.
265. *Шишкин С. В., Богатова Т. Б., Потапчик Е. Г. и др.* Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 142.— М.: МОНФ; Независимый институт социальной политики, 2003.
266. *Шишкин С. В., Бесстремянная Г. Е., Красильникова М. Д. и др.* Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ. 2004.— С. 8.
267. *Шулико Е. В., Кузьмина И. Н.* Медицинское страхование: финансовые, правовые и социальные аспекты // В сборнике: Наука и образование в XXI веке сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 34 частях.— 2013.— С. 139—147.
268. *Щепин О. П., Петручук О. Е., Коротких Р. Ф.* Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров// Бюлл. НИИ общественного здоровья.— 2011.— № 2.— С. 3—7.
269. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»:* Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью (2013 г.) / Л. И. Меньшикова, М. Г. Дьячкова, А. М. Вязьмин, Т. Г. Светличная, Э. А. Мордовский. Ссылка на источник: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/509/30/lang,ru/>
270. *Эффективность государственного управления социальной сферой: опыт социологического исследования* Озорнина Ю. П. <http://vestnik.uapa.ru/ru-ru/issue/2011/04/03/>
271. *Юдин Б. Г.* Здоровье человека как предмет гуманитарного знания. // Философия здоровья.— М.: РАН, Институт философии, 2001.— С. 61—85.
272. *Юдин Б. Г.* Здоровье человека в эпоху новых технологий. Здоровье человека: Социогуманитарные и медико-биологические аспекты.— М.: Издательство Института человека РАН, 2003.
273. *Яковлева Т. В., Вылегжанин С. В., Бойцов С. А. и др.* Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год

- реализации, опыт, результаты, перспективы (2014 г.). Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/27/lang,ru/>
274. *Arrow K.* Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // *American Economic Review.*— 1963.— Vol. 53(5).— P. 941—73.
  275. *Aspenes S. T., Nilsen T. I. L., Skaug E. A., et al.* Peak Oxygen Uptake and Cardiovascular Risk Factors in 4631 Healthy Women and Men. *Med. Sci. Sports Exerc.*— 2011.— Vol. 43, 8.— P. 1465—1473.
  276. *Benatar S. R.* A unitary health service for South Africa // *S. Afr. Med. J.*— 1990.— Vol. 77.— P. 441—447.
  277. *Berry L. L.* Services marketing is different // *Business.*— 1980.— Vol. 30(3).— P. 24—29.
  278. *Blam I, Kovalev S.* Commercialization of medical care and household behavior in transitional Russia. RUIG/UNRISD project on Globalization, Inequality and Health, a collaborative international project forming part of the RUIG research programme on The Social Challenge of Development. [Internet] [cited 2013 Aug 05]. Available from: [http://www.ruig-gian.org/ressources/comeliau-health\\_Russia-Blam-Kovalev.pdf](http://www.ruig-gian.org/ressources/comeliau-health_Russia-Blam-Kovalev.pdf)
  279. *Brookes R.* Customer Satisfaction Research.— Amsterdam: ESOMAR, 1995.— 255 p.
  280. *Carter, Chalouhi, McKenna & Richardson.* What it takes to make integrated care work. Health International, 2011.
  281. *Cleary P. D.* The increasing importance surveys. Now that sound exist, patient surveys can facilitate improvement // *BMJ* 1999.— Vol. 319 (7212).— P. 720—721.
  282. *Cronroos C.* A services quality model and its marketing implications // *European Journal of Marketing.*— 1991.— Vol. 18(4).— P. 36—44.
  283. *Diderichsen F., Lindberg G.* Better health — but not for all: The Swedish public health report, 1987 // *Int. J. Hlth. Serv.*— 1989.— Vol. 19, N 2.— P. 221—225.
  284. *Donabedian A.* The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs // *Science* 1978;200:856—864.
  285. *Dube L., Menon K.* Multiple roles of consumption emotions in post-purchase satisfaction with extended service. *International Journal of Service Industry Management.*— 2000.— Vol. 11(3).— P. 287—304.
  286. *European Committee for Health Promotion Development.* Inaugural meeting 14—16 March 1995.— Dublin: WHO, Regional office for Europe, 1995.
  287. *Gaynor M., Vogt W.* Antitrust and Competition in Health Care Markets, in A. J. Culyer, J. P. Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics.*— N. Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, 2000.— P. 1405—1487.
  288. *Hauck K., Rice N., Smith P.* The influence of health care organisations on health system performance // *Journal of Health Services Research and Policy.*— 2003.— Vol. 8 (2).— P. 68—74.
  289. *Hodgekiss A.* 2013. Why 30 new 45 Were unhealthy 15 years OLDER parents age // *Daily mail*, 10.04
  290. [http://www.isras.ru/files/File/Publication/Novye\\_publicazii/Poluchenie\\_med\\_uslug\\_Shilova.pdf](http://www.isras.ru/files/File/Publication/Novye_publicazii/Poluchenie_med_uslug_Shilova.pdf)
  291. <http://www.levada.ru/books/donorstvo-organov-problemy-i-perspektivy-razvitiya-v-rossii>

292. *Iezzoni, L.* Risk adjustment for performance measurement. In: Smith P. C. et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects.— Cambridge: Cambridge University Press (in press).
293. *Joffe S., Manocchia M., Weeks J., Cleary P.* What do patients value hospital care? An empirical perspective on autonomy center bioethics. *J. Med. Ethics.*— 2003.— Vol. 29 (2).— P. 103—108.
294. *Keleyian S. J., Brawner C. A., Savage P. D., et al.* Peak aerobic capacity predicts prognosis in patients with coronary heart disease. *Am. Heart J.*— 2008.— Vol. 156 (2).— P. 292—300.
295. *Lawes C. M. M., Hoorn S. V., Law M. R., et al.* High blood pressure. // Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ed. by Ezzaty M., Lopez A. D., Rodgers A., Murray Ch.J. L.— Geneva: WHO, 2004. V. 1. p. 281—390.
296. *Lawes C. M. M., Hoorn S. V., Law M. R., Rodgers A.* High cholesterol // Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ed. by Ezzaty M., Lopez A. D., Rodgers A., Murray Ch. J. L.— Geneva: WHO. 2004. V. 1., p. 391—496.
297. *Moon G.* Conceptions of space and community in British health policy // *Soc. Sci. Med.*— 1990.—Vol. 30, N1.—P. 165—171.
298. *Myers J., Prakash M., Froelicher V., et al.* Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N. Engl. J. Med.*— 2002.— Vol. 346 (11).— P. 793—801.
299. *Nakatani H.* Health manpower planning and redistribution of resources: Experience of Japan // *Wld. Hlth. Stat. Rep.*— 1987.— Vol. 40, N 4.— P. 326—334.
300. *Primary Care & Community Services* «Improving GP access and responsiveness» Crown copyright, 2009.
301. *Riondet J.* Les medecins en France en 1987: Une demographie equivalente a celle de la Belgique et de l'Allemagne // *Rev. Prat. (Paris).*— 1988.— Vol. 38, N 41.— P.95—96.
302. *Sari N.* Competition and Market Concentration, in *Evaluating Hospital Policy and Performance: Contributions from Hospital Policy and Productivity Research* // *Advances in Health Economics and Health Services Research.*— 2008.— Vol. 18.— P. 139—156.
303. *Terris D. D., Aron D. C.* Attribution and causality in health care performance measurement. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
304. *The Royal College of General Practitioners, The 2022 GP Compendium of Evidence,* 2013
305. *Thurow L C.* Medicine versus economics // *N. Engl. J. Med.*— 1985.— Vol. 313, N 10.—P. 611—614.
306. *Tragakes E.* Health care system in Belarus. // *Euro Observer.*— 2003.— Vol. 4.
307. *Tragakes E., Vienonen M. A.* Health care reforms on the European scene. /WHO, Regional office for Europe. 1-st Meeting of the European Committee for Health Promotion Development, 1995.
308. *Ware J. E., Snyder M. K., Whright W. R., Davies A. R.* Defining and measuring patient satisfaction with medical care // *Evaluation and Program Planning.*— 1983.— Vol. 6.— P. 247—263.
309. *Wennberg J. E., Barnes W. A., Zubkoff M.* Professional uncertainty

and the problem of supplier-induced demand // *Social Science and Medicine*.— 1982.— Vol. 6.— P. 811—824.

310. *WHO National Health Accounts*, 2011: <http://www.who.int/health-accounts/en/>
311. *World Factbook*, 2008 ([www.cia.gov](http://www.cia.gov)).
312. *World health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
313. *Yu Y.-T., Dean A.* The contribution of emotional satisfaction to consumer loyalty // *International Journal of Service Industry Management*.— 2001.— Vol. 12(3).— P. 28—42.

*Монография*

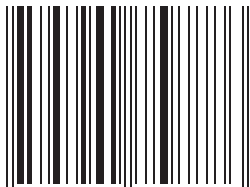
Александр Борисович ЗУДИН

**ОСНОВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ**

Редактор *И. И. Жданюк*  
Корректор *Т. А. Кузьмина*  
Верстка *А. В. Чирков*

Подписано к печати 17.05.2017. Формат бумаги  
60 × 90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Таймс.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 17,5. Уч.-изд. л. 21,35.  
Тираж 500 экз. Заказ № 2002.

ISBN 5-900-75888-5



9 785900 758886