

Основные положения Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013 - 2020гг.



Дополненный и измененный вариант по состоянию на 15 марта 2013 г.

Salus populi suprema lex, Cicero

(Здоровье народа- высший закон, Цицерон)

Экспертная группа

1.Власов В.В., докт. мед. наук, проф.,Президент общества доказательной медицины

2.Воробьев П.А., докт. мед. наук, проф.,Зам.предформулярного комитета РАМН

3.Гонтмахер Е.Ш.-докт. экон. наук, проф., заместитель директора ИМЭМО РАН, член Комитета гражданских инициатив

4.Комаров Ю.М.,докт.мед.наук, проф.,засл. деят.науки РФ, член Бюро Исполкома Пироговского движения врачей, Вице-президент РМА, член Президиума НМП, член Комитета гражданских инициатив- рук. группы

5.Кравченко Н.А., докт. мед. наук, проф.,зав.отделом НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

6.Линденбратен А.Л., докт. мед. наук, проф.,засл.деят. науки РФ, Зам.директора НИИ общественного здоровья и здравоохранения

7.Саверский А.В., юрист, Президент лиги пациентов

8.Улумбекова Г.Э., Исполнительный директор Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и образования, член НМП

Оглавление:

Резюме

1. Введение
2. Обоснование актуальности разработки Стратегии
3. Цели Стратегии
4. Приоритеты Стратегии
5. Основные направления и задачи Стратегии
6. Порядок реализации основных положений Стратегии

Приложение: Перспективные рекомендуемые схемы потока пациентов

РЕЗЮМЕ

Актуальность разработки настоящей «Стратегии охраны здоровья населения в РФ» (далее Стратегия), подготовленной группой экспертов, обусловлена необходимостью существенного улучшения состояния здоровья населения нашей страны. Так, несмотря на улучшение ряда медико-демографических показателей, достигнутое за последние 6 лет: ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) по неустановленным пока причинам возросла на 5 лет, общий коэффициент смертности (ОКС) снизился на 16%, младенческая смертность снизилась на 35%, сегодня по этим характеристикам РФ продолжает существенно отставать от развитых стран. Так, ОКС в России почти на 30% выше, чем в странах Евросоюза в среднем, (соответственно 13,5 и 9,7 на 1 тыс. населения), а ожидаемая продолжительность жизни на 10 лет ниже (соответственно 70,3 и 80 лет).

Вместе с тем, именно здоровье населения существенным образом определяет жизнеобеспечение, экономический потенциал страны и рост ВВП. Имеются доказательства того, что увеличение ОПЖ населения РФ хотя бы до уровня 74 лет, может обеспечить рост ВВП на 6% ежегодно. А это важно, особенно в связи с предстоящим значительным сокращением естественного прироста населения.

Необходимость улучшения здоровья населения РФ очевидна и она определена в указах Президента РФ от 7 мая 2012 г. В этих документах запланировано, что к 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна достичь 74 лет, а численность населения –145 млн. человек. Реализация этих амбициозных целей в срок за 5 лет невозможна без стратегического подхода и консолидации усилий законодательной и исполнительной власти, а также экспертного сообщества и всего населения. Следует отметить, что Минздравом России была разработана и утверждена Правительством РФ «Государственная программа развития здравоохранения до 2020 г.». Эта программа определила ряд важных направлений в здравоохранении (формирование здорового образа жизни у населения; профилактика и раннее выявление заболеваний; ликвидация дефицита медицинских кадров и повышение их квалификации и др.). Однако она не может рассматриваться как Стратегия, поскольку лишена комплексности и межведомственного подхода, а также имеет риски реализации в связи с недостаточным финансированием. Отсутствие общенациональной Стратегии охраны здоровья населения препятствует достижению целей по улучшению здоровья населения РФ, разработке региональных стратегий, что в целом существенно снижает эффективность государственной политики в этой сфере. Настоящая Стратегия разработана коллективом экспертов, системных аналитиков в области общественного здоровья и здравоохранения. Документ базируется на оценке и анализе отечественного и зарубежного опыта, что подтверждается материалами Стратегии, а также на научных и экспертных данных. Стратегия прошла обсуждение среди многих специалистов, организаторов здравоохранения, практикующих врачей, представителей обществ пациентов. Этот документ может рассматриваться как основа для разработки общенациональной долгосрочной Стратегии охраны здоровья населения до 2020 г. и на последующие годы. В представленном документе обоснована актуальность разработки Стратегии, сформулированы основные проблемы отрасли и внешние вызовы, на которые необходимо ответить, а также изложены основные принципы, приоритетные направления и задачи охраны здоровья граждан в РФ. Интегральные цели «Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 г.» - увеличение ожидаемой продолжительности жизни российских граждан при рождении (ОПЖ) с

нынешних 70,3 до 74-75 лет за счет снижения смертности и значительное повышение доли населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи. Особенность данной Стратегии состоит в том, что она предусматривает не отдельные мероприятия в части лечения пациентов, а взаимосвязанный комплекс мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения в целом: условия для ведения здорового образа жизни, благоприятная среда проживания, здоровое и качественное питание, безопасные условия труда на производстве, мотивация населения к сохранению своего здоровья, а также доступность и качество медицинской помощи заболевшим. Главный акцент в части медицинской помощи сделан на обеспечении широкой доступности бесплатной первичной медико-санитарной помощи и лекарственных средств для населения, а в дальнейшем и всех видов медицинской помощи. В документе научно обоснованы необходимые объемы и источники финансирования государственной системы здравоохранения (не менее 7% ВВП или 4 трлн руб. в ценах 2011 г.) при жестком общественном контроле за распределением финансовых потоков, в том числе предложено перейти на государственно-бюджетную модель финансирования, как более экономичную и прозрачную, с широким использованием договорных отношений. Стратегия учитывает особенности всех групп населения, однако особый акцент пока сделан на охране здоровья детей и граждан трудоспособного возраста, а в дальнейшем - на дополнительных мерах по обеспечению медико-реабилитационной помощью граждан старшей возрастной группы и инвалидов. Особое внимание уделено ключевым приоритетам - квалификации медицинских кадров и эффективности управления. В Стратегии представлено экспертное видение перспективной модели здравоохранения, т.е. какой она должна быть в нашей стране с максимальной пользой для граждан в условиях реальной финансовой возможности страны.

Основными принципами данной Стратегии являются солидарность, социальная справедливость; равенство; паритет ответственности государства, работодателей и населения, бесплатный доступ всего населения к возможностям охраны здоровья и качественной медицинской помощи, открытость и публичность обсуждения решений, а также честность и компетентность руководителей отрасли. Девиз Стратегии: «Все – во имя человека!» означает, что фокусирование всей системы охраны здоровья должно быть на человеке (на его потребностях быть здоровым и меньше болеть). В документе выделено 7 основных направлений:

- I. Разработать и реализовать Национальную (межведомственную, межсекторальную) программу охраны здоровья населения РФ;
- II. Увеличить объемы и улучшить механизмы финансирования системы здравоохранения;
- III. Увеличить доступность первичной медико-санитарной помощи, лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, и восстановить в определенной мере систему муниципального здравоохранения;
- IV. Оптимизировать численность медицинских кадров по специальностям и устранить их дефицит в первичном звене и на селе, повысить квалификацию медицинских кадров;
- V. Обеспечить доступность квалифицированной медицинской помощи, реабилитационной и паллиативной помощи, а также услуг по долговременному уходу для пациентов, не способных к самообслуживанию;
- VI. Повысить эффективность управления здравоохранением, в том числе совершенствовать законодательную базу;
- VII. Развивать независимые профессиональные общественные и медицинские организации.

Реализация такой комплексной Стратегии потребует вовлечения законодательной и исполнительной власти на всех уровнях (муниципальном, региональном и федеральном), работодателей и общественных организаций. При этом Министерство здравоохранения РФ должно осуществлять иницилирующую и координирующую роль. Значимость целей и межведомственный подход, определенные в Стратегии, потребуют личного и постоянного контроля со стороны Президента РФ – это главное условие достижения успеха на пути улучшения здоровья населения. Если данная Стратегия будет реализована, то это позволит существенно повысить ОПЖ граждан нашей страны, соответственно увеличить число трудоспособных лиц для выполнения программы создания новых рабочих мест, что позволит обеспечить ежегодный рост ВВП. В результате будет существенно

улучшена социально-экономическая ситуация в стране, что особенно важно в условиях вероятного развития мирового экономического кризиса и снижения доходов населения. В Стратегии здравоохранение представлено в качестве системы социального выравнивания (перед болезнью и смертью все равны) и потому может содействовать уменьшению напряженности в обществе и снижению доли неудовлетворенных пациентов и медицинских работников.

1. ВВЕДЕНИЕ

В принципе, в основе жизни людей, независимо от национальной и религиозной принадлежности, находятся жизненные запросы, без которых жизнь и развитие невозможны. Их всего четыре: 1. Жилье, семья 2. Здоровье, экология 3. Образование, культура 4. Работа, самореализация.

Здоровье народа - это важнейший индивидуальный и общественный ресурс, и потому общество должно быть заинтересовано в увеличении числа здоровых граждан и с позиции экономики, и с социальных позиций. Ведь главным образом здоровые люди способны созидать, строить, восстанавливать, защищать, создавать возможности для содержания социально уязвимых групп населения и давать здоровое потомство. Необходимость улучшения здоровья населения РФ определена и в указах Президента РФ от 7 мая 2012 г. В этих документах запланировано, что к 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна достичь 74 лет, а численность населения - 145 млн. человек, в том числе за счет снижения смертности. Несмотря на естественную убыль (число умерших превышает число родившихся), численность населения пока возрастает за счет положительного сальдо миграции, однако качественный состав уезжающих и прибывающих очень сильно различается. Достижение отмеченных амбициозных показателей в срок за 5 лет невозможно без комплексного подхода и без установления приоритетов, решения конкретных задач, охватывающих все факторы, которые определяют здоровье населения, без формирования соответствующих механизмов и индикаторов для контроля, а также определения персональной ответственности исполнителей за достижение поставленных целей и решения конкретных задач. Сегодня такая Стратегия охраны здоровья населения РФ с ее концептуальными положениями пока не разработана.

Стратегия определяет перспективные вехи, к достижению которых следует стремиться. Настоящая Стратегия может быть на практике реализована путем разработки и выполнения конкретной Национальной программы охраны здоровья и отдельных проектов по конкретным разделам Стратегии. В ее основу были положены мировые тенденции в здравоохранении, мировой и отечественный опыт, результаты научных исследований и диссертационных работ, анализ публикаций, результаты опросов общественного мнения, аккумулирование своего и стороннего опыта, представления о том, какой должна быть охрана здоровья населения на перспективу для удовлетворения граждан и, в том числе, медицинских работников. В документе преломилось мнение многих специалистов.

В конечном итоге все преобразования в системе охраны здоровья должны отвечать двум главным критериям: хорошо ли будет от этого с одной стороны населению и, в частности, пациентам, а с другой стороны, - врачам, медсестрам и другим медработникам. Что они от этих преобразований получат и устроит ли их это? При этом нужно помнить, что охрана здоровья - это «живая» система, и ошибки в реализации Стратегии могут отразиться на многих людях и даже поколениях, на их здоровье. Кроме того, охрана здоровья - это система социального выравнивания в любом обществе, которая восстанавливает утраченную социальную справедливость. В соответствии с Руководством по социальной ответственности (международный стандарт ISO 26 000: 2010), устойчивое развитие основано на поддержании здоровых экосистем, социальной справедливости, хорошем организационном управлении, прозрачном и этичном поведении и включает в себя здоровье, качество жизни, благосостояние общества в сочетании с социальной справедливостью как способа выражения широких ожиданий общества. В этом стандарте, который может быть положен в основу развития нашей страны, разделы 6.7.4, 6.8, 6.8.8 имеют непосредственное отношение к охране здоровья. И уже в развитие этого стандарта в феврале 2013 г. (18-19) в Женеве состоялось совещание представителей 27 стран под эгидой ВОЗ и Всемирного банка, на котором рассматривались практические вопросы универсального покрытия расходов на здравоохранение (universal health coverage) из общественных фондов и перевода этой проблемы из отраслевого ведения на политический уровень. В Стратегии охрана здоровья, за которую несет ответственность государство в соответствии со статьей 7 Конституции РФ, отделена от традиционного

понимания здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь (медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и медицинский уход), за которую в соответствии с утвержденным положением несет ответственность отраслевое министерство. Охрана здоровья представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противозидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Несмотря на кажущуюся сложность этой дефиниции, она наиболее полно отражает существо системы охраны здоровья, ее комплексность, межведомственность / межсекторальность и государственность. Эта система выходит далеко за пределы рамок собственно здравоохранения, как одной из важнейших отраслей, т.е. является более широкой и более приближенной к населению. Некоторые ошибочно полагают, что охрана здоровья - это надуманная система, существующая скорее виртуально, чем в реальной действительности, поскольку она не имеет своей структуры, т.е. набора соответствующих учреждений. Вместе с тем, система охраны здоровья является функциональной системой со своим координирующим и управляющим органом. Фактически это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в каждом конкретном месте проживания людей по критерию здоровья. Поэтому неспроста в пункте 1 статьи 41 Конституции РФ медицинская помощь и охрана здоровья обозначены раздельно, что конституционно подтверждает их неидентичность. Фактически утрата здоровья людей формируется вне традиционного здравоохранения, которое затем занимается «ремонтными работами». В Канаде, например, здравоохранение выходит за рамки только медицинских аспектов и отражает ключевые социальные ценности общества.

Что же касается российского здравоохранения, под которым в узком смысле понимаются все аспекты медицинской помощи, дополненные пропагандой здорового стиля (образа) жизни (Healthy Lifestyle), то попытки сформировать общее видение или Концепцию его развития предпринимались и ранее. Так, в 1997 г. Правительство РФ утвердило Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г., однако она оказалась нереализованной, поскольку охватывала все направления, и подведение итогов по ней не проводилось; в начале 2008 г. отраслевое министерство приступило к разработке нового проекта «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.», но документ так и не был утвержден. Был продолжен приоритетный национальный проект «Здоровье», начавшийся в 2005 г., с 2008 г. - начаты целевые программы, направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин, государственное финансирование здравоохранения за этот период возросло на 37% в ценах 2005 г. Эти отдельные мероприятия позволили несколько улучшить ситуацию в отрасли. Однако все эти программы и проекты несмотря на свою широкомасштабность и немалые затраты оказались не вполне эффективными с точки зрения соотношения затрат и результатов. За последние годы по данным портала «Открытый бюджет» расходы федерального бюджета выросли более чем вдвое и достигли 12% от расходов. Большая часть бюджетных средств сконцентрирована в ВМП, расходы на которую возросли в 5 раз. Выросли инвестиции и от частного бизнеса, кроме того, каждый житель страны в среднем тратит на медицинскую помощь 250 евро в год. Однако это все не привело к параллельному улучшению здоровья граждан и к повышению их удовлетворенности, поскольку по данным Росгосстраха число неудовлетворенных доступностью, платностью и качеством медицинской помощи, а также отношением к пациентам (равнодушие, очереди, навязывание платных услуг и т.д.) возросло до 66%, не говоря уже о других последствиях (неравенство между медицинскими учреждениями, теневой рынок расходных материалов и т.п.). Это говорит о том, что выделенные деньги тратятся без учета обоснованных приоритетных направлений, укрепляя «глубокие тылы» здравоохранения. Существует мнение, что здравоохранение является экономической системой, однако это не так, поскольку в экономической системе деньги и экономические отношения являются главным и определяющим фактором и в итоге должны формироваться рыночные отношения, которые не присущи здравоохранению и деньги при этом играют роль средства, а не цели. Между тем, разработанные стандарты оказания медицинской помощи носят, главным образом, экономический характер и по ним лечить нельзя. Даже последние из разработанных Минздравом стандартов (по специализированной акушерской помощи числом 13) могут привести к негативным последствиям как для плода, так и для роженицы. Вообще, к социальной сфере следует отнести те виды деятельности, которые должны находиться под протекцией государства и на бюджетном финансировании: подавляющая часть (кроме частного сектора) системы охраны здоровья и

оказания медицинской помощи, образования, все социальное обеспечение, полностью вся фундаментальная наука и частично прикладная; большая часть культуры может существовать только при государственной поддержке. В докладе Комитета гражданских инициатив «2012: власть и наши общие риски» говорится о различных возможных направлениях взаимодействия власти с обществом, в т.ч. путем декларирования в условиях сложившихся бюджетных приоритетов очередного повышения социальных обязательств. Отсюда следует, что приоритеты финансовой политики в стране должны быть пересмотрены с участием представителей гражданского общества, что позволит реализовать слова Президента РФ о необходимости разворота к человеку. В социальной сфере должно преобладать главенство человеческих идеалов над прагматическими сиюминутными интересами.

Между тем нередко в программах и законодательных актах, имеющих отношение к здравоохранению, все усилия фокусируются не на человеке (пациенте), даже не на медицинских работниках, а на медицинских учреждениях, забывая о том, что не пациент существует для здравоохранения, а здравоохранение- для пациента, а это меняет и ориентиры, и многие действия. Поэтому национальной идеей может стать только человек и его окружение-семья, дети, пожилые. Если будет комфортно человеку, то и государство будет сильным, но здесь обратная зависимость не прослеживается. Здравоохранение так и не стало пациентоориентированной системой (за рубежом такая направленность применяется уже давно, например, Стокгольмская модель здравоохранения, в Канадском Квебеке, Габровская модель 1970-х годов и т.п.). На международном конгрессе пациентов (Барселона, 2006) даже была принята декларация о пациент-центрируемом здравоохранении. Несмотря на прилагаемые усилия и сегодня в здравоохранении РФ по-прежнему сохраняются серьезные проблемы, которые будут препятствовать достижению поставленных целей по улучшению здоровья населения. Главные из этих проблем: недостаточное развитие системы охраны здоровья, общий дефицит и диспропорции финансового и материально-технического обеспечения; недостаточные объемы предоставляемой населению отдельных видов медицинской помощи и низкий уровень ее доступности, диспропорции в структуре медицинских кадров, неудовлетворительное качество медицинской помощи и неэффективное управление. В 2009–2011 гг. в отсутствие единой долгосрочной стратегии развития здравоохранения были приняты базовые федеральные законы, регулирующие деятельность отрасли, что не устранило противоречия и недостатки в законодательной базе. Удивительно также то, что эти законы и действующие программы (в т.ч. государственных гарантий) не базируются на научных данных о потребности населения в охране здоровья и медицинской помощи (такие исследования не заказывались Минздравом РФ в течение последних 25 лет) и даже в утвержденной правительством новой стратегии развития медицинской науки не предусмотрены основополагающие исследования состояния и динамики здоровья населения, его истинной заболеваемости, физического развития и верифицированной смертности, в т.ч. от множества причин. Более того, из стратегии развития медицинской науки видно, что не наука определяет практику и идет впереди нее, а практическая программа развития здравоохранения выдвигает ориентиры для медицинской науки.

Вызывает беспокойство также то обстоятельство, что выделяемые дополнительные средства на здравоохранение либо расходуются не туда, куда следует, либо используются не полностью. Так, на программу модернизации (осовременивания) было выделено 629 млрд. руб., в том числе 460 млрд. на 2 года (2011-2012) из средств ОМС, а точнее- из ФОТ, т.е. за счет работодателей и работников, что не имело никакого отношения к страховому случаю. Эти деньги выделялись не на оказание медицинской помощи застрахованным, а, в основном, на поддержание и развитие инфраструктуры медицинских учреждений. В результате люди по крохам собирают средства для лечения своих детей за рубежом. Через полтора года выяснилось, что на укрепление материально-технической базы израсходовано 49% из выделенных средств для этого, на внедрение медицинских стандартов- 64%, на информатизацию-14.5%, правда, к концу 2012 года программа модернизации реализована на 87% (О.Голодец). Конечно, неплохо, что на здравоохранение были выделены дополнительные немалые средства, за которые было закуплено 108 компьютерных томографов, 72 магнитно-резонансных томографов, 28 ангиографов, 795 единиц рентгенологического и радиологического оборудования и т.д. Однако, приобретение дорогостоящего оборудования проводилось без каких-либо научных обоснований и, скорее всего, для освоения выделенных средств. Теперь в Москве непонятно для чего томографов больше, чем в любой европейской стране. Между тем, во многих случаях эта техника не используется полностью или частично, т.к. для нее оказались неподготовленными помещения и, особенно, кадры. На последних примерах

(а таких- немало) Пермского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии и Кировского акушерского корпуса перинатального центра прослеживается скороспелость и неэффективность принятых решений об их возведении. Отсюда ясно, что и сама программа модернизации формировалась в спешке без обсуждения с медицинской общественностью, без определения потребностей населения в различных видах медицинской помощи и их технического обеспечения, сроки установлены нереальные, ситуация на один ход вперед не просчитывалась и не оценивалось, как модернизация отразится на здоровье населения. А главное- программа модернизации не ориентирована на решение вопросов организации медицинской помощи, на пациентов и улучшение их здоровья, а только на укрепление материальной базы самих медицинских учреждений и на расширение платных медицинских услуг тем же самым работникам, из ФОТ которых были изъяты эти средства. В октябре 2012 г. Минздравом России была разработана «Государственная программа развития здравоохранения до 2020 г.», утвержденная затем Правительством РФ и на финансирование которой до 2020 г. планируется потратить 27 трлн. руб. Самый главный риск этой программы, что её финансирование, в том числе увеличение оплаты труда медицинских работников, расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь и другие статьи, предусмотрены за счет увеличения поступлений средств из бюджетов регионов. Вместе с тем, большинство из бюджетов субъектов РФ дефицитны и не могут обеспечить даже существующие сегодня и заниженные расходы на программу государственных гарантий. И опять же, эта программа не основывается на научных данных о здоровье населения и его потребностях в медицинской помощи. Может быть поэтому в развитых странах разрабатываются и реализуются, как это и должно быть, программы улучшения здоровья людей, нацеленные на конкретные результаты, а в нашей стране они направлены на развитие здравоохранения, т.е. на средства улучшения работы медицинских учреждений, что далеко не одно и то же. Все изложенное выше приводит к нарастающей неудовлетворенности граждан доступностью, качеством и платностью медицинской помощи, а также отношением к ним со стороны медперсонала. Здравоохранение теряет свой общественный характер, а медицина- присущую ей гуманистическую направленность. Именно в последние годы в связи с нарастающей коммерциализацией здравоохранения резко понизился уровень медицинского гуманизма, медицинской этики, качества медицинской помощи, что также относится к проблемам врачебных кадров и напрямую связано с образованием. Квалификация врачей нуждается в значительном улучшении, а сами врачи, которые восстанавливают основной ресурс общества- здоровье, переведены как бы в обслуживающий персонал (оказывающий медицинские услуги) с низкой зарплатой и невысоким рейтингом своей профессии. В результате врачи Дальнего Востока, Урала, Алтая, Брянска, Москвы и в других местах стали бастовать из-за имеющихся сложностей в профессиональном росте, вследствие недостаточного внимания к их труду со стороны властей, из-за задержек и так низкой оплаты труда, из-за падения гуманизма и нравственности в медицине и необходимости поборов с пациентов вследствие недоплаты их труда, из-за высокой профессиональной нагрузки и чрезмерной зависимости от чиновников. На врачебную или медсестринскую ставку прожить невозможно, поэтому медицинские работники вынуждены заниматься подработкой, что может негативно влиять на качество их труда. Информация с мест напоминает о прошлых вестях с полей во время «битвы» за урожай. Сплошь и рядом идет информация о закрытии медицинских учреждений и отделений, сопровождаемом протестами пациентов и медработников. В целях «оптимизации» в Липецке власти решили закрыть 200-коечную больницу скорой помощи и на ее месте организовать платный хоспис; в С-Петербурге медики и жители не бесполезно протестовали против закрытия 442 окружного госпиталя и против ликвидации ГКБ №31, в которой вначале хотели закрыть отделение детской онкологии и гематологии, как будто таких больных больше нет; в Москве протестуют против закрытия 60-й больницы и передачи ее в гастроэнтерологический центр, в Челябинской области ликвидируют кардиохирургическое отделение; в Ярославле- многопрофильную городскую больницу №3 превратили в малопрофильную с намерением ее закрыть, против чего протестуют жители (свыше 9000 подписей), а врачи объявили голодовку, что заставило правительство региона отказаться от своего решения; Пермский Минздрав 2 года экономил на стимулирующих надбавках для медиков села; в Свердловской области решили в больницах сократить неэффективно используемые площади, поскольку больницы должны теперь сами оплачивать коммунальные услуги и ремонты; правительство Архангельской области сократило доплаты работающим врачам; Вологодские власти для снижения выплат врачам сельскую больницу перевели в городскую; в Подмосковье стало меньше социальных аптек; только после вмешательства прокуратуры получили зарплату Забайкальские врачи, а Приморские медики не получают зарплату 4 месяца; по данным прокуратуры в С-Петербургском НИИ

онкологии им. Н.Н.Петрова пациентов вынуждают платить за бесплатные медицинские услуги, а в городской поликлинике №74 и ГБ №36 прокуратура обвинила в дефиците врачей руководителей этих учреждений; в 2012 г. отменена бесплатная ординатура по терапии и педиатрии, а к 01.01. 2017 г. будет полностью ликвидирована интернатура по ОВП, педиатрии, терапии, общей стоматологии и т.д. и т.п. И это все происходит без учета мнения медицинской общественности и пациентов (видимо, забыли, что здравоохранение –для пациентов, а не наоборот), без какого-либо научного обоснования. В Москве в конце 2012 г.- начале 2013г состоялись 3 митинга врачей, протестующих против платной для пациентов медицинской помощи, против осуществляемой так называемой «реформы» здравоохранения, против давления чиновников, против кадровой деградации в здравоохранении и массовой ликвидации медицинских учреждений. Все изложенное свидетельствует о полном произволе в здравоохранении, чего в условиях государственно-бюджетной системы быть не может. Забастовочным движением врачей охвачены многие страны, но там выдвигаются несколько иные требования. Например, в Португалии бастовали 90% врачей (их зарплата в государственном секторе-2500 евро, в частном-еще выше), протестовавших против уменьшения финансирования здравоохранения и снижения доступности медицинской помощи бедным слоям населения. В Испании врачи резко выступили против решения о передаче медицинских учреждений, созданных на общественные средства, в частные руки. Под давлением врачей Конституционный суд Испании отменил решение о предоставлении нелегалам медицинской помощи только на платной основе, мотивируя это не только заботой о здоровье нелегалов, но и тем, что отсутствие для них бесплатных профилактики и лечения может негативно сказаться на здоровье всего населения. Пока еще в нашем обществе и даже в медицинской управленческой среде не сложилось понимание того, что основу здравоохранения составляет система «пациент-врач», а все остальное (медицинские учреждения, органы управления, страховые структуры, фонды и т.д.) - это надстройка, задача которой состоит в обеспечении работы базиса. Именно поэтому надстройка должна не лицензироваться, а аккредитоваться, т.е. доказывать, что обладает всеми необходимыми условиями и возможностями для обеспечения нормальной работы базиса. Такой подход принят в развитых странах. А начинать работу по лицензированию, т.е. разрешению на деятельность, следует с врачей первичного звена здравоохранения при расширении их статуса (задач, возможностей и полномочий). Врач общей практики как самостоятельно хозяйствующий субъект может превратиться в субъект права с соответствующей оплатой его труда, профессиональной автономией и ответственностью. При оказании специализированной (амбулаторной или стационарной) медицинской помощи врач является звеном технологического процесса и потому только в отдаленной перспективе может стать субъектом гражданско-правовых отношений с заключением соответствующих договоров при создании для этого необходимых условий. Врачебные специальности по шкале престижности и, соответственно, оплате занимают среди всех специальностей первые 10 мест в США, оставляя позади себя юристов, авиадиспетчеров, банкиров и др., и в испаноговорящих странах и в Японии- второе место, третье место в Скандинавских странах и т.п. Анализ оплаты труда врачей (земских, городских, уездных, военных, железнодорожных и др.) в царской России в 1903 г. показывает, что в сопоставимых ценах сейчас это минимально должно составлять 2500 долл. в месяц. Престижность зависит не столько от занятых в данной профессии, сколько от степени развития общественного сознания, от правильного понимания общественных ценностей, от государственных приоритетов и политики. Видимо, пора создать табель рангов, но не по чиновничьим должностям, а по специальностям. И тогда первый ранг должен быть присвоен, как и во всем мире, судьям, юристам, занятым на государственной службе, и врачам.

Отсутствие федеральной Стратегии охраны здоровья населения препятствует достижению целей по улучшению здоровья населения РФ, разработке региональных стратегий, что в целом существенно снижает эффективность государственной политики в этой сфере деятельности. Таким образом, все вышеперечисленные факторы свидетельствуют о необходимости скорейшей разработки и реализации комплексной Стратегии охраны здоровья населения РФ до 2020 г.

Настоящие «Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 г.» разработаны не в противовес другим документам и ориентированы на ближайшее будущее. Они определяет основные направления для достижения целей по улучшению здоровья населения РФ и повышения его удовлетворенности охраной здоровья и медицинской помощью. Интегральные критерии достижения этих целей - увеличение ожидаемой продолжительности жизни российских граждан с нынешних 70,3 до 74-75 лет и

значительное повышение доли населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи. Стратегия представляет собой форсайт (foresight), т.е. совместное экспертное видение недалекого будущего, т.е. перспективной модели, к которой нужно стремиться, а ее мероприятия являются дорожной картой, показывающей направления движения к этому будущему.

Особенность настоящей Стратегии состоит в том, что она предусматривает комплекс мероприятий, направленный на сохранение и улучшение здоровья населения: создание условий для ведения здорового образа жизни (благоприятная среда проживания, здоровое и качественное питание, безопасные условия труда на производстве, мотивация населения к сохранению своего здоровья), а также доступность и качество медицинской помощи нуждающимся. Главный акцент в части медицинской помощи сделан на обеспечении широкой доступности бесплатной первичной медико-санитарной помощи (а в дальнейшем и всей медицинской помощи) и лекарственного обеспечения населения. И расходы на охрану здоровья, и расходы на оказание медицинской помощи в совокупности с пропагандой здорового стиля жизни не являются безвозвратными затратами, а, скорее всего, инвестициями в будущее страны. В Стратегии показаны необходимые объемы и источники обеспечения государственной системы здравоохранения, в том числе предложено перейти на государственно-бюджетную модель финансирования, как более экономичную и прозрачную. Естественно, универсальной для всех стран модели здравоохранения не существует, хотя в каждой из них должны соблюдаться общечеловеческие гуманистические принципы, изложенные в рекомендациях ООН, ВОЗ, в различных международных хартиях и декларациях (Алма-Атинская, Оттавская, Люблянская, Таллиннская, о правах детей, пациентов и т.д.). В России в 1990-ые годы сформировалась под влиянием извне особая, затратная и не достаточно результативная модель здравоохранения, которую рассматривали в качестве временной меры в ответ на резкое сокращение бюджета и которая основана на значительной экономии бюджетных средств с попытками создания в здравоохранении рыночных отношений, в которых главной целью является получение прибыли, а не улучшение состояния больных, с перекладыванием ответственности за здоровье и здравоохранение на систему ОМС, с ростом недоступности квалифицированной медицинской помощи, с ухудшением отношения к пациентам, что привело к их значительной неудовлетворенности, росту числа судебных исков, а также к недовольству среди медицинского персонала. Получившийся бюджетно-страховой гибрид из моделей Великобритании и США оказался весьма далеким как от государственно-бюджетного характера, так и от страховых принципов. При этом не учитывалось, что обе исходные модели непрерывно эволюционируют, двигаясь как бы навстречу друг другу: американская частно- страховая модель становится все более социализированной, а в государственно бюджетную английскую модель стали проникать отдельные страховые элементы. Российский гибрид показал свою слабую жизнеспособность и в результате здравоохранение должно прибегнуть к какому-либо берегу- бюджетному или страховому. К тому же с 2013 г. финансирование скорой медицинской помощи осуществляется за счет ОМС, что является практически неподготовленным. Подобный предлагаемому в Стратегии переход от страхового к бюджетному финансированию произошел в Италии, Испании, Португалии, Дании, Финляндии, Ирландии, Норвегии, Швеции и Греции, и только Израиль от бюджетного финансирования перешел на систему медицинского страхования. Из стран с ОМС больше всего СМО (фондов, больничных касс) функционирует в Германии (350), Швейцарии и Бельгии (около 100) с тенденцией к их сокращению. Все СМО- частные некоммерческие организации и только в Нидерландах и Швейцарии в ОМС принимают участие коммерческие СМО. При этом должно быть застраховано 100% населения, за исключением Германии и Нидерландов, где госслужащие и лица с месячным доходом в 3500 евро и 3000 евро соответственно обязаны застраховаться по системе ДМС, выплачивая все налоги и обязательные взносы. Взносы составляют от 7.4 до 15% от ФОТ (или из прибыли) всегда с разделением между работником и работодателем. Взнос за пенсионеров вносят они сами или частично субсидируется пенсионным фондом, дети страхуются за счет работников, безработные- из фонда занятости. Доля налогов в финансировании ОМС составляет не менее 30-40% и эти средства идут преимущественно на оплату стационарной помощи по КСГ (DRG), а амбулаторная помощь оплачивается по перечню услуг с элементами подушевого финансирования. Оплата производится по всем статьям затрат, отдельно финансируются капитальные расходы, медицинское образование и общественное здравоохранение. Риски по регионам, структуре населения, занятости и т.д. выравниваются путем перераспределения средств либо путем создания единого централизованного фонда. Медицинские учреждения могут быть государственными, но в основном они частные некоммерческие. В функции ОМС не

входят долгосрочное планирование, охрана здоровья, профилактика и раннее выявление заболеваний, финансирование по приоритетам. Все главным образом сведено к оплате за оказанную медицинскую помощь. Большинство стран сегодня централизуют свои системы финансирования здравоохранения для достижения равенства регионов в этом отношении. Более того, относительно «бедные» системы здравоохранения с финансированием около 1000 долл. на 1 жителя в год и менее (как в России) просто должны быть централизованы, т.к. ими легче управлять, их легче контролировать и удерживать от непроизводительных трат. Правда, в государственно-бюджетных системах есть общая беда- наличие очередей. Однако с этим можно справиться с помощью внедрения контрактных отношений между органами и учреждениями здравоохранения. Контракты (договорные отношения), вместо простого распределения средств, предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество, результаты работы со штрафными санкциями и другими условиями, т.е. по сути, контракт содержит в себе государственное задание. Получается, что контракты содержат в себе некие экономические механизмы, однако не все экономические отношения являются рыночными, особенно если они не преследуют получение прибыли. Опыт Великобритании, Испании и др. показал положительные результаты контрактной системы, в результате чего повысилась эффективность (соотношение затраты-результаты) и снизились очереди на плановую госпитализацию (Дж.Фигейрос и др., 2003). Многие считали преимуществом системы ОМС наличие целевого источника финансирования здравоохранения в виде страхового взноса, но у нас он приобрел форму целевого налога.

В Стратегии особое внимание уделено приоритетам, повышению квалификации медицинских кадров и эффективности управления. Реализация такой комплексной Стратегии потребует вовлечения в работу законодательной и исполнительной власти на всех уровнях(муниципальном, региональном и федеральном), работодателей и общественных организаций. При этом Министерство здравоохранения РФ должно осуществлять иницилирующую и контролирующую роль по критерию здоровья, а обеспечить для этого необходимые условия- прерогатива органов государственной и муниципальной власти. Значимость целей и межведомственный подход, определенные в Стратегии, потребуют по примеру других стран, где здравоохранение является одним из важнейших приоритетов и курируется первыми лицами государства, постоянного контроля со стороны Президента РФ – это на сегодня главное условие достижения успеха на пути улучшения здоровья населения страны. Кроме того, в Стратегии подчеркнута необходимость гражданского (общественного) контроля за ее реализацией. Основными постулатами данной Стратегии являются солидарность, социальная справедливость, равенство, всеобщее покрытие, паритеты ответственности, бесплатный доступ к возможностям охраны здоровья и к качественной медицинской помощи, открытость и публичность, честность и компетентность руководителей отрасли.

В представленном документе обоснована актуальность разработки Стратегии, сформулированы основные проблемы отрасли и внешние вызовы, которые необходимо учесть, а также изложены основные принципы, приоритетные направления и задачи охраны здоровья граждан в РФ. Системный подход позволяет на основании анализа структурно-функциональных связей исследуемой системы выявить основные проблемы и описать систему в терминах дефектов для последующей ее оптимизации. Именно так и построена настоящая Стратегия, которая является научным трудом, поскольку базируется на аналитических разработках и содержит прогностические ориентиры. Иначе говоря, данная Стратегия является не столько политическим, сколько аналитическим документом хотя и определяет политику в сфере охраны здоровья на многие годы вперед. Данный документ посвящен не развитию медицины и в нем идет речь не об экономических подходах, а о развитии системы охраны здоровья в стране, как основы для существенного улучшения здоровья ее граждан, и об организации медицинской помощи нуждающимся в ней. Еще Н.И.Пирогов писал, что главное предназначение врача- внаучении людей быть здоровыми и в лечении тех, кого не удалось научить этому. А Клод Бернар считал, что врач должен знать 3 вещи: условия здоровья, чтобы их сохранять, условия болезни, чтобы их предотвращать, условия выздоровления, чтобы их использовать. Это говорит о том, что знания и функции у врача, прежде всего, в амбулаторно-поликлинических условиях должны быть достаточно широкими и не только связанными с клиническим ведением больных.

2. ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛЬНОСТИ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ

В охране здоровья и здравоохранении накопилось множество острых и не решаемых проблем, хотя по данным Минздрава число удовлетворенных граждан постоянно растет (с 53% до 72%). Однако, это далеко не так,

поскольку эти опросы проводились силами зависимых страховых медицинских компаний (министр является председателем правления ФФ ОМС), которые профессионально не владеют методологией социологических опросов и не имеют опыта подобной работы. По данным Левада-центра, абсолютное большинство недовольных составляет 60%, а число полностью удовлетворенных- всего 15%. Актуальность разработки основных положений долгосрочной Стратегии охраны здоровья граждан РФ обусловлена нижеследующими причинами.

2.1. Неудовлетворительное состояние здоровья населения нашей страны– хуже, чем сегодня в большинстве развитых стран и стран, сопоставимых по ВВП в расчете на душу населения. Так, несмотря на улучшение ряда медико-демографических показателей, достигнутое за последние 6 лет (по официальным данным ожидаемая продолжительность жизни возросла на 5 лет, общий коэффициент смертности снизился на 16%, младенческая смертность снизилась на 35%), сегодня по этим характеристикам РФ продолжает существенно отставать от развитых стран. По оценкам ООН, в 2010-2015 гг. ОПЖ для обоих полов в 70 лет и более будут иметь 57% населения мира, что говорит о не столь уж большом достижении России. Минздрав планирует увеличить ОПЖ до 74 и более лет, но от отраслевых действий это мало зависит, поскольку ОПЖ рассчитывается на основании таблиц смертности, а за счет системы здравоохранения можно влиять на смертность не более, чем в 40% случаев, да и то, в основном, на потенциально устранимые случаи смерти. По данным ВОЗ по уровню здоровья Россия занимает 127 место, а по эффективности здравоохранения- 130 позицию по соседству со странами Африки. При сравнении со странами ЕС ожидаемая продолжительность жизни граждан РФ (оба пола) в 2011 г. составила 70,3 года, что на 5 лет меньше, чем в «новых» странах Евросоюза (ЕС), и на 10,7 года меньше, чем в «старых» странах ЕС. При этом основную долю в структуре смертности – почти 80% составляют потенциально предотвратимые методами профилактики, своевременного выявления и лечения причины преждевременной смерти (заболевания системы кровообращения, новообразования, внешние причины, болезни органов дыхания и др.). Кстати, 70-летняя величина в СПЖ достигнута в 2011 г., а это означает, что страна по показателю СПЖ была отброшена назад более, чем на 40 лет, поскольку этот уровень был зафиксирован еще в 1968-1969 гг. Процесс естественной депопуляции только на 35% связан с низкой рождаемостью и на 65% с высокой смертностью. Если бы у нас умирало столько же, сколько в 1989 г., то сейчас бы отмечался позитивный естественный прирост населения. Смертность населения от предотвратимых причин в России почти в 2 раза выше, чем в странах Евросоюза (ЕС), ожидаемая продолжительность жизни на 8 лет ниже, у мужчин (64.3 года) – самая низкая в Европе, а у женщин (74,9 года) ниже только в Центрально-азиатском регионе. Вымирают и деградируют не только сельские поселения, многие из которых уже исчезли с карты страны, но и по последним данным ООН одиннадцать российских городов попали в список из 28 стремительно исчезающих городов планеты.

Ежегодно в стране происходит 30 тыс. убийств, 36 тыс. самоубийств, особенно среди детей и подростков, что говорит об имеющихся серьезных социальных проблемах. Россия вышла на первое место в Европе по абсолютному и интенсивному (на 100 000 детей и подростков) числу детских и подростковых суицидов, число которых вместе с попытками самоубийства за последние годы возросло на 35-37%. Неудовлетворительные показатели здоровья складываются во всех возрастных группах населения, но особенно в трудоспособном возрасте и в группах младше трудоспособного возраста, однако это не означает, что здоровье пожилых не вызывает беспокойство. Так, по данным официальной статистики смертность населения трудоспособного возраста в 2010 г. была на 21% выше, чем в 1985 г., а показатель несчастных случаев на производстве со смертельным исходом в 2,7 раза превышает аналогичный показатель в «старых» и в 1,6 раза – в «новых» странах ЕС. Турция тратит примерно столько же средств на медицинские программы в расчете на душу населения, но смертность там в 2 раза ниже. Умершие до 60 лет составляют 39.7% от всех случаев смерти. В настоящее время наиболее низкие показатели общей смертности отмечаются в национальных образованиях, в первую очередь Северного Кавказа, а наиболее высокие- в вымирающей Центральной и Северо-Западной России. При этом различия в смертности по территориям достигают 5.3 раз, от 3.7 на 1000 человек в Республике Ингушетии до 19.5 в Псковской области. Не перегружая Стратегию анализом смертности по причинам, скажем лишь, что по многим из них показатель смертности в РФ намного выше, чем в европейских странах. Младенческая смертность в России в 1,2 раза выше, чем в «новых» и в 2 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (при переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения, начиная с 2012 г. эта разница

возрастет еще более). По официальным данным доля детей рожденных больными или заболевших в период новорожденности составляет 36%, а по результатам исследований – в несколько раз больше.

В стране постоянно растет число больных людей - заболеваемость с 1990 по 2011 г. выросла в 1,5 раза, а доля инвалидов в соответствии с российскими критериями составляет 9% населения (13 млн. чел.). Кстати, по новому положению теперь призывников-инвалидов заставят доказывать свою инвалидность. Высокие показатели ранней преждевременной смертности (особенно среди мужчин), заболеваемости и инвалидизации населения влияют на жизнеспособность страны, ограничивают доходы семей и истощают возможности социального обеспечения.

2.2. Население РФ ведет крайне нездоровый образ жизни. Так, распространенность табакокурения среди взрослого населения РФ составляет 40%, что практически в 2 раза выше, чем в странах ОЭСР (21,2%). Потребление алкоголя на душу населения в пересчете на чистый спирт в РФ в 1,7 раза выше, чем в этих странах (16 и 9,5 л соответственно). В результате проведенной антиалкогольной компании в 1980-ые годы с уничтожением запасов спиртного, выкорчевыванием виноградников, запрещением продажи алкогольных напитков и их употребления в ресторанах, на свадьбах и т.д. за три года были спасены 900 тыс. человеческих жизней, значительно возросла рождаемость, снизилось число прогулов, выросли сбережения людей, снизились убытки от травм и отравлений. Кстати, после отмены антиалкогольной компании потребление алкоголя в стране выросло в несколько раз и существенно превысило уровень, предшествующий компании. По данным А.Немцова, доля больных алкоголизмом среди употребляющих коньяк составляет 1.4%, употребляющих пиво- 6%, а водку- 66%. С алкоголем связаны 24% смертности у мужчин и 15% смертности у женщин. Сейчас безалкогольный образ жизни пропагандируется и наблюдается в Чеченской республике. И хотя полностью побороть проблему пьянства и алкоголизма в целом в стране не получится, начинать эту работу с будущих матерей, детей и молодежи. Кроме того, необходимо стремиться изменить структуру потребления алкоголя с крепкого на более легкий, поскольку в

Здесь и далее, если не указано иначе, данные по РФ представлены из Росстата, данные по зарубежным странам - из баз данных ЕС и ОЭСР. Росстат: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/>, дата обращения – 04.06.2012 г.; ВОЗ: <http://data.euro.who.int/hfad/>, дата обращения – 03.07.2012 г., ОЭСР: http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1_0.html, дата обращения – 03.07.2012 г.

России 91.5% приходится на крепкие напитки (и только 4.9%- на вино), во Франции- 80.6%- на вино (и только 12%- на крепкий алкоголь), в Германии и Финляндии- на качественное пиво соответственно 46.9% и 52.7% (на крепкие напитки-26.1% и 35.1%). Число наркоманов по разным оценкам достигло около 1,5 млн чел (1% населения). Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает, что Россия является крупнейшим рынком сбыта героина и потребляет 20% мирового его производства. Однако основная борьба с наркотиками ведется не на путях их распространения и в местах потребления, а с медицинскими учреждениями, которые используют их в качестве обезболивающих средств в особых случаях. По разным данным совокупный социально-экономический ущерб от высокой распространенности алкоголизма и табакокурения среди населения РФ составляет значительную долю ВВП. При этом реализуемых ранее государством мер по борьбе с этими вредными для здоровья привычками было недостаточно. Законопроект Минздрава РФ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» был подготовлен в августе 2012 г. и в конце октября внесен в Государственную Думу. Однако, принятие этого законопроекта затягивается по разным причинам. Тем не менее, государственная позиция по этому вопросу представляется сильной и нуждается в поддержке со стороны общественных организаций, хотя только одними запретами проблему не решить и, к тому же, не все последствия принятия этого законопроекта учтены и просчитаны. Вместе с тем, реальный уровень заболеваемости в России гораздо выше, чем можно было бы предположить исходя из распространенности факторов риска. Например, курящих в Греции значительно больше, а смертность там ниже.

Алкоголь во многом определяет смертность от травм и отравлений, но если элиминировать (условно устранить) эту причину, то разрыв в смертности по сравнению с Западной Европой сократится только на четверть. Питание в России не очень качественное и несбалансированное, но уровень нездорового ожирения в США выше. В Китае смертность ниже, хотя уровень загрязнения окружающей среды намного выше.

Получается, что нездоровый образ жизни и окружающая среда по отдельности не полностью определяют высокий уровень смертности в России, а ведущими факторами, несмотря на то, что люди стали жить несколько лучше, со стороны населения являются депрессивное состояние и пессимизм вследствие колоссального материального и психологического неравенства, неудовлетворенности своей жизнью и своей незащищенности. Эти выводы сделаны американским ученым, экономистом и демографом Н. Эберстадтом, который на протяжении 35 лет анализировал смертность в России. А исследования ОЭСР показали, что частично в основе многих факторов риска находится неудовлетворенность личной жизнью. Однако, из изложенного не следует, что системе охраны здоровья и созданию условий для здорового образа жизни можно не уделять столько внимания. Напротив, именно сочетание всех указанных факторов, а не классическая медицина, является определяющим моментом в улучшении здоровья населения, а традиционное здравоохранение в нашей стране предназначено не для сохранения и укрепления, а для восстановления здоровья и трудоспособности.

2.3. Государственная политика, направленная на снижение влияния неблагоприятных факторов на здоровье населения, недостаточно эффективна.

Такая политика подразумевает на перспективу меры по контролю за производством и распространением только качественных продуктов питания; по созданию экологически благоприятных условий проживания, труда и отдыха населения; по мотивации населения к ведению здорового образа жизни; по обеспечению качественного водоснабжения, по борьбе с бедностью и безработицей, по созданию возможностей для физического, умственного и духовного развития граждан и др.

Так, например, со времен антиалкогольной компании (1985-1987 гг.) до 2009 г. Правительством РФ не проводилось адекватных мер в этом направлении. Только в 2009 г. была принята «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года», а меры по снижению табакокурения предложены лишь с 2011 г. Значительная часть населения целого ряда городов страны с сохранившейся промышленностью проживает в неблагоприятных экологических условиях. По имеющимся данным около 77% предприятий в России относится к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Все это вкупе с низкой выявляемостью профессиональных заболеваний и свертыванием программ охраны здоровья работников на производствах, ведет к ухудшению здоровья работающих граждан.

Следует отметить, что в РФ недостаточно условий для занятий по интересам, активного отдыха и занятий спортом: мало кружков, спортивных площадок, стадионов, секций для занятий спортом для детей и молодежи, а имеющиеся спортивно-оздоровительные клубы недоступны для большинства населения из-за высокой стоимости посещения.

2.4. В стране накопились серьезные проблемы, препятствующие как инициации действенных государственных мер по охране здоровья населения, так и оказанию доступной и высококачественной медицинской помощи нуждающимся. Среди них главными являются:

Существенное недофинансирование условий и возможностей для охраны здоровья граждан и ведения ими здорового образа жизни, хотя потребность в них велика.

Недофинансирование здравоохранения за счет общественных (государственных) средств, как минимум в 2 раза, отсюда нет и достойной оплаты труда медицинского персонала, и достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, и возможности широко применять современные технологии лечения, и обеспечивать больницы современным оборудованием и расходными материалами. Во всех странах отмечается рост расходов на здравоохранение, но только в странах с медицинским страхованием из-за отсутствия централизованного механизма сдерживания они опережают темпы роста ВВП.

Этот рост расходов обусловлен внедрением новых дорогостоящих медицинских технологий и связан не только с постарением населения, но и с последними 2-3-мя годами жизни, причем на молодых в этот период затраты выше, чем на пожилых, а в странах с медицинским страхованием - с отсутствием или слабостью сдерживающих механизмов. Поэтому не случайно здравоохранение в развитых странах стало наиболее приоритетным, с ответственностью первых лиц государства. В РФ за последние годы финансирование здравоохранения возросло, покрывая инфляционные издержки (хотя и недостаточно в сравнении с другими странами и имеющимися потребностями), однако это не привело к ожидаемому улучшению здоровья граждан,

поскольку дополнительные средства тратились без учета обоснованных приоритетов, способствующих улучшению результатов деятельности здравоохранения, либо завышалась стоимость выполняемых работ. Кроме того, выделяемые средства находятся за пределами минимально необходимого объема финансирования здравоохранения. В 2011 г. государственные расходы на здравоохранение (включают расходы на программу государственных гарантий, образование, инвестиции в инфраструктуру и санитарно-эпидемиологическое благополучие) составили только 3,7% от ВВП, т.е. 2 трлн. руб. (без частных личных платежей), что гораздо ниже, чем в среднем в «новых» странах Евросоюза (Венгрии, Чехии, Польше и Словакии — 6% ВВП). В США в 2012 г.-18% ВВП (в 1960 г.-5% ВВП, в 2000 г.- 14% ВВП), а в 2023 г. эта величина достигнет 21%ВВП. При этом «новые» страны имеют близкий к РФ ВВП на душу населения в год – 21 тыс. \$ППС (доллар, оцененный по паритету покупательной способности). Большее финансирование здравоохранения позволяет им уже сегодня иметь ожидаемую продолжительность жизни в 76 лет, то есть даже лучший показатель, чем тот, который запланирован в РФ к 2020 г.

Между тем, по расчетам Центра развития НИУ-ВШЭ, доля федеральных расходов на здравоохранение в 2015 г. будет снижена в процентах от ВВП почти в 2 раза, а в номинальном исчислении – в 1.5 раза. Это означает, что финансовая ответственность перекладывается на дефицитные бюджеты субъектов федерации, систему ОМС и самих граждан. Экономия государственных средств приводит к неконтролируемому росту личных расходов, чего не должно быть в социальном государстве (Конституция РФ, статья 7). Правда, в долгосрочном прогнозе социально- экономического развития России до 2030 г., помещенном на сайте Минэкономразвития, подчеркнуто, что за 2013-2020 гг. на финансирование программы «Развитие здравоохранения» планируется потратить 27 трлн. руб. Жизнь покажет, сколько будет выделено на самом деле, дойдут ли все средства до назначения и как это все отразится на здоровье граждан и их удовлетворенности.

Высокие личные расходы граждан на медицинскую помощь. Это является следствием недофинансирования бесплатной медицинской помощи. Так более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги и большинство доплачивают за высокотехнологичную помощь. Доля личных расходов населения на медицинскую помощь от общих расходов на здравоохранение в РФ выше, чем в странах ОЭСР, при относительно низких доходах. По данным ВЦИОМ (декабрь, 2012) 33% амбулаторных пациентов с доходом ниже среднего уровня выбирают самолечение, 55% предпочитают обращаться в государственные поликлиники и только 6%- в платные медицинские учреждения. Услуги частной медицины востребованы у россиян средних лет (9%) и высокообеспеченных (10%). Всего 1% заболевших обращаются за помощью к народным целителям и в нетрадиционную медицину, а 4% заболевших ничего не делают. Положение дополнительно усугубляется наличием неформальных платежей. Такая ситуация, в основном, характерна для городских жителей, а на селе преобладает не столько платность, сколько резкое снижение доступности медицинской помощи. Как следствие всего этого, многие больные вынуждены отказываться от лечения и приобретения необходимых лекарств, заниматься самолечением, обращаться за медицинской помощью на поздних стадиях. Все это приводит к росту числа запущенных и тяжелых случаев заболеваний, к хронизации патологии и увеличивает потребности в более дорогостоящих видах медицинской помощи и, соответственно, затраты.

Система аккумулирования и распределения государственных средств на здравоохранение неэффективна. Во-первых, сложившаяся в РФ смешанная бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения более затратна по сравнению с только бюджетной моделью, финансируемой из налогов, которая сегодня принята в большинстве стран ЕС. Во-вторых, она реализуется через частные страховые медицинские организации, которые больше заинтересованы в извлечении прибыли, чем в улучшении здоровья населения, и даже экономически заинтересованы в том, чтобы медицинские учреждения работали хуже (штрафные санкции), а не лучше. Не всегда эксперты, привлекаемые страховыми организациями, более квалифицированы, чем проверяемые ими врачи. И это в сочетании с усиленным чиновничьим надзором вызывает у врачей негативное отношение к сложившейся системе. В-третьих, наличие множества источников и распорядителей государственных средств на здравоохранение снижает эффективность управления этими средствами. К этому же можно отнести и отсутствие законодательства и нормативно-правового обеспечения, способствующего большей эффективности и прозрачности выделяемых средств. И, в-четвертых, ни один из бюджетов (федеральный, региональные и ОМС) не несет субсидиарной ответственности за дефицит реализации

программы государственных гарантий в территориях от установленных федеральных нормативов финансирования. В результате ежегодно в большинстве субъектов РФ формируется значительный хронический дефицит реализации территориальных программ государственных гарантий (в 2011 г. - на 238 млрд. руб., в 2012 г.- 820 млрд. руб.). В ближайшие три года доля расходов федерального бюджета на здравоохранение снизится в 2 раза. Для обеспечения бесплатной медицинской помощи требуется минимально 1.5 трлн. руб., а на 2012 г. под пересмотренные стандарты медицинской помощи выделено только 680 млрд. руб. Получается, что платная медицина на сегодня- это навязываемая неизбежность. Кстати, в связи с недофинансированием здравоохранения и если оно будет затяжным, то дополнительная заработная плата (от средней по региону: для врачей-200%, медсестер-100%) может формироваться из платных медицинских услуг, на долю которых приходится до 30% всего финансирования, и за счет средств ОМС, а также за счет сокращения кадров, коек и медицинских учреждений, передачи их в концессию в частные руки и т.д. Такой сценарий нарастающей коммерциализации здравоохранения прямо противоположен изложенному в Стратегии, для которого «рельсы» уже проложены, вполне возможен. Тем не менее, при условии роста финансирования здравоохранения, без чего Стратегия не может быть реализована, потребность в программе государственных гарантий отпадет и медицинская помощь будет бесплатно по примеру других стран оказываться тем, кто в ней нуждается.

Сложившаяся в стране система ОМС имеет намного больше недостатков, чем преимуществ. Как известно, основными постулатами солидарной системы ОМС являются: богатый платит за бедного, работающий- за неработающего, здоровый- за больного. У нас обязательный страховой взнос (по сути налог) платит работодатель не из своей прибыли, а из фонда оплаты труда, т.е. за счет недоплаченной зарплаты работающим. Когда эта система только вводилась в 1990-ые годы, в стране практически зарплата была тождественна доходам для большей части граждан. Однако сейчас малая часть граждан (состоятельных) располагает прнобладающей долей совокупного дохода и в результате получается, что работающие, получающие зарплату, оплачивают медицинскую помощь тем, кто имеет более высокие доходы при низких официальных зарплатах. И в результате получается, что у нас бедный платит за состоятельного (а богатые уже давно не пользуются нашей медициной), и потому ни о какой солидарности не может быть и речи.

ОМС предназначена для функционирования в условиях преимущественно частного (некоммерческого) здравоохранения, однако даже при этом она демонстрирует свою затратность и относительно невысокую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, возможность для коррупции и нецелевого расхода средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д. В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи, расходуется 10-20% средств ОМС. Кстати сказать, даже на своей родине, в Германии, система страхования переживает сейчас далеко не лучшие времена, и об этом открыто говорят немецкие специалисты, в т.ч. депутаты бундестага. Там, в связи с ростом СПЖ возрастает число пожилых людей, а, как известно, наибольшие объемы медицинской помощи потребляют не работающие, а дети и пожилые. При этом численность работающих не растет и страховые взносы остаются прежними. Средств на медицинскую помощь в течение последних 10-15 лет стало катастрофически не хватать. Вначале возникла идея увеличить страховые взносы, но против этого восстали работники, работодатели и профсоюзы. Затем была предпринята попытка уменьшить доходы врачей. Но на двух съездах Немецкой врачебной палаты врачи, обсудив это предложение правительства в деталях, его отвергли. Далее, попытались снизить затраты на медицинскую помощь пожилым, введя для них минимальные стандарты лечения. Но пожилые расценили это как нарушение прав человека. И вот теперь там рассматривается предложение некоторых минимальных изменений, но сразу по всем трем направлениям. Можно предположить, что это только временное и паллиативное приглушение проблемы, которая через некоторое время возникнет вновь, и тогда потребуются совсем другие решения. В принципе ОМС это система для бедных (по типу кассы взаимопомощи, куда богатые не обращаются), она крайне актуальна в условиях частной медицины (там она и родилась), когда застрахованным что-то гарантируется, и побуждает к созданию минимального пакета услуг, дополненных платными услугами

(непосредственная оплата или соплатежи) и добровольными схемами частного страхования.

Постулат «работающий платит за неработающего» отражает реальную картину, т.к. в т.ч. из налогов работающих и предприятий формируется местный бюджет, из которого сейчас в России осуществляются страховые выплаты в ОМС за неработающих граждан.

И, наконец, третий постулат также соблюдается, т.к. взносы платят работодатели за всех, а помощь за эти средства получают только нуждающиеся. Страхование по своей сути представляет возмещение возможных потерь (утрат) и как бы устремлено в будущее, а в данном случае речь идет об оплате за ретроспективно оказанную медицинскую помощь. Страховой случай при этом наступает не вследствие какого-либо ущерба, а при необходимости получения медицинской помощи в качестве оплаты медицинскому учреждению. Иначе говоря, социальное страхование здоровья - это классический пример страхования, а ОМС - это не страхование, и представляет собой не более как специальную систему финансирования медицинской помощи.

В соответствии с ФЗ №326 «Об обязательном медицинском страховании» базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий. Парадокс заключается в том, что часть, т.е. базовая программа ОМС с обозначенными видами первичной и специализированной помощи, реализуется по закону, а целое, т.е. Программа государственных гарантий (включая базовую программу ОМС) утверждается постановлением Правительства РФ. Согласно ФЗ №326 страховые организации могут увеличить свой доход за счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, т.е. быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы. Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или сменить страховую медицинскую организацию, осуществить выбор врача или медицинского учреждения (особенно на селе), что делает закон больше декларативным, чем действенным. О каком выборе может идти речь, если на страховом поле ОМС зарегистрировано 105 страховых компаний, а преимущественная часть средств распределяется только среди нескольких? Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда, кроме крупных городов, в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл. Для развития конкуренции помимо полностью частной медицины необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля «эффективных» городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг. Всего этого в сочетании и даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет.

Работодатели в качестве страхователей являются бесправными, не могут влиять на эффективность использования уплачиваемых страховых выплат и в соответствии с законом имеют только право на получение некоторой информации от страховщика. Опасность для пациентов или ворота, через которые страховые компании будут экономически заинтересованными в предъявлении пациентам в том числе неоправданных исков, представляют собой некоторые положения закона. Имеются противоречия между пунктами одной и той же статьи, где, с одной стороны, говорится, что страховая медицинская организация, участвующая в системе ОМС, может иметь любую организационно-правовую форму, а с другой, что она должна осуществлять свою деятельность на некоммерческой основе. При этом одновременно страховой медицинской организации разрешается размещение временно свободных средств, что придает деятельности коммерческий оттенок.

Включение в систему ОМС оплаты за скорую медицинскую помощь и частных медицинских учреждений выглядит, по меньшей мере, странно и недостаточно подготовленным.

В пояснительной записке к закону очень невнятно и как бы между прочим говорилось о том, что страховые медицинские организации могут способствовать проведению профилактических мероприятий, но в самом законе и в основных принципах ОМС об этом нет ни слова, да к тому же они в этом экономически не

заинтересованы. Из системы ОМС средства выплачиваются медицинским учреждениям не за результаты лечения, а за количество оказанных медицинских услуг, что не делает ЛПУ экономически заинтересованными в улучшении результатов своей работы. Вообще, система ОМС воспитывает у новых поколений врачей вкус к товарно-денежным отношениям, когда не пациент и его проблемы находятся в центре внимания врача, а его финансовые возможности, что противоречит клятве Гиппократова, гуманизму медицины и подрывает основы здравоохранения как социальной системы. Имеются и другие недостатки смыслового и редакционного характера. В целом в ФЗ №326 ни об улучшении здоровья, ни о развитии здравоохранения, ни о совершенствовании медицинской помощи ничего не говорится.

Для определения необходимых объемов медицинской помощи не проведены соответствующие исследования потребности населения, и это означает, что объемы определяются как среднепотолочные, исходя из предыдущих лет. А истинная потребность граждан в различных видах медицинской помощи так и остается загадкой. Не прослежена связь между законом об ОМС и принятым законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», как будто они подготовлены для разных стран, а не для одних и тех же медицинских учреждений. Поэтому, в частности, не предусмотрена стыковка между государственными и муниципальными заданиями (ФЗ № 83), с одной стороны, и выбором пациентом медицинского учреждения, с другой.

В законе ни в малейшей степени не прослеживается роль медицинских профессиональных ассоциаций, сообществ пациентов как в составлении территориальных программ ОМС, так и в работе комиссий, распределяющих между страховыми организациями объемы медицинской помощи и определяющих тарифы. Некоторые пункты закона могут представлять собой лазейки для коррупции. Споры между страховой организацией и медицинским учреждением теперь разрешаются не путем независимой экспертизы, а чиновником из территориального фонда ОМС. В законе страховые медицинские организации представлены не в виде страховщиков (страховщик там - ФФОМС), а в качестве посредников с соответствующими налоговыми последствиями для них. В результате они не имеют никакого экономического интереса в оптимизации расходов по ОМС и, что отсюда вытекает, слабо заинтересованы в оказании застрахованным качественной медицинской помощи. Поэтому страховые медицинские организации, как не справившиеся с возложенными на них задачами, могут быть безболезненно исключены из системы ОМС. В результате внедрения ОМС на фоне роста расходов на здравоохранение становятся практически недоступными даже достаточно простые виды медицинской помощи. Возникает порочный круг: из-за низкой заселенности территории и снижения экономической эффективности ряда существующих медицинских учреждений сокращается единственная поликлиника, больница, амбулатория или фельдшерско-акушерский пункт, а, в свою очередь, не имея доступа к медицинской помощи, коренное население стремится перебраться в более крупные населенные пункты, усиливая тем самым российское безлюдье. На самом деле ОМС не должна страховать всех детей и всех пожилых (это прерогатива государства), а только работающих и членов их семей.

Вполне резонно возникает вопрос, а нужна ли нам вообще такая система обязательного медицинского страхования? Не лучше ли вместо того, чтобы придать ей косметические изменения, отказаться совсем от нее и перейти на государственно-бюджетную модель, дополненную развитой системой добровольного медицинского страхования, что дает пациентам возможность выбора при одинаковых стандартах и протоколах медицинской помощи? Кстати, государственно-бюджетная модель предусматривает приоритет доступности медицинской помощи населению над ее экономической эффективностью и над обращаемостью, независимо от степени заселенности территории. Такие мысли уже появлялись у многих специалистов, и не один раз. Например, Е.Ш.Гонтмахер еще в 2010 г. предлагал ликвидировать систему ОМС, как не оправдавшую себя в современных условиях России.

Диспропорция и неоптимальная структура медицинских кадров, связанные с низкой оплатой их труда (на 21% ниже, чем в среднем в экономике).

Во-первых, в российском здравоохранении существует дефицит врачей, о чем поднимался вопрос еще 30-35

лет тому назад, но только сейчас до Минздрава дошло, что кажущееся перепроизводство врачей в РФ является мнимым. Многие отечественные специалисты были категорически не согласны с теми зарубежными экспертами, которые утверждали, что у нас слишком много врачей и что срочно нужно сокращать приемы в медицинские вузы. И действительно, по показателям обеспеченности населения врачами наша страна как бы впереди планеты всей - 44 врача на 10.000 населения, т.е. 1 врач на 227 человек. Но к врачам статистика относит таких специалистов, которые в других странах не являются медицинскими профессиями, в т.ч. физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре, работники сан-эпидслужбы, главные врачи и др., а стоматологи регистрируются отдельно и не входят в понятие «врач». К тому же, далеко не все лица, получившие высшее медицинское образование, затем работают в здравоохранении, а это почти 30% выпускников, которые в силу многих причин покидают отрасль. «Бегство» из врачебной профессии в последнее время ускорилось, что во многом обусловлено отношением власти к врачам, бюрократизацией врачебной деятельности, очень низкой престижностью врачебной профессии, недостаточными возможностями для профессионального роста, большой физической и психологической нагрузкой, низким уровнем безопасности работы и крайне недостаточной оплатой ответственного врачебного труда.

В результате, по данным Минздрава РФ, не хватает 148.2 тыс. врачей при ежегодном их выпуске в 52 тысячи (2012 год), а это значит, что с учетом движения врачебных кадров (ежегодное выбытие составляет 22 тыс.) для ликвидации указанного дефицита потребуется не менее 5 лет целенаправленной работы. Так, например, на Камчатке не хватает 500 врачей и 1000 медсестер, в поликлиниках Казани- 400 врачей, в Саратовской области- 2000 медработников, в Свердловской области не хватает 40% врачей (почти 4000 врачебных ставок пустуют), не хватает врачей в Красноярском (около 7000) и Хабаровском краях, в Амурской области, в Иркутске, значительный дефицит медсестер в Пермском крае, в Тольятти дефицит медсестер составляет 33%, а врачей -45% при их среднем доходе от всех видов работы- 9811 руб., и т.д. В результате нагрузка врачей на амбулаторном приеме (40-60 пациентов) существенно возрастает и страдает качество. Это же подтверждено результатами исследований в университете Джона Хопкинса (2013), где было научно доказано, что чрезмерные нагрузки на врачей подрывают безопасность пациентов, приводят к некачественному лечению, а это только увеличивает расходы на здравоохранение.

Во-вторых, оказалось нарушенным соотношение между врачами и средним медицинским персоналом (1 к 2.1), что вынуждает врачей во многих случаях выполнять медсестринские функции. Как хорошо известно, во многих странах, в первую очередь, в Швеции, Англии и Нидерландах, медицинские сестры составляют основу здравоохранения, особенно его первичного звена, восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, т.е. в тех службах, с которых начинается и заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии 80% амбулаторных пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В повсеместно распространенных в Скандинавских странах в городах и на селе центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев. В США медицинские сестры нередко выполняют административные функции, являясь заведующими отделениями в больницах или состоя в администрации больниц. А врач при этом оперирует пациентов, либо их консультирует. Если врач в РФ в стационаре ведет 20 больных на ставку, то в США- 100, поскольку больных там ведут медицинские сестры, выполняющие многочисленные назначения, а врач координирует деятельность довольно большого коллектива. Кстати, в США в расчете на одну больничную койку медицинского персонала в 6 раз больше, чем у нас, что позволяет там организовать в больницах непрерывный лечебно-диагностический процесс. В условиях амбулаторной помощи, особенно в муниципальных «миниполиклиниках» США, медицинские сестры работают самостоятельно, выполняя патронажные функции, обслуживая вызовы на дом. В Великобритании, к примеру, закон о медицинских сестрах, как о самостоятельном институте, действует с 1902 г. В Англии все чаще медсестры занимаются самостоятельной практикой и им разрешено выписывать фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств. Не только в США, но и во многих других странах

не врачи, как у нас, а медицинские сестры обслуживают вызовы на дом и они же приглашают врача посетить пациента на дому при необходимости. К сожалению, у нас в стране организовать работу подобным образом пока не представляется возможным из-за деструктивных процессов в муниципальном здравоохранении, дефицита всех категорий медицинских работников в первичном звене здравоохранения, недостаточного количества среднего медперсонала (по официальным данным не хватает более 800 тыс. медсестер) и крайне низкого соотношения врачей и медсестер при том, что оно должно быть, по крайней мере, как 1 : 4 (в Великобритании и Канаде-1: 5). Кстати сказать, на селе, где на 26.2% населения страны (в 1897 г.-86.6%) приходится всего 7.4% всех врачей из 628.7 тысяч, медицинские сестры, фельдшера и акушерки должны играть более значимую и самостоятельную роль, чем в городах, а местами их могут заменить или дополнить подготовленные парамедики. Правда, сейчас имеет место целый ряд ничем не обоснованных предложений по устранению дефицита врачей на селе путем создания там модульных медицинских офисов без медицинских работников, обеспечивающих дистанционное консультирование пациентов высококвалифицированными врачами разных специальностей на большом расстоянии. При этом непонятно, кто будет наблюдать за пациентами, лечить их, осуществлять вызовы на дом и т.д. На самом деле такие консультации предназначены не для пациентов, а для лечащего врача. В небольших населенных пунктах Минздрав намерен создать домовые хозяйства первой помощи, а сельским медикам, согласно подготовленному законопроекту, разрешить дежурство на дому с соответствующей оплатой. Между тем такой опыт в мире, когда врачи общей практики дежурят на дому и принимают пациентов на дому в неприемные часы, существует не менее 90 лет.

Опыт, накопленный в ряде городов РФ, свидетельствует о том, что роль медсестер в создании школ здоровья, школ для пациентов с отдельными заболеваниями (гипертензией, остеохондрозом, диабетом и др.), школ для анонимных алкоголиков и т.п. исключительно велика.

Третьей проблемой врачебных кадров является их структурная диспропорция. Так, за последние годы число врачей терапевтического профиля уменьшилось на 20.4%, педиатрического- на 5.3%, врачей скорой помощи- на 8.8% при значительном росте врачей-специалистов. В стационарах число штатных должностей врачей выросло на 15.9%, а в первичном звене сократилось на 3.2%. Иначе говоря, ожидаемого укрепления врачами первичного звена здравоохранения так и не произошло, следовательно, основная надежда в этом отношении возлагается на средний медицинский персонал. В стране не хватает целого ряда специалистов при существенном переизбытке стоматологов (на 25%), урологов и некоторых других специалистов. Кроме того, отмечается территориальная диспропорция, проявляющаяся в значительном дефиците врачей на селе, в отдаленных районах, в малых городах и поселках, в неравномерном распределении врачей по стране (от 10 до 60 врачей на 10.000 населения в разных регионах), диспропорция по уровням медицинской помощи (в стационарах отмечается существенный переизбыток врачей, а в первичном звене их катастрофически не хватает).

Четвертая проблема- это миграция врачей и медсестер, как внешняя- в другие страны, так и внутренняя, включая «бегство из профессии». Как показывают результаты крупного исследования, ради достойного будущего и благополучия семьи в пределах страны сельские врачи хотели бы уехать чаще, чем городские, хотя последних притягивают более крупные города и работа в частных клиниках. Но на первое место в причинах миграции врачи ставят возможности профессионального и карьерного роста, для чего не всегда создаются необходимые условия. Не менее важным фактором является низкая оплата труда, и это имеет отношение к 80% врачей; далее они определили желаемые социальные гарантии, условия труда, давление чиновников и т.п. Тем не менее, только отдельные регионы обладают полезным опытом сохранения медицинских кадров. Все это вместе взятое свидетельствует об отсутствии на протяжении последних 30 лет какой-либо реальной кадровой политики в системе здравоохранения. В срочном порядке следует восстановить Совет по кадровой политике при министре здравоохранения. Получается, что сейчас необходимо снимать слои накопленных многолетних проблем кадровой бездеятельности.

Но только этим проблемы врачебных кадров не ограничиваются. В стране согласно имеющейся кадровой номенклатуре насчитывается 96 врачебных специальностей, что является полным нонсенсом, ибо у нас перепутали понятия «врачебной специальности» и «врачебной специализации». Например, в США согласно

Директории врачебных специальностей их насчитывается всего 24, причем для каждой из них имеется набор требований по образованию, знаниям, навыкам и умениям и разработаны специальные стандарты и профессиограммы. У нас же специальности формируются исходя из необъективных критериев и нередко под отдельные личности. Например, мануальная терапия или иглорефлексотерапия- это разве специальности, хотя и были введены приказами отраслевого министерства? Во-первых, это специализация, а во-вторых, эти методы не имеют достаточных клинических доказательств, исходя из доказательной медицины. Перечень и характеристики специальностей являются устойчивыми, не часто сменяемыми в отличие от специализации, которые формируются в зависимости от появившихся и клинически обоснованных новых методов или медицинских технологий.

Всего медицинской деятельностью занимаются менее 10 000 врачей общей практики, что составляет всего 1.5% от всех врачей, а должно быть их в 35 раз больше.

В Великобритании, где 95% больниц принадлежат государству, большинство врачей и иных медработников являются государственными служащими, равно как и сотрудники подчиненных Департаменту здравоохранения и социальных служб США научных центров. Вероятно, этот опыт в какой-то степени можно использовать и в РФ.

Неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Нет врача - плохо, но нет квалифицированного врача- также плохо. Во многом квалификация формируется при додипломном и последипломном образовании. По мнению Р.Акчурина в такой стране, как наша, медицинское образование должно быть бесплатным, и довольно большое число выпускников медицинских вузов, получивших образование за плату, сегодня не в состоянии работать врачами. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, одногодичная смертность и пятилетнее недожитие у онкологических больных, коэффициент больничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах – в РФ в 1,5-2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР. Между тем, квалификация в определенной мере влияет на качество медицинской помощи и ее результативность. Положение усугубляется тем, что нередко у врача на селе или в малом городе имеется мало возможностей для профессионального роста, для качественной медицинской помощи из-за отсутствия нужных лекарств и материалов. И это является главной причиной «бегства» из профессии, несмотря на предусмотренное материальное поощрение.

Неудовлетворительное состояние инфраструктуры и материально-технической базы здравоохранения. Поражает непродуманность многих решений и действий и непросчитанность их возможных последствий. За последнее десятилетие практически полностью ликвидировано муниципальное здравоохранение, что крайне негативно отразилось на доступности и качестве медицинской помощи на селе. Так, число районных и центральных районных больниц сократилось на 40%, амбулаторно-поликлинических учреждений - на 20%.

За последние годы по данным Росстата почти в 2 раз сократилось число стационаров, (а на селе- в 4 раза), закрыты 32 ЦРБ, 103 районные больницы (осталось 91), свыше 8000 ФАПов (а согласно действующим нормативам 1 ФАП должен в среднем приходиться на 700 жителей), 5339 амбулаторно-поликлинических учреждений (на селе их число уменьшилось в 3.2 раза), 232 станции (отделения) скорой медицинской помощи (в результате частота вызовов СМП на 1000 жителей на селе в 2.7 раза ниже, чем в городах), 600 диспансеров (осталось 1048), а на селе их стало в 2 раза меньше, 1000 санаторно-курортных учреждений (осталось всего 1945), 25 домов ребенка, сокращены 511 тыс. больничных коек, в дневных стационарах насчитывается всего 83,1 тыс. коек дневного пребывания и т.д. И это при низком уровне медицинской активности, значительно большем на селе радиусе обслуживания, особенно с учетом состояния сельских дорог и транспортных сообщений, преобладания маломощных учреждений, значительно удаленных друг от друга, отсутствия у граждан возможностей выбора медицинского учреждения и врача, низкой доступности специализированной медицинской помощи, которая все больше смещается в областные и республиканские учреждения, а, значит, становится менее доступной. Сельские жители только в 40% случаев обращаются за медицинской помощью при болезни, в 2 раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь в

крайне тяжелых случаях. Поскольку у нас заболеваемость регистрируется по обращаемости, а доступность медицинской помощи на селе резко снижена, то наши селяне по бумажкам могут стать самыми здоровыми в мире. Все это, скорее всего, было обусловлено экономическими причинами, желанием сократить расходы, но сиюминутные выгоды впоследствии обернутся значительными потерями. Это же относится к процессу укрупнения медицинских учреждений в городах и к другим мероприятиям, при подготовке и реализации которых не учитывались потребности и интересы пациентов.

Из 4.5 тысяч сельских участковых больниц осталось только 400 на всю страну (а в царской России только за 5 лет, 1906-1910 гг., число сельских врачебных участков возросло на 16.4% со средним радиусом обслуживания в 20-30 км), а это означает, что даже до фельдшера теперь нужно добираться за 40-60 км при наших дорогах, по которым мы занимаем 136 место из 144 стран мира, и существующих транспортных сообщениях, что резко снижает доступность медицинской помощи. В царской России были образованы сельские врачебные участки, число которых только с 1906 по 1910 г. выросло на 16.5%, причем на каждом участке находились бесплатные для селян (а они составляли более 80% населения страны) сельские больницы с врачом или приемный покой. Наилучшим образом была организована земская медицина, финансируемая из средств земства, где радиус участкового обслуживания не превышал 15-20 верст с численностью населения на врачебном участке до 30 тыс. человек. Хуже было организовано здравоохранение в тех местностях, где не было введено земское самоуправление. Власть в то время понимала необходимость приближения медицинской помощи к населению. Понятно, что сейчас 80% коечного фонда на селе выполняет медико-социальные функции, но из этого не следует, что все койки на селе следует закрыть. Многие больницы закрыли из-за низкой их экономической эффективности, однако не она должна быть доминирующей в здравоохранении и все нужно делать по уму и с учетом интересов пациентов. Например, в Ярославской области ликвидировали не эффективный родильный дом на селе, что заставляет беременных добираться за сотню километров до места родов. Не пациенты должны добираться до медицинской помощи, а медицинская помощь общего типа должна быть приближенной к пациентам. Почему бы, к примеру, в закрытом роддоме не организовать ФАП или АП с выездной бригадой врачей при необходимости? Нередко в погоне за экономией средств для пациентов создается множество неудобств и препятствий, что снижает доступность медицинской помощи. Нельзя забывать о том, что в здравоохранении экономическая эффективность играет существенную роль при равнозначных альтернативных вариантах, и тогда следует применять методы экономического анализа (cost-minimization, cost-benefit, cost-effectiveness, cost-utility), сопоставляя результаты и затраты. Некоторые из ликвидированных больниц превращены в филиалы более крупных больниц, другие - в сельские амбулатории, в которых нет врачей, третьи - в отделения восстановительного лечения. Если ничего не менять, то село будет обречено на вымирание. Не утихают в стране скандалы, связанные с массовым закрытием районных больниц и родильных отделений, осуществляемым под лозунгами оптимизации и модернизации. И хотя чиновники Минздрава РФ перекладывают ответственность за это на местные органы власти, отмеченные процессы стали частью общей политики в сфере здравоохранения.

Большой вред сельскому здравоохранению нанес Приказ Минздравсоцразвития от 13.10. 2005 г. №633 «Об организации медицинской помощи», ликвидировавший многие виды специализированной помощи на уровне муниципальных районов, но который спустя 4 года был отменен. В отраслевом министерстве решили вместо закрытых амбулаторий и сельских участковых больниц создавать модульные фельдшерско-акушерские пункты, где будет рабочее место врача (?), процедурный кабинет и аптечный киоск. «Новая» идея, но со старыми дырками, ведь это все было на селе до 1991 г. и в ФАПах были кабинеты фельдшера, акушерки, процедурный кабинет, аптечный киоск, смотровая и перевязочная. И это все нужно было разрушить, чтобы потом ускоренно воссоздавать. Дело дошло до того, что Президент страны вынужден давать поручения о ликвидации дефицита медицинских кадров на селе. О каких ФАПах (их число за последние 17 лет уменьшилось на четверть) может идти речь, если фельдшеров на всю страну осталось 160 тыс., а акушерок - только 64 тыс., причем их число систематически и быстро сокращается.

Однако проблемы сельского здравоохранения только с помощью ФАПов не решить. Нужны комплексные меры, в т.ч. в области подготовки и привлечения медицинских кадров. По официальным данным, из всех больничных учреждений свыше 30% нуждаются в ремонте или реконструкции, многие из них не имеют горячего

водоснабжения, центрального отопления, водопровода, канализации, в отдаленных районах размещены в бывших конюшнях и других приспособленных помещениях, а из числа амбулаторно-поликлинических учреждений таких несколько меньше. По сути муниципальное здравоохранение в урезанном виде превратилось в государственное, поскольку и финансирование, и имущество оставшихся бывших муниципальных учреждений передано на уровень субъекта федерации, администрация которого становится учредителем с правом поручения своих полномочий. В Волгограде додумались передать скорую медицинскую помощь в частные руки. В спецавтохозяйство Волгограда поступило 80 новых автомашин скорой помощи и теперь это автохозяйство перешло в частную собственность согласно выигранному тендеру. В результате скорая медицинская помощь вынуждена заказывать транспортные услуги у частной компании. Аналогичная ситуация отмечается в Перми, Оренбурге, Уфе и Кирове. Вызывает большие сомнения, что кто-либо просчитал последствия (не экономические) таких решений и как это отразится на оперативности работы СМП в условиях взаиморасчетов, хотя эта «инициатива» одобрена ФФОМС, Минздравом, Минрегионразвития и Правительством РФ.

Основные средства на модернизацию пошли на оснащение, в основном, крупных медицинских учреждений и их ремонт, хотя и частично были потрачены на приведение некоторых амбулаторий и больниц «в порядок». Правда, часть из них проще и дешевле было бы возвести заново. Имеющийся коечный фонд используется крайне неэффективно. Так, коек круглосуточного пребывания в РФ в 1,9 раза больше, чем в развитых странах (9,4 и 4,9 на 1000 населения соответственно), из них доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала. Обеспеченность же койками длительного ухода в РФ в 1,8 раза ниже, чем в странах ОЭСР (4 и 7,2 на 1000 населения соответственно). Часть больничных коек в течение года практически пустует (около 30%) с разной величиной занятости койки в году в зависимости от профиля, другая часть используется для проведения «курсового лечения» из-за его недостаточной доступности в амбулаторных условиях и необходимости платить при этом за медикаменты (т.е. в трети случаев больничные койки используются не по своей предназначенности), и только не более чем в 40% случаев больничные койки используются по прямому назначению. Отсюда не вытекает необходимость немедленных решений о закрытии неэффективных и пустующих коек, т.к. вначале нужно создать требуемые условия для лечения в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров. С этим вопросом нужно разбираться. Практически в стране отсутствуют должные системы реабилитации и медицинского ухода за тяжелыми (онкологическими, после инсульта или инфаркта миокарда) больными, хосписы и дома сестринского ухода, что ложится тяжким бременем на семью и ближайших родственников, ограничивая их во многом. Все это приводит к удлинению средних сроков пребывания на койках интенсивного лечения по сравнению с развитыми странами – 12,4 и 6,4 дней соответственно и к значительному удорожанию медицинской помощи. Повсеместная непросчитанность последствий принятия скороспелых решений в здравоохранении просто поражает. В ведущей шахматной державе мира власти не научились считать хотя бы на один ход вперед. Так, в Москве вначале укрупнили поликлиники (видимо, в целях экономии административного персонала), но затем, когда пациенты стали жаловаться на снижение доступности амбулаторной помощи, большие расстояния и протестовать, придумали создавать на первых этажах новостроек мини-поликлиники и от частных клиник бесплатные для пациентов за счет ОМС медицинские кабинеты (по типу «доктор рядом») с символической арендной платой и ввести так называемые «медицинские маршрутки» для транспортировки льготных категорий пациентов, а остальных – за плату. Это все также открывает ворота для платной медицинской помощи, поскольку бесплатно будет оказываться лишь малая часть медицинских услуг и частнопрактикующие врачи будут стараться направить пациентов в свои частные клиники, от которых они работают. Это ж надо! Сначала врачей-специалистов максимально удалили от населения, а затем придумывают, как помочь людям добраться до этих укрупненных поликлиник, одновременно заставляя их сделать выбор между поликлиниками, поскольку от этого будет зависеть подушевое финансирование каждой поликлиники. Как тут не вспомнить Чичикова? Финансирование должно осуществляться через выдачу госзадания. Экономим «на спичках», но зато создаем целую транспортную сеть и другие сложности, что приводит к новым возможностям бизнеса и к значительному удорожанию медицинской помощи. А потом все удивляются, куда же ушли не разворованные по дороге деньги?

И такого рода резервов и примеров неэффективного использования возможностей и ресурсов в здравоохранении без учета последствий немало, а сиюминутные выгоды могут обернуться затем значительными потерями. Из умерших в стационарах вскрываются только в 59% случаев, а из умерших насильственной смертью - только 18%. В советское время такой ситуации не было, тем более, что патолого-анатомические конференции служили хорошей школой для обучения молодых врачей (Давыдовский И.В.). Кстати, тогда для больных с разными заболеваниями были разработаны 16 столов питания, и это все, к сожалению, сейчас утрачено.

Имеет место также неудовлетворительное оснащение учреждений здравоохранения современным оборудованием: например, обеспеченность компьютерными томографами на 1 млн. населения в 3,7 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (6,1 и 22,8 соответственно), правда, этих томографов (непонятно, зачем) в Москве больше, чем в любой европейской стране. В тоже время на местах во многих медицинских учреждениях имеется дефицит необходимого оснащения и оборудования. Все это говорит об отсутствии в стране политики материально-технического обеспечения медицинских учреждений. При этом, открывая новые медицинские центры, чиновники сами во многих случаях предпочитают лечиться за рубежом.

Несоответствие отдельных видов оказываемой бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения РФ. Программа государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи не имеет научного обоснования, поскольку уже несколько десятилетий не проводились исследования потребностей населения в различных видах медицинской помощи. Кроме того, она не полностью обеспечена финансированием. В других странах такого рода программ нет вообще. Лекарственными средствами в амбулаторных условиях за счет общественных средств население РФ обеспечено в 4,8 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС. Установленные нормативы на лекарства для льготных групп пациентов (2011 г.-849 руб., 2012 г.-918 руб. в месяц, в целом на год- 90 млрд. руб. из федерального бюджета в дополнение к затратам регионов) не распространяются на другие категории граждан. Однако на пути получения бесплатного лекарства уложено столько бюрократических барьеров, что требуется немалое здоровье для получения нужных лекарств льготным группам граждан. А проведенные Росздравнадзором проверки показали, что свыше 70% некачественных лекарств, изъятых из обращения, были произведены в России. Даже в США, при жесточайшем контроле со стороны Администрации по контролю за продуктами питания и лекарствами (Food and Drugs Administration), имеется немало случаев неэффективного или побочного действия отдельных медикаментов, о чем свидетельствует нарастающее число судебных исков и что говорит о недобросовестности фармацевтического бизнеса (независимо от места нахождения), преследующего только получение прибыли. Население США буквально охвачено лекарствоманией и ежедневно потребляет более миллиарда таблеток, а 5% жителей – до 25 таблеток в день. Между тем, по данным ВЦИОМ 54% жителей РФ пользуется лекарствами, а при легком недомогании в 37% случаев приобретаются отечественные препараты. Каролинский институт в Швеции вывел допустимый уровень в 10-15 евро на душу населения в год (нормально - 17-22 евро), который можно считать минимально достаточным для лекарственного обеспечения онкологических больных (для России это означает 1,4 млрд. евро). В США этот уровень превышен почти в 4 раза, в Канаде - в 3 раза, во Франции - в 2,2 раза, а в России он ниже в 2,5-4,0 раза и составляет всего 3,3 евро. При этом на онкологические препараты в западных странах в расчете на душу населения тратится в 5,5 раз больше средств (у нас иногда не на что лечить), а положение с онкологической помощью у нас хуже, чем во Франции в 16 раз и даже хуже, чем в Марокко. Лечение в России онкологического больного стоит от 50 тысяч до нескольких миллионов рублей, все зависит от стадии заболевания и локализации опухоли. При этом в подавляющем большинстве случаев применение дорогостоящих и эффективных препаратов не вылечивают, а продлевают жизнь. Только в 7% случаев лечение онкозаболеваний полностью оплачивается за счет государства по льготе дополнительного лекарственного обеспечения. А на учете в онкологических диспансерах сейчас состоит более 2.8 млн. чел. и только 5% из них могут получить гарантированное полноценное лечение.

В Германии на 100 тыс. населения положено 19 тысяч ампул с обезболивающими препаратами, во Франции- 9 тысяч, в Греции- 4 тысячи, а в России- всего 107, т.е. почти в 200 раз меньше, чем в Германии. Лекарства для онкобольных в соответствии с ФЗ N 94 закупаются по тендерам, и главным критерием при этом является, к сожалению, не эффективность препарата, а цена. Например, раньше закупался эффективный препарат

аримидекс по 6,5 тыс. рублей, а сейчас тендеры выигрывает его аналог за 28 рублей. Как известно, в развитых странах для успешного лечения рака молочной железы применяются не менее 10 противоопухолевых препаратов, в т.ч. ритуксимаб, герцептин, таксотер, гливек и др. Но на российском рынке их крайне мало, к тому же нередко все лечение может быть платным и потому малодоступным. Так, таксотер (доцетаксил) в России применяется значительно реже, чем в других странах, реже, чем во Франции в 7,2 раза, чем в Германии - в 5 раз, а применение герцептина (трастузумаба) в расчете на душу населения в России в 16 раз меньше, чем во Франции. В России такие препараты не производятся, а импортные стоят очень дорого.

Расчеты показывают, что минимально на лечение рака бюджет нужно увеличить в 4 раза. Проблема состоит и в том, что инновационные препараты обычно не назначают на ранних стадиях рака, а лишь тогда, когда появились метастазы, т.е. когда они теряют свой эффект. Минздрав определяет квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь на каждый год и теперь онкобольным в федеральных центрах отказывают в помощи и отправляют их по месту жительства для проведения дорогостоящей химиотерапии, а через несколько лет (к 2015 г.) вообще планируется передать затраты на лечение таких пациентов в систему ОМС, в которой средств на такое лечение нет.

Сложившееся соотношение между импортными и отечественными препаратами как 75% к 25% в условиях применения норм ВТО может значительно ухудшиться до 85% к 15%, что делает лечение больных (а в лечении 95% затрат приходится на лекарства) почти полностью зависимым от импорта. Этот сегмент имеет особую важность, т.к. в развитых странах на лекарственное обеспечение приходится до 20% от всех расходов на здравоохранение. Несмотря на возрастание доли некачественных и фальшивых препаратов, отечественным фармацевтическим компаниям не нужно (в отличие от других стран) регулярно подтверждать право на производство лекарств, а проверки их качества могут производиться только в плановом порядке с заблаговременным предупреждением. Это же правило распространяется и на производителей продуктов питания, что вместе взятое губительным образом влияет на население, поскольку ориентировано только на очень добросовестных производителей. Заказчиками большинства клинических исследований, в отличие от мировой практики, у нас являются фармацевтические компании, и следует ожидать, что получаемые результаты интерпретируются в пользу заказчиков. Сейчас стал рассматриваться вопрос о некоторой компенсации средств, потраченных на приобретение медикаментов по рецептам врачей льготными категориями граждан, и для детей и пенсионеров предложено (в качестве эксперимента) несколько вариантов лекарственного страхования. Частично это изложено в подготовленной Минздравом РФ Стратегии лекарственного обеспечения до 2025 г. (приказ Минздрава №66 от 13.02.2013 г.), которая имеет как достаточно позитивные, так и требующие изменения некоторые негативные стороны. Это хорошо, что лекарственное страхование охватывает более широкие группы пациентов. Стратегией предусмотрены мероприятия, которые позволят упростить этот процесс и для пациентов, и для врачей. Однако ключевым вопросом в лекарственном обеспечении является то, что до 80% распространяемых лекарств, в основном дженериков, не являются доказанными с точки зрения их безопасности и результативности применения, то есть 500 млрд. руб. ежегодно тратятся с неясной эффективностью и безопасностью. Люди, не получившие качественных лекарств, снова будут тратить ресурсы свои и государства на здоровье, снова придут за такими «лекарствами» и так без конца. Не решив эту проблему, остальные вопросы стратегии лекарственного обеспечения можно не рассматривать. Да и таким контролем, как это осуществляет Food and Drugs Administration (FDA) в США мы, к сожалению, не располагаем.

Между тем системы лекарственного страхования существуют в мире давно, и они отличаются только тем, кто платит, и за кого платят. Так, в Германии, Норвегии, Франции, Великобритании, Нидерландах, Австралии и Новой Зеландии затраты граждан на лекарства полностью компенсируются государством, в Италии и Испании - компенсируют регионы, в Словении, Чехии и Венгрии - страховые фонды. В Германии получателями компенсаций являются все застрахованные на случай болезни, в Испании - лица старше 65 лет, в Великобритании и Чехии - пациенты из числа государственных служащих, во Франции - льготные категории граждан. В России же экономия на лекарственном обеспечении амбулаторного лечения приводит к повышенной госпитализации, поскольку в стационарных условиях лекарства должны быть бесплатными, что значительно увеличивает государственные траты. Это еще один пример бессмысленных затрат, по которым

наша страна могла бы занять лидирующее место в мире. В то же время, если у пациента есть право на бесплатное лекарство или скидку, он не должен сначала платить, а потом идти за этими деньгами в качестве компенсации. В перспективе вопросы о лекарственном страховании, возмещении, компенсации, сооплате должны отпасть и пациент по рецепту (назначению) врача должен получать лекарства бесплатно, что обернется затем значительной выгодой для государства, т.к. затраты на стационарное лечение должны уменьшиться. Для ограничения роста цен на лекарства необходимо запретить рекламу рецептурных лекарств, за исключением профессиональных медицинских изданий. При этом новые воспроизведенные препараты не должны быть дороже 50% от цены оригинальных. Должны быть ограничены оптовые наценки и не заинтересовывать аптеки в продаже дорогих препаратов, т.е. их оплата не должна быть в % от стоимости проданных препаратов. Во многих странах для снижения расходов на лекарства уже давно используются технологии, снижающие неоправданное потребление лекарств. Для этого создаются организации оценки медицинских технологий и выполняются научные оценки лекарств.

Имеет место неконтролируемое использование БАДов, результативность профилактики и лечения которыми ничем не доказана, что вводит потребителя в заблуждение относительно их безвредности или полезности и приводит к затягиванию лечения. Не всегда в БАДах имеется соответствие между заявленными ингредиентами и их количеством и реальным их содержанием. Распространение БАДов регулируется законодательством о пищевых продуктах, а продаются они как лекарства, обещая эффекты профилактики и лечения. Вместе с тем, они должны находиться за пределами требований, предъявляемым к лекарствам.

Высокотехнологичной медицинской помощью население РФ обеспечено в 4-6 раз меньше, чем в «новых» странах ЕС. Например, операций реваскуляризации на сердце (ангиопластика) в РФ делается в 6,5 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС, процедур гемодиализа – в 4,5 раза меньше, значительно меньше (в 5 раз) тратится средств на эффективные противоопухолевые препараты и т.д. Однако потребности населения в различных видах ВМП в нашей стране не изучались, и потому сравнение с другими странами носит весьма ориентировочный характер. В тоже время в развитых странах стремятся «не допустить» пациентов до дорогостоящих высоких технологий, осуществляя предупреждение болезней, раннее их выявление и лечение. И статистика свидетельствует не в пользу ВМП. Так, в РФ в стационарах умирают только 20% всех умерших, а 80%- на дому (в развитых странах картина прямо противоположная), а из всех умерших в стационарах всего 17.8% умерли от болезней системы кровообращения и 18.4% от новообразований. Исходя из этих данных, ВМП имеет весьма ограниченное применение.

Мало доступна для населения бесплатная реабилитационная и паллиативная (для неизлечимо больных пациентов) медицинская помощь.

Неэффективное управление отраслью. Неэффективное управление проявляется, во-первых, в отсутствии долгосрочной Стратегии развития здравоохранения и нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокие риски коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо создания необходимых условий для охраны здоровья, развития профилактики, первичного звена здравоохранения и кадрового потенциала.

Во-вторых, имеет место неэффективное и далеко не полное использование оборудования и коечного фонда; в ряде случаев - низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении и недостаточное использование мнения профессиональной медицинской общественности.

В-третьих, очень мало используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества (где это возможно), составление рейтингов медицинских организаций, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов. При оплате труда медицинских работников не применяются обоснованные показатели и критерии оценки, что во многих случаях приводит к волюнтаризму руководителей учреждений.

В-четвертых, имеющаяся нормативно-правовая база требует существенной доработки. Так, анализ закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», принятого в 2011 г., показал, что он не будет способствовать улучшению ситуации в здравоохранении, поскольку не решает ключевых проблем отрасли. Более того, этот

закон приведет к усилению недовольства населения (в связи с риском снижения гарантий бесплатной медицинской помощи), а также медицинских работников, поскольку не улучшает их положения. Возникает необходимость корректировки и других законодательных актов, имеющих отношение к охране здоровья и оказанию медицинской помощи. Целесообразно также продумать вопрос о создании Института административной ответственности медицинского персонала, вывести из Уголовного кодекса РФ из числа преступлений неосторожную форму вины, учредить уполномоченного по правам пациента.

Имеют место также высокие репутационные издержки из-за того, что представители органов управления здравоохранением постоянно обвиняются контрольно-надзорными органами и СМИ в коррупции. Все это приводит к неэффективному расходованию дефицитных государственных ресурсов и отрицательно сказывается на авторитете властей в целом.

Неопределенность со статусом медицинских стандартов, которые пытаются представить в виде рекомендаций, не имеющих какой-либо силы для врача, усугубляет разрушение здравоохранения и правопорядка в системе, лишает ее на практике научных подходов. Казалось бы, весомая роль в улучшении здоровья людей и в повышении эффективности здравоохранения должна принадлежать медицинской науке, для развития которой Минздравом разработана специальная стратегия. Проект этой стратегии содержит 14 подробно описанных платформ, а также их финансово-экономическое обеспечение и механизмы управления реализацией стратегии. В то же время, эта стратегия не имеет научного обоснования, частично платформы ориентированы на решение текущих задач отрасли и выделены в самостоятельные направления под конкретные личностные интересы, например, ядерная медицина, без которой будто бы нам прожить никак нельзя и все остальные проблемы здравоохранения и медицины уже решены. Самое большое число платформ посвящено биомедицинским фундаментальным исследованиям, но они настолько заужены, что ожидаемые результаты по ним будут интересны только тем, кто их получит, и они никак не отразятся на здоровье граждан. Кстати, и это отмечалось, задача изучения здоровья населения в этой стратегии даже не ставится. В настоящей Стратегии максимально учтен опыт не только отечественный, но и зарубежный.

2.4 В настоящей Стратегии максимально учтен не только отечественный, но и зарубежный опыт.

Для современного международного здравоохранения характерны следующие черты:

1. Прозрачность и подотчетность действий правительств в области здравоохранения, взвешенность и широкое обсуждение предлагаемых преобразований при активном участии профессиональных медицинских ассоциаций.

2. Сохранение и укрепление общественного характера здравоохранения, основанного на принципах солидарности, социальной справедливости, равной доступности медицинской помощи для всего населения и единых стандартов её оказания, независимо от места жительства и дохода.

3. Значительное повышение, в т.ч. законодательным путем, ответственности местных органов власти за здоровье, здравоохранение и охрану здоровья.

4. Сочетание децентрализации медицинских учреждений и централизации стратегического планирования при общей демократизации здравоохранения.

5. Изменение функций и задач органов управления здравоохранения разных уровней, в первую очередь, национального уровня, сообразуясь с новыми реалиями жизни.

6. Изменение статуса медицинских учреждений путем возможного частичного их перевода в некоммерческие организации при сохраняющихся гарантиях на оказание бесплатной медицинской помощи и усилении влияния на их работу со стороны общественности, т.е. попечительских советов.

7. Сдерживание достаточно быстро растущих расходов на здравоохранение на уровне 8-10% ВВП за счет непрерывного поиска наиболее рациональных форм и методов оказания медицинской помощи населению.

8. Существенное ограничение платных услуг и не поощрение соплатежей пациентов. Частное медицинское страхование большей частью является дополняющим, т.е. частично или полностью покрывающим услуги, не включенные в государственные схемы, и добавочным, т.е. расширяющим возможность выбора, и только в отдельных случаях оно является замещающим.

9. Поиск оптимальных для каждой страны сочетаний финансирования из налогов, обязательных страховых взносов и средств ДМС, а также сочетания разных вариантов оплаты труда врачей.

10. Не деление различных видов медицинской помощи на платные и бесплатные, а выделение достаточно обеспеченных групп пациентов (около 30%), которые не подлежат оказанию медицинской помощи за счет общественных средств.

11. Повсеместный отход от отдельных элементов рыночных отношений внутри системы здравоохранения, в т.ч. от конкуренции больниц. Внешние отношения здравоохранения могут строиться по рыночному принципу "спрос- предложение" (обеспечение лекарствами и продуктами питания, услуги прачечной, уборка помещений и т.д.). Имеются определенные преимущества национального (государственного) здравоохранения, прекрасно существующего в странах с рыночной экономикой (что уже само по себе означает, что рынок имеет отношение только к экономике), перед сложной системой медицинского страхования.

12. Значимая роль профессиональных врачебных организаций, врачебных палат и медицинских ассоциаций в решении стратегических, тактических и правовых вопросов здравоохранения, а также в самоуправлении профессиональной врачебной деятельностью.

2.5. Перед страной стоят серьезные демографические и социально-экономические вызовы. И они были учтены при формировании Стратегии охраны здоровья.

Демографические вызовы: ежегодное сокращение на 1 млн. численности населения трудоспособного возраста или на 8 млн. чел. к 2020 г; значительное сокращение числа рождений (до 700-800 тыс. в год) из-за резкого снижения, начиная с 2017 г., числа лиц детородного возраста (малочисленное поколение родившихся в 1990-ые годы); старение населения - доля лиц старше трудоспособного возраста увеличится к 2020 г. в т.ч. за счет родившихся в начале 1950-х гг. (послевоенная компенсаторная волна рождаемости) и, соответственно, возрастет число умерших, что в совокупности значительно повысит естественную убыль населения страны до 500 тысяч в год и более. Этой проблемой по большому счету пока никто не занимается, а мигрантами восполнить как количество, так и качество убывающего населения не получится. Нередко чиновники, неверно интерпретируя вытекающие из динамики возрастной структуры населения данные о сокращении его естественной убыли, как успешный результат проводимой демографической политики, ошибочно рассчитывают на устойчивую позитивную тенденцию в росте рождаемости и снижении смертности. Именно поэтому никаких значительных и обоснованных действий в этом отношении не проводилось, хотя ученые неоднократно поднимали демографический вопрос. За прошедшие 19 лет (1991- 2009) общее число избыточных (разница между гипотетическим и фактическим числом) смертей по сравнению с западноевропейской моделью составило 12.4 млн., с восточноевропейской- 11.4 млн., причем свыше 42% превышения пришлось на возраст 20-59 лет, в т.ч. у мужчин 40-69 лет это было обусловлено болезнями системы кровообращения, а в возрасте 25-59 лет- смертностью от внешних причин, у женщин- болезнями системы кровообращения в возрасте 55-69 лет. Это говорит о том, что на перспективу приоритетным направлением можно считать увеличение ОПЖ в пожилых возрастах.

Важнейшим социально-экономическим вызовом является недовольство населения качеством и доступностью бесплатной медицинской помощи (по данным специальных исследований - более 2/3 опрошенных), что связано как с недостаточным финансированием бесплатной медицинской помощи, так и с неспособностью большинства населения самостоятельно платить за эту помощь (50% населения проживает на ежемесячные доходы менее 15 тыс. руб.). Причем эта ситуация, вследствие постоянного роста важнейших статей семейного бюджета: ЖКХ, продукты питания, транспорт, образование детей и др., только усугубляется. По данным ВОЗ перенос даже части платежей на население значительно ограничивает доступность медицинской помощи с последующим увеличением на нее затрат. Более того, в РФ нарастает неравенство в доходах самых обеспеченных и самых малообеспеченных граждан, соотношение между этими 10% группами населения только по данным далеко не полной официальной статистики в 2011 г. составило более 16 (в 1999 г. – 13,5). По данным Global Wealth Report (2012) имущественное неравенство в России является практически самым высоким в мире, поскольку на 10% состоятельных граждан приходится почти 90% всего личного богатства страны. Именно данная Стратегия может снизить имеющееся напряжение в обществе, обусловленное вопиющими различиями в доходах и возможностях. Следует также учесть снижение бюджетных доходов РФ, вследствие вероятного падения цен на нефть, и возможное углубление мирового экономического кризиса. Нельзя забывать о том, что здравоохранение является главной выравнивающей общественной системой, ибо

перед болезнью или смертью все равны. Всё это для сохранения стабильности в стране диктует необходимость увеличения доступности бесплатной медицинской помощи для населения, в том числе за счет таких дополнительных источников финансирования как перераспределение бюджетных статей, прекращение оттока денег из страны и затрат на амбициозные дорогостоящие проекты, не улучшающие условия жизни большинства граждан.

3. ЦЕЛИ СТРАТЕГИИ

Исходя из вышеизложенного, можно сформулировать главную цель Стратегии – улучшение здоровья населения и повышение его удовлетворенности охраной здоровья, качеством и доступностью медицинской помощи. Для этого необходимы переломные тенденции от деструктивных процессов в здравоохранении к перспективно- созидательным, от недоверия граждан в отношении охраны их здоровья и качества оказываемой им медицинской помощи к восстановлению этого доверия. Это может быть представлено в виде следующих векторов, обозначающих перспективные направления развития и некоторые смещения акцентов (но не закрытия ряда направлений):

- от оказания медицинской помощи - к системе охраны здоровья;
- от отраслевой ответственности за охрану здоровья - к государственной;
- от акцента на лечении болезней - к социальной (первичной) и медицинской (вторичной) профилактике;
- от запущенных болезней - к раннему их выявлению и результативному лечению;
- от лечения болезней - к лечению больного;
- от стационарной и специализированной медицинской помощи - к амбулаторной и ПМСП;
- от массового медицинского образования- к более качественному, в сочетании с индивидуальной подготовкой;
- от эмпирической медицинской помощи - к научно обоснованной и доказанной;
- от обязательного медицинского страхования - к государственно-бюджетной системе;
- от коммерциализации государственных и муниципальных медицинских учреждений - к бесплатной для пациентов медицинской помощи в них;
- от неудовлетворенности пациентов - к их максимальной удовлетворенности;

Такого рода направленность перспективных усилий в разных сочетаниях присуща для здравоохранения развитых стран.

Ниже представлены индикаторы результатов, по которым можно судить о реализации Стратегии в количественном виде:

- a. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 70,3 до 74-75 лет за счет снижения преждевременной и предотвратимой смертности.
- b. Увеличение длительности здоровой жизни (индекс DALY - добавленные годы качественной жизни).
- c. Значительное повышение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощью, фиксируемое по результатам специальных опросов.
- d. Снижение коэффициента младенческой смертности до 6,0 случаев на 1 тыс. живорожденных (показатель рассчитывается по новой методике, рекомендованной ВОЗ).
- e. Снижение смертности трудоспособного населения на 20%, что является реально достижимым и отмечалось в 1980-х годах.
- f. Увеличение государственных расходов на медицинскую помощь в 2 раза, не менее 7% ВВП (в США- 18%, в Германии-11%, в Турции-7%), т.е. не менее 1100 \$ ППС на душу населения в год, для чего имеются все возможности. Это не столько индикатор результатов, сколько условие, без которого их нельзя достичь. Вообще,

расходы в 1000 долл. являются рубежными между различными уровнями развития здравоохранения. Эксперты ВОЗ (2000) полагают, что если государство выделяет на здравоохранение в расчете на душу населения в год 1000 долл. и более, то граждане могут рассчитывать на 75% реализацию своих биологических возможностей. Как подчеркивает А.Г.Вишневский, и 6% и 7% от ВВП в России с ее накопившимися проблемами в области охраны здоровья –крайне мало, поскольку трудно найти страну, в которой приоритеты охраны здоровья и борьбы за снижение смертности стояли бы так низко, а сам ВВП в расчете на душу населения в абсолютном выражении невысок, что само по себе на сегодня исключает возможность рывка, без которого не догнать далеко ушедшие вперед страны. Поэтому на охрану здоровья должны быть выделены дополнительные и немалые средства, но это нужно делать постепенно и с учетом приоритетов, т.е. в первую очередь улучшить систему охраны здоровья и создать условия для здорового образа жизни матерям и детям, а также производящей части трудоспособного населения.

Поскольку 70% граждан РФ нельзя отнести к состоятельным людям, то особое внимание в сфере государственной социальной политики должно быть обращено на них. Поэтому основные вложения должны быть не в развитие предложения, а в повышение спроса, т.е. в людей, в их доходы, занятость, здоровье, образование, культуру и здравоохранение, что в последующем найдет отклик в развитии соответствующих предложений. Одновременно это будет способствовать созданию условий для ведения здорового образа жизни и снижению уровня стресса среди большей части населения.

К системе охраны здоровья все это имеет непосредственное отношение, в том числе:

1).Бедность и здоровье. Между доходами и смертностью существует сильная корреляционная связь, например, от отравлений алкоголем- 0,9, с убийствами- 0,87, с суицидами- 0,75. Чем ниже доход человека (или семьи), тем сильнее должна быть социальная поддержка. Это касается налогов и сборов, платежей, пособий и льгот. Пенсия должна минимально составлять 60% от средней по стране зарплаты (рекомендации МОТ в 1952 г. -40%). По данным ВЦИОМ 67% (из них две трети живут на селе) опрошенных не имеют каких-либо сбережений.

2).Окружающая среда и здоровье. Необходимо повысить качество питьевой воды и атмосферного воздуха, особенно в городской промышленной среде.

3).Жилищные условия и здоровье. Необходимо расширить возможности для получения и приобретения муниципального жилья в зависимости от доходов и числа членов семьи с тем, чтобы резко уменьшить число живущих в бараках, непригодных и разрушающихся зданиях. Нужны повсеместные газификация, электрофикация и обеспечение коммунальными сетями (холодное и горячее водоснабжение, отопление, канализация).

4).Питание и здоровье. Необходимо восстановить систему сертификации продуктов питания и более жестко контролировать их качество и набор ингредиентов. Вместо послабляющих технических условий и технических регламентов ввести обязательные стандарты на импортируемую продукцию и на производство продуктов питания внутри страны, усилить санитарно-противоэпидемический контроль, закрывать фирмы и магазины, поставляющие вредную (в т.ч. просроченную) для здоровья пищевую продукцию. Нужно содействовать развитию агропромышленного комплекса. Целесообразно расширить сеть общественного питания по доступным ценам, включая питание для детей, максимально приблизить (в пешеходной доступности) сеть продовольственных магазинов с товарами повседневного спроса, а в отдаленных малонаселенных районах организовать выездные магазины.

5).Занятия и здоровье. Здесь можно выделить два аспекта: производственную занятость и занятость по интересам. Для решения проблем производственной занятости требуется создание новых рабочих мест (особенно в моногородах) и придание населению большей мобильности (привязка не к месту жительства, а к месту работы). Занятость по интересам относится в первую очередь к детям и подросткам, способствуя их отвлечению от пагубных привычек и антисоциального поведения, а также развитию патриотизма. Для этого необходимо повсеместно (при Домах молодежи, ДЭЗах, школах им т.д.) создавать бесплатные (или за минимальную плату) разнообразные кружки и секции (музыкально-танцевальные, спортивные, модельные,

книголюбов, любителей животных и др.). Эти вложения являются потенциально окупаемыми в государственном масштабе. Однако, нередко вместо этого муниципальные власти закрывают сохранившиеся, успешно и бесплатно работающие детские секции, изгоняя оттуда детей и передавая помещения коммерческим структурам.

6). Условия труда и здоровье. Необходимо стремиться к созданию безопасных и комфортабельных условий труда, обратив особое внимание на его охрану и технику безопасности, развивая производственную медицину.

7). Отдых и здоровье. Необходимо восстановить сеть домов отдыха, санаториев, профилакториев со льготными путевками, использовать их не только для отдыха, но и для восстановления здоровья и трудоспособности. Особое внимание должно быть уделено оздоровительному отдыху детей.

8). Образование и здоровье. Многочисленные исследования показывают, что чем выше уровень образования, тем лучше здоровье и меньше потребность в медицинской помощи.

9). Культура и здоровье. Здесь связь является опосредованной, поскольку культурные мероприятия способствуют переключению, снижению уровня стресса, более «культурному» поведению и отношению к своему здоровью.

10). Вредные привычки и здоровье. Известно, что все вредные привычки (табак, алкоголь, наркотики) наносят непоправимый вред здоровью и потому борьба с ними должна вестись всеми адекватными мерами (запретительными, ограничительными, заместительными, поощрительными, разъясняющими, воспитательными и т.п.).

11). Здравоохранение и здоровье. Здесь связь прямая, но не тесная и не полная, поскольку традиционная система здравоохранения не столько сохраняет и укрепляет здоровье, сколько ориентирована на возможное восстановление здоровья в случае его утраты в связи с болезнями, травмами и несчастными случаями.

Все это имеет отношение к государственной политике в сфере охраны здоровья, эти проблемы должны широко исследоваться и результаты этих исследований должны иметь непосредственный выход в практику. Ранее научная дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение» называлась более правильно- «социальная гигиена и организация здравоохранения», поскольку изучала социальную обусловленность здоровья и болезней с соответствующими решениями в организации здравоохранения. В то время здравоохранение еще не было по сути сведено только к медицинской помощи и к пропаганде здорового образа жизни, а являлось синонимом охраны здоровья и представляло собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, представление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Это определение, хотя и достаточно обширное, но точно отражающее все аспекты охраны здоровья, было взято из Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г., в которых была особо подчеркнута ответственность государства (а не отрасли) за охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ.

4. ПРИОРИТЕТЫ СТРАТЕГИИ.

Поскольку всё одновременно развивать нельзя, то на каждый период времени должны быть выделены приоритеты, которые требуют первоочередного внимания и которые должны дать наиболее ощутимые результаты в улучшении здоровья населения. Однако, это не означает, что развитие приоритетов будет осуществляться за счет свертывания остальных направлений и программ или за счет сокращения расходов на другие группы населения. После завершения обозначенного срока действия Стратегии могут возникнуть совсем иные приоритеты. В США с 1980 г. выполнялись десятилетние программы «Укрепление здоровья. Профилактика болезней. Цели нации» - Health Promotion, Diseases Prevention. Objectives for the Nation (1980-1990) и «Здоровые люди»- Healthy People (1990-2000) с последующим продолжением до 2010 и 2020 г. Сама конструкция первой программы была выдержана в лучших системных и программно-целевых традициях, не утративших своего значения вплоть до сегодняшнего дня. Стратегическую основу программы составляло

дерево целей, состоящее из 226 крупных целей шести уровней. По каждой конкретной и количественно измеряемой цели (на сколько или во сколько раз должна измениться ситуация в результате реализации программы) были определены соответствующие критерии, позволяющие на каждом этапе оценить степень достижения цели. Затем, что исключительно важно, по каждой цели было определено, что по ней уже известно, и что неизвестно. Неизвестное формулировалось в виде задания медицинской науке - конкретным учреждениям с конкретным финансированием - на проведение соответствующих исследований с конкретными сроками без каких-либо тендеров, поскольку средства были определены заранее и выбирались для этого лучшие научные коллективы и специалисты, каждый в своей области. Под то, что было уже известно по каждой цели, намечались конкретные практические мероприятия, этапы и сроки исполнения, конкретные исполнители и ответственные с конкретным финансированием. Таким образом, эта программа носила как научный, так и сугубо практический характер, а цели были увязаны между собой, точно так же, как и мероприятия. Во второй программе уже не было концептуальных основ, но были выделены главные приоритетные направления (их 22), на которых, собственно, и строилась вся программа и которые подлежали своему первоочередному решению. Приоритеты определялись исходя из эпидемиологических и медико-социологических исследований проблем здоровья.

Европейские страны такого значительного количества приоритетов в силу финансовых обстоятельств себе позволить не могут, и в Великобритании, например, на период до 2010 г. реализовывалась программа улучшения здоровья, утвержденная правительством в 1998 г., которая включала в себя всего четыре приоритетных и очень важных для страны направления, обоснованию выбора которых можно и нужно поучиться. Чрезвычайно важно то, что национальная стратегия в США, как и в других развитых странах, четко ориентирована на улучшение здоровья людей, а не на улучшение работы медицинских учреждений или их материального и финансового положения, что скорее относится к тактическим задачам ведомственного характера, а не к стратегическим целям государства.

Подробное раскрытие выделенных приоритетов с механизмами их реализации должно быть представлено в Национальной программе охраны здоровья в РФ, которую предстоит разработать после рассмотрения Стратегии.

4.1. По группам населения:

§ Здоровье детей и женщин детородного возраста (женщин до зачатия ребенка и беременности, во время беременности, новорожденных в первый год жизни, детей в младших и старших возрастах, в подростковом периоде), включая соответствующие условия жизни. Многие болезни формируются с детства и потому особое внимание должно быть уделено охране здоровья детей, начиная с раннего детства, организованных детей, а также медико-социальной поддержке детей из неблагополучных семей и подростков. Должны быть также проработаны схемы оздоровления длительно и часто болеющих детей. В 1980-ые годы в России ежегодно рождались 2.3 млн. детей, поскольку в детородный возраст перешли родившиеся в начале 1950-х годов на «волне» послевоенной компенсаторной рождаемости. Сейчас это поколение ежегодно приносит 1.6-1.8 млн. детей. Но в 1990-ые годы в среднем за год рождалось 1.4 млн. детей, которые после 2017 г. будут воспроизводить всего 800-900 тыс. детей, что, наряду с повышением смертности к тому периоду (станет больше пожилых) может привести к демографическому «обвалу». Рост числа рождений и коэффициента суммарной рождаемости начался за 7 лет до введения «материнского капитала», который не изменил проявившиеся тенденции, а в возрасте до 25 лет рождаемость после введения «материнского капитала» даже снизилась. Если совсем недавно основной вклад в рождаемость вносили женщины в возрасте 20-24 лет, то теперь в возрасте 25-29 лет. Сейчас суммарный коэффициент рождаемости составляет 1,6 на каждую женщину, а для простого естественного прироста должно быть 2.2. Не менее важна охрана репродуктивного здоровья и предупреждение возможных последствий для новорожденных. На здоровье новорожденных, их массу тела и жизнеспособность влияют интервалы между беременностями, железодефицитные анемии у беременных, употребление беременными алкоголя, табака и наркотических веществ, особенности грудного вскармливания и ухода и т.д. Акселерация прекратилась, дети стали ниже ростом, менее жизнеспособными, половое созревание у девушек наступает в 12 лет и т.д. Многие дети уже имеют заболевания, ограничивающие их репродуктивную функцию. Это означает, что в первую очередь следует решить проблему нездоровых новорожденных, обратив особое внимание на

бедность, маргинализацию родителей, совершенствование наблюдения за беременными, оздоровление детей и подростков. Кстати, у женщин гораздо быстрее наступает привыкание к алкоголю, курению, наркотикам, а женский алкоголизм поначалу является скрытым, протекает гораздо сложнее, чем у мужчин. По данным Института гуманитарного развития сейчас каждая вторая российская семья с двумя и более детьми находится у черты бедности. В маргинальных (бомжующих и спившихся) семьях, которые дают наибольшее число рождений, нужно регулярно проверять их соматическое и репродуктивное здоровье. Именно из этих семей затем, в основном, формируются больные и отказные дети, ими пополняются детские дома, приюты, уличная беспризорность и преступность, возрастает частота девиантного поведения. Наибольшее число многодетных семей отмечается в национальных образованиях (там и смертность ниже), а наименьшее - в Центральной и Северо-Западной России, что говорит о необходимости дифференцированного подхода к проблемам рождаемости и здоровья детей. Число неполных семей в последние годы выросло на 30%, половина всех абортот приходит на средний возраст женщины, вступающей в брак (26 лет) и рождающей (27 лет). Число родов и абортов почти сравнялось, а частота осложнений после абортов колеблется от 16 до 60%, в т.ч. может наступить вторичное бесплодие. Для беременных и матерей с детьми будет предложена система медико-социальной поддержки по примеру Франции и Швеции. Речь идет о систематической работе по созданию матерям с детьми нормальных условий жизни. Сюда относятся 100% доступность детских дошкольных учреждений на бесплатной основе или за символическую плату, предоставление сиделок с тем, чтобы мама могла работать или посещать бесплатные курсы переквалификации и повышения квалификации через центры занятости, предоставление льготных кредитов на жилье и другие крупные приобретения, бесплатное образование для детей из семей с небольшим и средним доходом с бесплатным выделением материалов для учебы детей, бесплатный для матерей с детьми проезд на транспорте, высокий уровень разовых и ежемесячных пособий на детей, особенно на вторых и последующих детей при более внимательном отношении к маргинальным семьям, бесплатное 20- разовое посещение тренажерных залов для восстановления мышц малого таза после родов и т.д. Как верно заметил в свое время Президент Финляндии У.К.Кекконен, благополучие страны определяется не уровнем дохода, а числом детских колясок. В России почти 2.2 млн. детей стоят в очереди за местом в детском саду. В стране насчитывается 49.3 тыс. дошкольных учреждений, из которых 48.4 тыс. являются муниципальными или ведомственными. Посещают их 5.7 млн. детей. Расчеты показывают, что для удовлетворения имеющейся потребности нужно создать еще 18300 детских садов, а это означает, что нынешние дети, даже став взрослыми, не дождутся своей очереди. К сожалению, общественный транспорт в нашей стране развивался так, что ущемлялись права инвалидов-колясочников и мам с колясками (видимо, считалось, что инвалиды должны сидеть дома, а мамы с детьми гулять вблизи дома) и создавались затруднения для ходячих инвалидов, пожилых и пассажиров с багажом. Поэтому необходимо предусмотреть шахты-лифты в метро, а на ступенчатых переходах сделать эскалаторы и положить рельсики. Эти и многие другие вопросы по данному приоритету будут представлены для решения в рамках Национальной программы. Необходимо восстановить школьную медицину и школьную гигиену и осуществлять контроль за достаточностью и качеством питания школьников. Несмотря на то, что государство в очередной раз провозгласило в качестве приоритета особую (?) охрану детей (ФЗ № 323), их здоровье оставляет желать лучшего. Что касается детей-сирот и детей-инвалидов, то власти вместо того, чтобы влиять на причины появления таких детей, сфокусировали свои усилия на следствиях. Между тем, в силу разрушенных моральных устоев и перехода к чисто потребительскому обществу приемные семьи не стали и не станут массовым явлением, равно как и социальный патронат. И дело тут не в деньгах и не в законодательстве. Но поскольку социально-экономические, генетические и медицинские причины практически не устраняются, то следствие будет требовать все больших затрат и повышенного внимания. Понятно, что все проблемы здоровья детей и женщин детородного возраста за период действия Стратегии не решить и часть из них перейдет на следующие периоды, что будет означать перманентность внимания к проблемам материнства и детства.

§ Здоровье трудоспособного населения, в первую очередь, его производящей части. Именно от этой группы населения (из 54% граждан, находящихся в экономически активном возрасте) зависит производительность труда, экономическое развитие страны и рост ВВП. Как раз на этой малочисленной, но весьма значимой группе производительной части населения (12-13%) от 76.2 млн. лиц в возрасте 15-70

лет (данные Росстата), должно быть сосредоточено первоочередное внимание государства и для нее необходимо в первую очередь создать соответствующие условия жизни и труда, а также все условия для охраны здоровья. В последующем к приоритетному вниманию могут быть отнесены и другие группы населения. Исследования показывают, что на потери в связи с невыходом на работу по медицинским причинам приходится менее половины всех потерь в производительности труда, а наибольшие потери происходят в связи с презентизмом, т.е. с выходом на работу при недомогании, головной боли, боли в спине, менструальных проблемах, сердечной недостаточности и т.д. Здесь играет роль боязнь лишиться работы, возможные потери в зарплате, очереди в поликлиниках, недоверие к врачам и самолечение. Известно, что увеличение уровня безработицы на 1% приводит к росту смертности на 4.5%, а люди, потерявшие работу, рискуют заболеть в 83% случаев. Значимость проблемы здоровья работающих возрастает в связи с ожидаемым уменьшением численности трудовых ресурсов и необходимостью повышения производительности труда, по которой мы отстаем от США на 80 лет, в энергоотдаче- на 62 года, в экологичности производства- на 50 лет (данные Института экономики РАН).

4.2. По организационным механизмам:

§ Массовая социальная (первичная) профилактика заболеваний. Она направлена на создание и развитие условий, способствующих здоровью, ведению гражданами здорового образа жизни и повышению их мотивации к здоровому поведению, на предупреждение негативного влияния внешних факторов на здоровье. Еще Конфуций справедливо считал, что причины важнее результатов. К сожалению, не все представляют, что врачи должны заниматься причинами болезней и на них уметь воздействовать, а не, как сейчас, иметь дело, в основном, со следствиями, к тому же нередко далеко зашедшими. Но в этом виноваты не врачи, а созданная система, ориентированная на последствия и на «тыловую» медицину.

Широкое развитие первичной медико-санитарной помощи ПМСП (Primary Health Care- первичная забота о здоровье) и ее институциональной основы – общей врачебной практики. Это позволит не только предупреждать многие заболевания и выявлять их на ранних стадиях, но и значительно снизить число случаев хронических заболеваний и повысить эффективность использования стационарной и специализированной медицинской помощи, удовлетворенность самих пациентов. При этом нужно так организовать ПМСП, чтобы не менее 60% ее деятельности приходилось бы на профилактику болезней. В докладе «Здравреформ» группы специалистов Бостонского университета прямо сказано: «Проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения- в чем, собственно, и состоит основная задача первичной медико-санитарной помощи - ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка- все эти факторы играют важную роль в улучшении здоровья людей.

Врачей, к сожалению, не обучают навыкам координирования работы всех этих служб, да они обычно и не хотят этим заниматься». Создание условий для этого- прерогатива государства, но только врачи ПМСП, наиболее приближенные к гражданам, могут заявить о нарушениях в здоровье, вызванных отдельными условиями жизни (качество воды, загрязнения воздуха, качество питания, условия труда, бедность и т.д.) и ставить соответствующие вопросы перед органами власти. До сих пор в нашем здравоохранении этого не было, что противоречило Алма-Атинской декларации 1978 г., как и не было правильно организованной ПМСП. Обеспечивая во многих странах преимущественно ПМСП большинству граждан (там до 90% населения нуждаются в ней) и сосредотачивая там основные ресурсы, государство тем самым гарантирует право на сохранение здоровья, поскольку высоко технологичная и финансово емкая помощь обеспечивает права меньшинства. Уместно будет также вспомнить об организации этапности сортировки и оказания медицинской помощи больным, раненым и пораженным (т.е. о маршрутах движения пациентов), предложенной Н.И. Пироговым в период Крымской компании (1854-55 гг.), а также о работах расстрелянного большевиками врача, депутата 2-4 созывов Государственной Думы и активного участника Пироговского движения А.И. Шингарева «Вымирающая деревня» (1901) и выпущенной в царское время (1907) уникальной работы «Общественная медицина в будущем демократическом строе России». Этапность медицинской помощи была положена в основу военно-медицинской доктрины, показавшей высокую результативность в период Великой Отечественной войны, а в мирное время благодаря многоуровневой сети медицинских организаций с акцентом на первичное звено удавалось решать многие проблемы даже при крайне низком и остаточном принципе финансирования здравоохранения.

Этапность медицинской помощи - прерогатива отечественного здравоохранения. Следует стремиться к тому, чтобы постепенно увеличивалось число пациентов, проходящих через ПМСП, где в подавляющем большинстве случаев они бы начинали и заканчивали свое лечение и в которой, в случае необходимости, должна определиться дальнейшая маршрутизация пациентов - на специализированную амбулаторную помощь, в стационары общего типа, в специализированные стационары, на высокие медицинские технологии и на реабилитацию или интегрированный медицинский уход, в основном, после стационарного лечения.

§ Внедрение систем управления качеством медицинской помощи. Следует различать несколько аспектов качества: качество управления, качество деятельности, качество медицинской помощи. Качество управления базируется на международных стандартах ISO серии 9000, в т.ч. 9004:2009, которые дают организациям методические рекомендации по достижению устойчивого успеха путем использования подхода, основанного на менеджменте качества. Особое значение в сфере здравоохранения приобретает международный стандарт ISO 26000 «Руководство по социальной ответственности», при этом целью социальной ответственности является содействие устойчивому развитию благодаря взаимосвязям между системой здравоохранения и обществом, между системой здравоохранения и другими системами, между другими заинтересованными системами и обществом. Качество деятельности определяется путем использования специальных индикаторов и должно служить важной составляющей в оплате труда медицинских работников. Большое внимание должно быть уделено качеству и безопасности медицинской помощи, оказанной пациентам (взамен оценки только инфраструктурных элементов системы здравоохранения и объемов медицинской помощи). Иначе говоря, необходимо осуществить переход от оценки (экспертизы, контроля, аудита) качества медицинской помощи к его обеспечению и управлению им. Реализуется это направление главным образом путем внедрения современных и доказанных медицинских технологий, медицинских стандартов, клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов, лицензирования отдельных категорий врачей и аккредитации медицинских учреждений, обучения и повышения квалификации медицинских работников с постоянным контролем и мониторингом качества медицинской помощи. В основу всей этой работы должны быть положены рекомендации ISO и доказательной медицины как практической частью научной дисциплины «клиническая эпидемиология». Профессиональные врачебные сообщества должны принимать участие в разработке или адаптации клинических рекомендаций, которые могут быть положены в основу разработки медицинских стандартов, служащих, главным образом, для экономических расчетов, но не обязательных (а рекомендательных) для исполнения врачом, а также служить основанием для создания локальных клинических протоколов ведения пациентов. Врач должен отвечать за результаты своей профессиональной деятельностью только перед врачебным сообществом, а врачебное сообщество - перед государством. Именно врачебное сообщество может адекватно противостоять произволу чиновников. Минздрав РФ взял на себя обязательства разработать критерии оценки (опять оценки!) качества медицинской помощи до 2015 г. Но во всем мире, как отмечалось, это давно пройденный этап. И стандарты там разработаны на результаты оказания медицинской помощи, а затем специально разработанные индикаторы качества (каждый имеет свой вес) сравниваются с этими стандартами, т.е. оценка качества медпомощи осуществляется через стандарты на результаты. Но гораздо важнее проблема (и этим активно занимаются в развитых странах с использованием научных достижений и практического опыта) - это как обеспечить должный уровень качества по А.Донабедиану (через доказанные медицинские технологии и необходимые ресурсы) и как лучше управлять этим процессом. Только такой подход, осуществляемый параллельно с обучением, может значительно снизить вероятности врачебных ошибок и существенно увеличить частоту удовлетворенности пациентов. До этого уровня наше министерство еще не поднялось. Об этом также свидетельствуют многочисленные факты включения в перечень ЖНВЛС и в разработанные министерством медицинские стандарты препаратов, не имеющих достаточных и, порой, разумных доказательств. Например, согласно стандарту лечения рака молочной железы 80% пациенток должны получать авастин, однако еще 10-летие назад было известно, что такое лечение должна получать лишь малая часть заболевших (с метастатическим HER- положительным раком). Это все произошло после свертывания разработки научно- обоснованных стандартов, основывающихся на шотландской программе SIGN, в которой используется неформальное взвешенное решение.

Для эффективного использования имеющихся ресурсов выделено 7 ключевых направлений Стратегии.

I. Разработать и реализовать Национальную (межведомственную, межсекторальную) программу охраны здоровья населения РФ

Эта программа должна быть инициирована федеральным Министерством здравоохранения с участием ученых и отдельных специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения и скорректирована с учетом выделенных в Стратегии приоритетов, а необходимые условия для охраны здоровья и ведения здорового образа жизни должны создавать государственные и муниципальные власти. В ее практической реализации должны принимать участие все заинтересованные министерства и ведомства, с выделенным бюджетным финансированием. В рамках этого направления необходимо решить следующие задачи: создать условия для сохранения и укрепления здоровья населения, в том числе обеспечить население качественным питанием и водоснабжением, улучшить экологические и жилищно-коммунальные условия, обеспечить транспортную доступность медицинских и детских учреждений, предусмотреть меры по обеспечению безопасности граждан, занятости детей и подростков и снижению уровня бедности среди населения.

Необходимо также создать условия и обеспечить социально-экономическую мотивацию населения к ведению здорового образа жизни; повысить ответственность работодателей за сохранение и укрепление здоровья работников; реализовать целевые программы по борьбе с вредными привычками. В этих подпрограммах наряду с запретительными и ограничительными мерами следует предусмотреть поощрительные и воспитательные меры, а также меры по лечению и реабилитации пациентов, страдающих зависимостью от табака, алкоголя и наркотиков. Также важно восстановить массовое медико-санитарное просвещение населения путем распространения среди населения брошюр, памяток по здоровому образу жизни, теле- и радиопередач, обеспечения бесплатного доступа к специальным порталам в сети Интернет, через СМИ, в том числе научить граждан беречь и контролировать свое здоровье. Важно также научить граждан, как следует осуществлять самопрофилактику, самообследование (например, пальпацию молочной железы) и самопомощь в простейших случаях.

Это направление включает также задачи по стимулированию роста числа рождений. Среди них: достичь 100% обеспеченности детскими дошкольными учреждениями; увеличить пособия на детей; предоставлять льготные кредиты на приобретение жилья, и автомобилей, на воспитание и образование детей; а также предоставлять бесплатные земельные наделы при рождении второго и последующих детей. Кроме того, необходимо за счет государственных средств создать для детей и подростков условия для духовного и физического развития, стимулирования творческого потенциала путем предоставления для них, в основном, бесплатной возможности занятий по интересам в виде разнообразных кружков и спортивных секций при домах молодежи, школах, ДЭЗах и т.д., что послужит отвлекающим фактором от пагубных привычек, бродяжничества и девиантного поведения. Это позволит сэкономить значительные средства на их последующее лечение. Особенно важно добиться увеличения доли здоровых новорожденных. В качестве научной базы всего этого направления целесообразно создать Национальный институт здоровья, а для выбора новых медицинских технологий и доказательств и оценки их клинической эффективности требуется создать специальный Центр по оценке медицинских технологий

II. Увеличить объемы и улучшить механизмы финансирования системы здравоохранения

Объемы государственного финансирования здравоохранения должны быть поэтапно за 4-5 лет увеличены в 2 раза или минимально до 7% ВВП (с 2 трлн. руб. до 4 трлн. руб. в ценах 2011 г.). Вместе с тем, отчисление более высокой доли ВВП на здравоохранение ни в коем разе не гарантирует справедливость распределения возможностей охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Однако понятно, что такое увеличение государственного финансирования здравоохранения является необходимым условием для достижения целевых показателей здоровья населения в РФ. Без необходимого финансирования реализация основных положений Стратегии будет невозможна. Для этого потребуются дополнительные источники финансирования. Дальнейшее увеличение страховых взносов нежелательно из-за усиления нагрузки на ФОТ, особенно для малого и среднего бизнеса. Увеличить финансирование здравоохранения за счет средств населения также не представляется возможным, так как уже сегодня доля расходов населения на здравоохранение превышает таковую в экономически развитых странах и большая доля населения РФ не имеет достаточных доходов для

самостоятельной оплаты медицинской помощи. Возможные источники увеличения финансирования здравоохранения: повышение акцизов на алкоголь и табак; повышение налогов на напитки с высоким содержанием сахара (кока-кола и др.); на продукты с высоким содержанием поваренной соли (чипсы и др.); введение налогов на переводы средств за рубеж свыше на суммы свыше 100 тыс. \$США (в 2012 г. из России утекло 56.8 млрд. долл.); на богатую недвижимость и роскошь. Хватило бы средств на здравоохранение и из значительного превышения сметы расходов на дорогостоящие проекты.

Однако, хорошо известно, что значительное увеличение расходов на здравоохранение не приводит к параллельному и столь же значительному улучшению состояния здоровья, что, в частности, подтверждают данные о младенческой смертности, являющейся одним из достоверных индикаторов общественного здоровья. Поэтому главная задача состоит в том, чтобы не только увеличить расходы на здравоохранение, но и создать эффективную систему охраны здоровья, уделив первоочередное внимание выделенным приоритетам. Кроме того, необходимо сделать так, чтобы врачи и медсестры не ждали взяток от больных, чтобы руководство поликлиник и больниц за этим строго следило и не ожидало бы откатов при проведении тендеров, чтобы чиновники всех уровней привлекали бы к решению проблем медицинскую общественность и научные коллективы, готовили бы пациенто-ориентированные законы, назначали бы главврачами не за взятки, а за профессионализм, не наживались бы на закупках медтехники, лекарств и т.д. Система здравоохранения должна стать открытой и прозрачной.

В странах с государственно-бюджетной системой здравоохранения, например, в Дании, нет такого понятия как минимальный пакет медицинских услуг или так называемый «гарантируемый государством объем медицинской помощи» и помощь там оказывается в необходимых для пациента объемах и при достаточном уровне качества.. Кстати, в Дании всем жителям медицинская помощь врачами общей практики оказывается бесплатно, а консультативная и лечебная помощь врачами-специалистами в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врачей общей практики также бесплатно, кроме стоматологии и физиотерапии, для чего предусмотрены соплатежи пациентов, но в пределах реальных доходов граждан. Частные медицинские учреждения не создают там конкуренции государственной системе здравоохранения. Система функционирует, как это и должно быть, при контроле со стороны общественности.

Необходимо поэтапно отказаться от системы ОМС (средства на нее- не страховой взнос, а целевой налог, т.е. это не система страхования с рисками), как оправдавшей себя в условиях частной медицины и в переходном периоде, когда нужно было сохранить принципы социальной справедливости в условиях дефицита бюджета, в пользу чисто государственной (национальной) модели охраны здоровья с финансированием из бюджетных средств, собираемых путем налогов. При формировании бюджетов всех уровней должна быть предусмотрена защищенность расходных статей, связанных с охраной здоровья.. Это позволит ввести договорные (контрактные) взаимоотношения, обеспечить эффективное управление, планирование и контроль над общественными средствами, реализацию общенациональных приоритетов, содействовать охране здоровья и здоровому стилю жизни, обеспечить медицинскую помощь в полном объеме всем нуждающимся, устранить излишнее число субъектов управления, значительно упростить систему, снизить административные расходы почти в 2 раза, повысить координацию медицинской помощи, упразднить раздробленность финансово-организационных структур, ликвидировать немалые издержки на посредников, обеспечить этапность и многоуровневость оказания медицинской помощи, создать более благоприятный микроклимат в медицинских учреждениях и, по примеру других стран, затем сдерживать рост расходов на здравоохранение. В условиях ОМС и частной медицины это практически невозможно. По данным Комиссии по макроэкономике и здоровью ВОЗ во многих странах с недостаточным финансированием здравоохранения потери от высокой заболеваемости и смертности настолько велики, что составляет более высокий процент от ВВП, чем расходы на здравоохранение, а перенос части платежей на население существенно ограничивает доступность медицинской помощи и приводит затем к еще большим затратам. В подавляющем большинстве стран (2/3 экономически развитых государств) исторически, особенно после Второй мировой войны, сложилось финансирование здравоохранения из бюджета (Дания, Финляндия, Швеция, Норвегия, Ирландия, Италия, Испания, Португалия, Великобритания и др.) и только в некоторых (в одной трети) странах (Франция, Германия, Нидерланды, Швейцария, Люксембург и др.)- на основе социального страхования. Кстати, именно последняя группа стран расходует на здравоохранение самую большую долю ВВП и именно в этих странах на

медикаменты приходится наибольшая доля всех расходов на здравоохранение. В условиях бюджетного финансирования здравоохранения ДМС и прямые платежи населения являются дополнительными источниками финансирования и применяются для высокодоходной части населения (от 3000 евро и более в месяц), либо за определенные, более комфортные или необязательные виды помощи, при этом соплатежи потребителей имеют ограниченное применение из-за нарушения принципа социальной справедливости. В любом случае от прямых платежей освобождаются социально уязвимые группы населения (с низким доходом, безработные, пенсионеры), беременные, инвалиды и хронически больные.

Во всех странах Запада местным органам власти предоставляют большую финансовую автономию (оставляя там большую часть налогов) при оказании медицинской помощи и эта ответственность относится к округам (областям, землям, провинциям, ленам и т.д.) и муниципалитетам с тенденцией переноса акцентов со стационарной помощи на амбулаторную и далее- на ПМСП и помощь на дому. И это правильно, поскольку именно на местном уровне создаются все необходимые условия для повседневной жизни людей. Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования и с бюджетным здравоохранением показал, что в группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности. Сравнивались 18 стран, разделенных на группы методом «копия-пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близкие показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например, ВВП на душу населения. В результате оказалось, что по соотношению затраты/ управляемые показатели здоровья Италия более эффективна, чем Франция (а по рейтингу Bloomberg на основании данных ВОЗ, ООН и ВБ соответственно на 2-м и 13 месте), Швеция более эффективна, чем Австрия и Германия (меньшие затраты и лучшие результаты), Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем Швейцария, государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США, Куба при затратах в 2.5-3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты с Чили и Коста-Рикой, Сирия, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в 6 раз меньше Турции, опережает ее в рейтинге Bloomberg, Украина и, особенно, Беларусь, тратя меньше России средств на душу населения на здравоохранение, имеют с ней близкие показатели здоровья. Отсюда следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную модель, демонстрируют более высокую эффективность по сравнению со странами со «страховой» моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны.

Государственная бюджетная модель, но не мобилизационная, распределительная, авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации, имеет множество преимуществ перед другими. Контракты или договора между органами управления и медицинскими учреждениями (вместо системы простого распределения средств по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы, возможность штрафов и другие условия, т.е. фактически должны содержать в себе государственное задание. Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, снизилась очередность на плановые госпитализации.

При этом государство как бы выполняет функцию всеобщего страховщика. Некоторые эксперты считают, что государственно-бюджетная модель- это «тупик» и как бы возврат к советской системе здравоохранения, но это далеко не так и многие не возражали бы против такого «тупика» в здравоохранении, как в Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Швеции, Финляндии и др., где нуждающимся оказывается весь спектр медицинской помощи. В качестве примера приведем Великобританию. В ней национальная (государственно-бюджетная) система здравоохранения финансируется из налогов по прогрессивной шкале, что ведет к относительной социальной однородности населения. Она отличается хорошо продуманной структурно-функциональной организацией и рациональным распределением обязанностей между отдельными компонентами. Известные и критикуемые недостатки этой системы (в том числе очереди) полностью компенсируются всемирно признанным высоким качеством медицинской помощи, ее эффективностью и абсолютной доступностью для всего населения, что

позволяет реализовать принцип, заложенный еще в 1948 г.- Cradle to grave (с пеленок до могилы). Там все клиники юридически принадлежат местной общине, т.е. всем жителям- пациентам и персоналу одновременно, что позволяет более полно и точно учитывать местные специфические потребности и приоритеты, которые не всегда предусматриваются общенациональными стратегиями. Между уровнем общины и Департаментом (министерством) здравоохранения находятся 28 региональных стратегических управлений, которые интегрируют общенациональные приоритетные программы. В их подчинении находятся местные подразделения, именуемые трастами, которые подразделяются на оказывающие ПМСП и специализированную медицинскую помощь. Трастов по ПМСП 155, они потребляют 80% всего бюджета здравоохранения, охватывают 30 тыс. врачей общей практики и 18 тыс. государственных стоматологов. Они также организуют первичную и вторичную профилактику, оказывают неотложную помощь, контролируют местную эпидситуацию и проводят вакцинацию. Они имеют право «аутсорсинга», т.е. привлечения частных медицинских организаций в случае возникновения неотложной потребности и отсутствия в данный момент возможности ее удовлетворения в государственных клиниках. Трасты также управляют работой большинства больниц и отвечают за оказание специализированной помощи. Трасты (и подчиненные им больницы) могут быть автономными, но входящими в состав всей национальной системы и оказывающими медицинскую помощь бесплатно. Автономность в данном случае означает меньший контроль со стороны государства и чиновников и большую свободу в управлении ресурсами. В Великобританию мигрируют врачи из системы медицинского страхования Германии (а там это восполняется врачами из России, Украины и других восточноевропейских стран), поскольку на новом месте им предоставляется большая самостоятельность при меньшем давлении бюрократизации и более высокая оплата труда.

В странах Восточной Европы, ставших на путь медицинского страхования, отмечаются серьезные проблемы в здравоохранении. Так, медики Чехии, Словакии, Венгрии и Польши выступили с объединенной акцией протеста против недофинансирования здравоохранения, низкой заработной платы, нехватки персонала, переработок, недостаточности объемов выплат от страховых компаний. Кстати, в Чехии, где средняя зарплата врачей в государственных больницах составляет 2.3 тыс. евро в месяц, профсоюз медработников требует увеличения зарплаты втрое превышающей средний по стране уровень, т.е. до 3.0 тыс. евро. В Чехии власти запланировали сократить число коек в государственных больницах, что равносильно ликвидации почти 30 больниц из 150, совершенно необоснованно мотивируя это тем, что в Швеции при той же численности населения число коек для тяжелобольных в государственных больницах вдвое меньше. Это сравнение некорректно, т.к., во-первых, нужно сравнивать число тяжелобольных, а во-вторых, в Швеции квалифицированная медицинская помощь оказывается на догоспитальном уровне, система здравоохранения и его структура - иная, другой и порядок финансирования здравоохранения. В Латвии профсоюз медицинских работников считает, что власти разрушают систему здравоохранения, требует увеличения зарплаты на 20% (до уровня 2009 г.) и в связи с этим обратился к руководству Евросоюза за поддержкой своих требований. Даже в Германии, первой ставшей на путь медицинского страхования в условиях частной медицины (модель Бисмарка), сложилась сложная структура здравоохранения, основанная на многоступенчатой иерархии федеральных, земельных и корпоративных уровней, усложненная саморазвивающаяся система финансирования, что приводит к сложному набору ведомственных механизмов на разных уровнях. Они препятствуют проведению централизованной политики в стране, в т.ч. кадровой и в установлении общенациональных приоритетов в сфере здравоохранения.

Возможно также рассмотрение и других моделей финансирования здравоохранения. При этом нужно не виды медицинской помощи делить на платные и бесплатные (в программе госгарантий), а, как это имеет место в ряде стран (Нидерланды, Германия, Австрия и др.), делить население в зависимости от доходов и возможностей оплаты. В нашем случае уже сегодня граждане могут быть разделены на 3 группы по оплате медицинской помощи: из бюджета (дети, пенсионеры, неработающие, инвалиды), из системы ОМС (работающие с не очень высоким доходом и члены их семей), из системы ДМС и платных услуг – состоятельные с высоким доходом (при эффективной фискальной функции государства) при одних и тех же медицинских стандартах. Возможен и другой вариант, представляющий собой сочетание людей с разной градацией дохода (70% - со слабо выраженной платежеспособностью, 10% - средний класс по нашим меркам,

20% - состоятельные люди) и видов помощи (массовым общего типа - ПМСП, СМП, амбулаторная и специальным- стационарная, узкоспециализированная, дорогостоящая, паллиативная). Для каждой такой сочетанной группы характерны разные источники финансирования. И, тем не менее, наилучшим выходом из нынешнего положения является переход на государственно-бюджетную модель, отличную от существовавшей ранее советской модели и имеющей сходство с моделью Великобритании и Испании.

Сам страховой механизм финансирования медицинской помощи в России и принцип «оплаты за пролеченного больного» делают медицинские учреждения и фармацевтическую сеть экономически заинтересованными в ухудшении здоровья граждан и в росте числа больных, даже в тяжелом состоянии, поскольку они проведут больше времени в медицинских стенах и потребуют большее число медицинских услуг, включая лекарства. Отсюда видно, что медицинские учреждения никак не заинтересованы в росте числа практически здоровых лиц и в профилактических программах. А принцип «деньги следуют за пациентом» имеет гораздо больше изъянов, чем преимуществ. Все это противоречит интересам государства и населения.

Отсутствие какой-либо внятной стратегии охраны здоровья и развития здравоохранения ведет к тому, что рынок платных медицинских услуг ежегодно возрастает на 15-17% по причине плохого качества и низкой доступности бесплатной медицины. Пациентов во многих случаях просто вынуждают платить за медицинскую помощь. При этом в подавляющем большинстве случаев пациенты не жалуются в вышестоящие инстанции и не обращаются в суд в соответствии со статьями 124, 125, 293 и др. УК РФ из-за значительных потерь времени и бюрократической волокиты. Только вопиющие случаи доходят до суда при настойчивости заявителей. Поэтому по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения и более эффективного использования ресурсов необходимо в соответствии с Конституцией РФ полностью отменить платную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. В этих условиях вместо программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи может появиться программа государственных гарантий бесплатных сервисных услуг при оказании бесплатной для пациентов медицинской помощи. Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не должны иметь место в силу следующих причин:

- страх перед болезнью, ее последствиями, незнание, как в таком случае нужно действовать делает пациента полностью зависимым от врача, от его квалификации, порядочности, добросовестности. Отсюда следует, что пациенту можно «навязать» дорогостоящие обследования, дополнительные лекарства, и это становится повседневной практикой не только в частных клиниках. Недобросовестные медицинские работники понимают, чтобы помочь ближнему, люди готовы отдать все, даже остаться без жилья, а государство этому только способствует;

- бесплатную медицинскую помощь довольно несложно заменить на платную, делая назначения, не входящие в программу госгарантий, или заявляя о наличии очередей, об отсутствии талонов и т.п.. Это явление достаточно широко распространено и захватило даже медицинские учреждения федерального подчинения. Кстати, программа госгарантий, в основном, работает на бумаге, а на практике положение иное и более сложное, и иногда пациентам со скандалом (вплоть до суда) приходится добиваться того, что им положено. Если совместить бесплатную медицинскую помощь с платной в рамках одного учреждения, то у врачей появляются соблазны получать деньги с пациентов;

- 70% наших граждан являются неплатежеспособными и балансируют между средним (по нашим меркам) классом и гранью выживания и из-за отсутствия необходимых средств могут быть лишены даже гарантированной бесплатной помощи;

- платная помощь не является синонимом качественной помощи, ибо ее оказывают врачи с одним и тем же уровнем подготовки (только 30% россиян считают, что наши врачи обладают должным уровнем квалификации, а 46%- уверены в обратном);

- платность медицинской помощи означает ее недоступность, и потому многие больные предпочитают лечиться самостоятельно и обращаются за медицинской помощью в запущенном состоянии. Это все создает недовольство пациентов и известное напряжение в обществе и приводит затем к весьма значительным

затратам;

- отдельные категории граждан (например, работающие) вынуждены несколько раз платить иногда за одну и ту же помощь (из страховых взносов за счет недоплаченной зарплаты, из косвенных налогов, которые в конечном итоге включаются в цены, из своих прямых налогов и из своего кармана);

- внедрение платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях полностью противоречит Конституции РФ, международному опыту и рекомендациям ВОЗ.

Европейское бюро ВОЗ (2012) рекомендует странам Европы постепенно сокращать до полного исчезновения непосредственные платежи пациентов. Это может сопровождаться одновременным развитием системы ДМС, на долю которой в европейских странах приходится 10% расходов на здравоохранение и которой пользуются лица с доходом выше среднего по стране (в России это начиная с верхней части среднего по нашим меркам класса). Непосредственная оплата населением в РФ сможет сохраниться в случаях приобретения медикаментов без назначения (рецепта) врача или при плановом поступлении на обследование или лечение в медицинские организации без направления врача, а также в частных клиниках. Вводя платные услуги, власть, манкируя своими обязанностями, постепенно урезает бюджетное финансирование здравоохранения, отнимает деньги у работающих и у непосредственных пациентов. Между тем, не все врачи однозначно относятся к платной медицине, но если бы они были уверены в увеличении расходов на здравоохранение и в повышении своих доходов, то практически все они стали бы сторонниками предлагаемых в Стратегии решений. Тенденция на развитие платной медицины и постепенное замещение ею бесплатного здравоохранения с последующей приватизацией (или с передачей в долгосрочную концессию в частные руки хорошо оснащенных государственных и муниципальных медицинских учреждений) губительна для нашей страны.

С другой стороны, тот, кто может и хочет платить за медицинскую помощь, может обратиться в частные клиники. При платных услугах (формальным или неформальным путем) врачи в погоне за количеством пациентов могут упустить вопросы качества, которые, естественно, страдают. Это происходит независимо от того, где врач работает- в государственной или частной клинике, поскольку примерно один и тот же уровень качества работы обусловлен не столько условиями труда и формой собственности, сколько подготовкой врачей, т.е. их образованием в широком смысле этого слова. И многие из врачей расценивают эти платежи от пациентов в качестве нормы поведения и жизни в современных условиях и закономерной платы за их усилия.

Пожалуй, только у зрелых врачей развивается внутренний конфликт и синдром хронической усталости (перегорания - burn-out syndrome) как следствие противоречия между клятвой Гиппократа, моральным долгом врача, врачебной этикой, с одной стороны, а с другой - повышенной нагрузкой, низкой оплатой труда и необходимостью унижать себя платежами пациентов. У многих молодых врачей моральные тормоза либо приглушены, либо отсутствуют вообще. Именно поэтому в процессе образования должны присутствовать и воспитательные элементы, и немалое внимание должно быть уделено этическим и деонтологическим принципам. Медицина и гуманизм- неразлучны. Ведь не случайно в медицинском образовании в США значительное число часов отводится психологическим проблемам, но не общего или теоретического характера, а в прикладном аспекте, например, инвалид и его психология, больной с язвой желудка и его психология и т.д. Врачей учат, как им нужно расположить к себе пациента, найти с ним нужный контакт, сделать так, чтобы он им доверился и стал их партнером в своем выздоровлении. В Великобритании врачей учат, как им взаимодействовать с местными органами власти, и это должно быть включено в программу обучения и у нас.

Одновременно необходимо постепенно отказаться от большей части рыночной терминологии в здравоохранении, поскольку целью любого рынка является получение прибыли, что является наряду с конкуренцией, соотношением спроса-предложения, торгом, выбором и ценой движущей силой развития экономики, а к социальной сфере это не вполне подходит. Нельзя делать бизнес на болезнях. Не нужно искать рынок там, где его нет и быть не должно в современных условиях. Рыночные механизмы неизбежно будут способствовать созданию условий, когда нарушится равный доступ к качественной медицинской помощи (это касается пенсионеров, малоимущих, длительно болеющих и др.), что автоматически приведет к нарушению

прав пациентов и большей части населения. Не может быть в обозримом будущем и повсеместной конкуренции медицинских учреждений и врачей, мало реален принцип повсеместного создания конкурентной среды. Пока же получается, что мы все дальше отходим от общественного характера здравоохранения, которое предназначено для бедных и среднего класса (а обеспеченные могут сами позаботиться о своем здоровье, в т.ч. через систему ДМС). К сожалению, система ДМС пока не получила в стране должного развития и ею в 67% случаев пользуются те, кто ранее имел частную страховку либо получал медицинскую помощь непосредственно за плату.

III. Увеличить доступность первичной медико-санитарной помощи, лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, и восстановить систему муниципального здравоохранения.

Необходимо в определенной мере восстановить муниципальное здравоохранение в стране, что сделает медицинскую помощь намного более доступной для граждан и позволит снизить затраты на последующих уровнях ее оказания. Этому будут способствовать предполагаемые (по мнению Кудрина А.Л.) изменения в налоговой политике: перераспределение налогов в пользу муниципалитетов, возрастание налога на имущество и земельного налога, исходя из рыночной их стоимости, финансовое выравнивание со стороны субъекта федерации. Кроме того, муниципальные образования, в которых создаются непосредственные условия жизни, имеют право самообложения (т.е. квазиналога), сбрасываясь на полезные общественные работы. И хотя муниципальные образования значительно отличаются друг от друга по финансовым и другим возможностям, это не может служить препятствием для восстановления муниципального здравоохранения или создания его в обновленном виде.

В крупных самодостаточных муниципалитетах (как правило, в городах) целесообразно сохранить орган управления здравоохранением, в них нужно активно развивать ПМСП, укрупненные консультативно-диагностические центры- КДЦ (или межрайонные), скорую и неотложную помощь, интегрированный уход, хосписы и стационарную медицинскую помощь общего типа, а специализированная помощь (диспансеры, больницы и ЦВМТ) должна отойти на уровень субъекта федерации. На селе орган управления - это региональный департамент здравоохранения или региональное министерство субъекта федерации, а во всех муниципальных образованиях должны по минимуму присутствовать начальные и конечные этапы системы здравоохранения- ПМСП с дневным стационаром и интегрированный уход. На несколько муниципалитетов при наличии дорожно-транспортных коммуникаций могут создаваться больницы общего типа с амбулаторными отделениями, филиалы централизованной в регионе скорой медицинской помощи и хосписы, а основная часть специализированной амбулаторной и вся специализированная стационарная должна сосредотачиваться на уровне субъекта федерации. Центральной фигурой на селе является правильно подготовленный врач общей практики (ВОП), который во многих случаях может заменить собой узких специалистов и который организует работу на врачебном участке фельдшеров, акушерок, медсестер, парамедиков и волонтеров. ВОП осуществляет консультативные выезды на ФАПы. Формы организации работы ВОП зависят от численности прикрепленного населения, расстояний и сообщений, подготовленности персонала: индивидуальная общая врачебная практика с круглосуточным оказанием неотложной помощи и с дневным стационаром, Центры врача общей практики - на более чем 3000 населения. Специализированная медицинская помощь должна быть выездной с передвижной стоматологией, флюорографией, лабораторией и т.д. Все это должно сочетаться с применением современных технических и технологических возможностей, Интернета, дистанционных телекоммуникаций и дистанционного консультирования, медицинского транспорта и всей транспортной инфраструктуры. И тогда возникнет стройная система оказания медицинской помощи на селе, которая придет на смену разрушенному муниципальному здравоохранению.

Необходимо ликвидировать возможные противоречия между муниципальными образованиями и субъектами федерации в плане финансирования и оказания общей и специализированной медицинской помощи населению. Возможны варианты в зависимости от конкретных местных условий, в т.ч. от плотности и особенностей расселения, состояния дорог, транспортных сообщений и т.д., но при этом обеспечивая максимально возможную доступность медицинской помощи, ее этапность и оптимальную маршрутизацию пациентов.

Однако в первую очередь следует исходить из необходимости создания условий для охраны здоровья, осуществления первичной и вторичной профилактики болезней, диспансеризации и оздоровления. Именно так на местах и должна создаваться комплексная система охраны здоровья. Это не означает, что все должно завершиться к 2020 г., поскольку изложенное отражает перспективную нацеленность Стратегии.

Представленная модель здравоохранения, в первую очередь, на селе продиктована тем, что у большинства муниципальных образований всегда было недостаточно средств на оказание многих видов медицинской помощи.

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

Некоторые эксперты выступают против централизации управления здравоохранением, мотивируя это тем, что это приведет к снятию ответственности с муниципалитетов за содержание инфраструктуры медицинских организаций, в том числе к закрытию районных больниц, включая центральные, и, как следствие, к снижению доступности медицинской помощи. Правда, ПМСП и интегрированного ухода это не коснется. В ответ можно однозначно сказать, что большинство муниципалитетов в РФ – бедные и всё равно получают средства на муниципальные нужды из регионального бюджета, т.е. для них это выглядит как упрощение процедуры финансирования. В дискуссиях, проведенных по этому вопросу в Государственной Думе, возражали против централизации полномочий только богатые муниципалитеты – в основном большие города, поскольку это во многом ограничивает их власть над распределением финансовых ресурсов в здравоохранении. Видимо, в них и можно сохранить муниципальное здравоохранение. Что касается ответственности региональных Правительств за доступность медицинской помощи во всех своих муниципалитетах, то для этого необходимо установить для каждого региона и муниципалитета целевые показатели по улучшению здоровья населения и по доступности и качеству медицинской помощи. Более того, в законе должно быть предусмотрено требование ответственности региональных органов власти за достижение этих установленных целевых показателей и публичной отчетности данных органов, однако это пока не предусмотрено.

В ПМСП должно быть занято не менее 45% всех врачей. ПМСП, хотя и не является самым дешевым разделом здравоохранения, но, по последним данным ВОЗ, обеспечивает лучшее соотношение цены и качества, затрат и результатов. Правильно организованная ПМСП с подготовленным в соответствии с международными требованиями персоналом общей врачебной практики должна занять ведущее место в перспективной системе охраны здоровья. В Алма-Атинской декларации 1978 г., которая еще долго будет служить ориентиром для развития ПМСП в мире, поскольку пока ни одна страна не достигла высокой планки всеобъемлющего характера ПМСП, записано, что первичная медико-санитарная помощь – это зона первого контакта отдельных лиц, семьи и общины с системой охраны здоровья. Она максимально приближает медико-санитарную помощь (то есть первичную заботу о здоровье) к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа. Она нацелена на решение медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации. Отсюда следует, что, во-первых, ПМСП фокусирует свое внимание на общине (коммуне), то есть на компактно проживающих людях, например, в микрорайоне. Во-вторых, ПМСП является всеобъемлющей, представляется всем слоям населения, учитывает и опосредованно влияет на факторы, находящиеся вне пределов прямого контроля со стороны традиционного здравоохранения.

Однако нередко многие рассматривают только медицинскую составляющую ПМСП, что является принципиально неверным и даже вредным, поскольку ПМСП является составной частью системы охраны здоровья, её первичным уровнем, а не первичным уровнем только организации медицинской помощи. В пункте 3 главы 8 Алма-Атинской декларации представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащих решению именно на этом уровне системы охраны здоровья, от контроля за рациональным питанием и доброкачественным водоснабжением до лечения, восстановления здоровья и трудоспособности.

Такая широкая деятельность как раз и характеризует систему охраны здоровья и служит отличием от традиционного здравоохранения, которое фактически занимается, в основном, медицинской деятельностью. В западных медицинских школах при университетах врачей учат так, чтобы они понимали и учитывали социальные и внешнесредовые факторы, определяющие здоровье, и чтобы знали, как они влияют на пациентов и сообщества с тем, чтобы осуществлять необходимые действия. Организация и координация всей ПМСП, реализующей межведомственный, межсекторальный подход к охране здоровья компактно проживающего населения, а также вовлечения в эту работу парамедиков, добровольцев и активистов ДЭЗов, кондоминиумов и муниципальных образований остается за главным институтом ПСМП – общей врачебной практикой (ОВП). Исходя из отмеченных выше задач, в ОВП не менее 60% объемов работ и затрат времени должно отводиться на всю профилактическую и координирующую деятельность, для чего ОВП должна поддерживать постоянные контакты с местными органами власти, социальной службой, санэпидслужбой, аптечной сетью, центрами медицинской профилактики и другими лечебно-профилактическими учреждениями. Иначе говоря, главное лицо в ОВП- врач общей практики (ВОП)- это не просто врач, ведущий первичный прием пациентов, его функции гораздо более широкие и они ориентированы на охрану здоровья граждан, проживающих в курируемой им общине (микрорайоне, поселении). Работа ВОП должна основываться на трехстороннем договоре с вышестоящей медицинской организацией (создание и оснащение ОВП, подбор кадров, организация профосмотров и диспансеризации, контроль и обеспечение качества, прием пациентов по направлению ВОП, консультативная помощь) и местными органами власти (задание на объемы работ по охране здоровья и оказанию медицинской помощи, текущее содержание ОВП) в котором должны быть прописаны все взаимоотношения. Получая финансирование из бюджета, ВОП получает право использовать эти средства на расширение и улучшение своей деятельности без каких-либо согласований и разрешений. Что касается непосредственно лечебной работы в ОВП, то она имеет существенные отличия от таковой в участковой службе. Если участковый терапевт должен вначале поставить диагноз (на диагностические исследования уходит не менее трёх дней, а болезнь на этот период не приостанавливается), а затем назначить адекватное лечение, то врач общей практики (ВОП) за счет более широкой подготовки при первом же контакте с пациентом старается облегчить его состояние, воздействуя на симптомы и синдромы. В классификацию WONCA (Всемирной организации по семейной медицине) входят разнообразные симптомы и синдромы, многим из которых (например, боль в спине) посвящены многочисленные конференции и симпозиумы. Этим самым данная классификация принципиально отличается от МКБ-10. В классических учебниках по ОВП приводится перечень наиболее часто встречаемых проблем у пациентов: боль в животе, диспепсия, беспокойство, тревожность, боль в спине, боль в груди, кашель, дерматиты, головная боль, боль в ушах, инфекции мочевых путей, ожирение, гипертензия и другие. Другим не менее важным отличием в лечебной деятельности ВОП является то обстоятельство, что в других странах (например, в Голландии) он несет ответственность (моральную, правовую и материальную) за пациента, где бы тот не находился. В Голландии ВОП не направляет своего пациента в больницу по направлению (то есть по бумажке, которой не поверит ни один врач стационара и начнет обследование заново), а сам его отвозит. Вместе с будущим лечащим врачом больницы, который впервые видит данного пациента, они совместно назначают план стационарного обследования и лечения. Без согласования с ВОП врач стационара не имеет права внести в него какие-либо коррективы. Более того, без ВОП он не может выписать больного из стационара, так как ВОП может не принять выписываемого под своё наблюдение, поскольку в стационаре больного не долечили. При такой системе больницы представляют собой не «лежбище» как это нередко бывает у нас, а место для интенсивного круглосуточного лечения и ухода, и там не станут, как у нас, делать операции в стационарных условиях, которые можно произвести в дневной хирургии (а таких не менее 20-25% всех операций). В общей врачебной практике помимо ВОП могут работать также фельдшер, акушерка, зубной врач со средним образованием, психолог, медсестры (на приеме, патронажная, физиотерапевтическая, обученная медико-санитарной работе, в дневном стационаре, по интегральному уходу или совмещающие эти функции), санитарки и другие. Тогда это будет соответствовать Центру общей врачебной практики (ЦОВП), о чем говорилось в приказе Минздрава РФ №112 от 21.03.2003 г., хотя содержащиеся в приложениях к нему штатные нормативы требовали пересмотра. Также нуждается в совершенствовании и осовременивании примерный табель оснащения ОВП, утвержденный приказом Минздрава РФ №350 от 20.11.2002 г. Исследование, проведенное Л. Ши в 50 штатах и округе Колумбия (США), показало, что именно количество врачей первого контакта (а не общее число врачей или

врачей-специалистов) тесно связано с показателями здоровья населения, в частности, со смертностью и средней продолжительностью жизни. Когда в Финляндии в 1990-е годы разразился финансово-экономический кризис, там были вынуждены значительно сократить все социальные службы, включая и здравоохранение, оставив в неизменном объеме лишь ПМСП, что не привело к ухудшению здоровья населения.

Согласно хорошо известному Левенхорстскому определению 1974 года (Leewenhorst group), ВОП – это выпускник медицинского колледжа (вуза), имеющий лицензию, который оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную помощь отдельным людям, семьям и обслуживаемому населению, независимо от пола, возраста и вида заболевания. В этом определении фактически подчеркнуто, что ВОП имеет дело со всеми прикрепленными пациентами (детьми, подростками, взрослыми и пожилыми) и практически со всеми проблемами пациентов. Однако это возможно лишь при условии соответствующей до- и последипломной подготовки по широкому спектру дисциплин и наличия соответствующего разрешения на самостоятельную деятельность в виде лицензии. Более точным, хотя и не совсем полным, является определение F. Olesen, опубликованное в 2000 г. в Британском медицинском журнале (BMJ). Из этого определения следует, что ВОП является подготовленным специалистом для работы на линии фронта системы охраны здоровья и для принятия первоначальных шагов по обеспечению помощи по тем проблемам здоровья, которые имеются у населения. И далее «ВОП осуществляет профилактику, диагностику, лечение, уход и облегчение, используя и интегрируя биомедицинские науки, медицинскую психологию и медицинскую социологию». ЕРБ ВОЗ неоднократно подчеркивало, что ОВП занимается проблемами здоровья (и факторами на него влияющими) всего обслуживаемого населения и одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь. Это ещё раз подчеркивает, что ВОП – это не только, и не столько клиницист. И если такой врач будет хорошо подготовлен по педиатрии (что позволит ему рассматривать проблемы здоровья семьи в целом), а педиатр наряду с другими специалистами будет выступать в качестве консультанта для такого врача, то все скептические мнения относительно развития ОВП в стране просто исчезнут. Тем более, что в тех странах, где именно в таком виде существует ПМСП, уровень здоровья людей намного выше. Там, напротив, стараются не допускать выявления заболеваний в запущенных стадиях, хронизации патологии, перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание, что требует очень дорогостоящего лечения в высокотехнологических центрах. Таким образом, главными задачами врача общей практики (семейного врача) являются координация усилий различных ведомств для создания системы охраны здоровья на уровне небольшой и компактно проживающей группы населения (общины) и осуществление там необходимых мероприятий по первичной профилактике болезней, как в сельской, так и городской местности.

Поскольку в современных условиях имеется выраженная необходимость интегрального видения проблем пациентов с самых первых контактов с системой охраны здоровья, то альтернативы общей врачебной (семейной) практике в этом отношении фактически нет. Кроме этих задач врач общей практики (семейный врач) оказывает необходимую врачебную помощь общего типа по семейному принципу, что делает её более приближенной и доступной для населения. Поэтому на самом деле речь не идет о разрушении каких-либо сложившихся медицинских специализированных служб. Напротив, благодаря внедрению общей врачебной (семейной) практике авторитет и эффективность специализированных служб должны значительно возрасти.

Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь должна быть сосредоточена в консультативно-диагностических центрах, преобразованных из поликлиник и амбулаторий. Пациенты должны поступать в эти центры по направлениям ВОП. Врачи-специалисты (включая педиатров и интернистов) при этом ведут не только лечебно-диагностическую работу, но и выступают в роли консультантов для ВОП и помогают им в проведении медицинских профилактических мероприятий и диспансеризации.

Среди всех видов осмотров ведущая роль принадлежит профилактическим осмотрам, которые подразделяется на периодические (не разовые), они комплексные и массовые, и целевые (в т.ч. скрининги), ориентированные на «донозологическую диагностику» и раннее выявление у предрасположенных или лиц с повышенным риском тех заболеваний, для которых раннее лечение может дать хороший результат, например, скрининг на некоторые формы онкопатологии. Обследования при этом должны включать в себя специфические и чувствительные тесты. В течение года от момента выявления рака у нас погибает 61% больных с раком

пищевода, 54% - с раком легких и трахеи, 53% - с раком желудка, 30,5% - с раком прямой кишки, 22,6% - с раком молочной железы и 20% - с раком матки. Например, рак желудка в 42% случаев выявляется на самой поздней IV стадии, когда лечение неэффективно и умирающие нуждаются в паллиативной помощи, домах сестринского ухода и хосписах, т.е. в достойных условиях для смерти. Из 500 тыс. ежегодно выявленных и учтенных больных с раком 30,5% умирают в тот же год, и только 30% имеют неплохие шансы на будущее. Характерно, что среди заболевших раком, мужчины чаще умирают, чем женщины, что обусловлено более высоким изначальным риском и более поздним выявлением заболевания. Каждый год в РФ умирают от рака 300 тыс. больных из числа выявленных в текущем году (это 152,5 тысячи) и в предыдущие годы, но больше 50% из них могли бы остаться в живых при раннем их выявлении и адекватном лечении инновационными препаратами, не для всех доступными. Если же рак выявляется на самом начальном этапе, то до 80% больных прожили бы еще 5 лет и более. Поэтому для раннего выявления этого заболевания необходимо использовать все возможности: самообследование, профилактические осмотры, скрининги (общие и целевые), доврачебный осмотр медсестрой, первичный осмотр любым врачом, как это было организовано ранее и т.д. Самой распространенной формой рака у женщин является рак молочной железы (РМЖ), ежегодно в РФ регистрируется свыше 50 тысяч новых случаев этого рака, причем пик этого заболевания приходится на 45-50 лет. Заболеваемость за последние 10 лет выросла на 20%. Каждый год от рака молочной железы умирает более 22 тысяч женщин, а их дети остаются сиротами. К факторам риска обычно относят возраст, наследственность, половые гормоны, а роль пролактина до конца не изучена. Если РМЖ выявляется на начальной стадии, то выживаемость достигает 90%, если на второй стадии, то она снижается до 70%, если на третьей, - то до 40%, а если на четвертой, - то до 15%. Однако, к сожалению, женщины не идут на профилактические осмотры, хотя в Москве, например, задействован скрининг на 86 компьютерных маммографах, на которых можно пройти бесплатное обследование, и все женщины, которым при РМЖ положены противоопухолевые препараты, их получают. Стоимость такого лечения составляет 1,2 млн. руб. в год и оно, как считает главный онколог Москвы А. Махсон, увеличивает 5-летнюю выживаемость на 20%. Кроме того, в Москве онкологическая служба организуется по такому принципу: в каждом округе - хорошо оснащенный онкодиспансер, который затем становится поликлиническим отделением стационара. Таким образом, ранняя диагностика помогает предотвратить риск дальнейшего развития рака молочной железы, а своевременное выявление и лечение эндокринных заболеваний снижает риск возникновения этого вида рака на 50%. Именно так считают специалисты-участники конференции "Актуальные вопросы патологии репродукции" (Барнаул, сентябрь 2011 г.). В последние годы в 54 регионах России созданы условия для бесплатного маммологического обследования и частично для лечения препаратами нового поколения. Но женщины не идут, не понимая, что выявленный на 4 стадии рак лечится всего в 13-18 % случаев. В России онкоскрининг регулярно проходят не более 20% женщин, а в Швеции - 80%. Однако проблему РМЖ нужно рассматривать только в комплексе - профилактика, раннее выявление, лечение, доказанное мировой практикой, реабилитация, интегрированный уход на дому, в домах сестринского ухода, в хосписах. Даже в Москве имеется всего 8 хосписов на 240 коек. Из-за бюрократических препон возникают огромные сложности в получении больными болеутоляющих препаратов. Во всем мире РМЖ считается онкозаболеванием, которое хорошо поддается лечению, но, конечно, максимально позитивный результат получается только в случае своевременного лечения. У нас же в стране чуть больше 30% женщин получают лечение высокоэффективными препаратами по международным стандартам, основанным на доказательной медицине. Пятилетняя выживаемость при РМЖ: в США - 99% (в 1950 годах - 80%), Западной Европе - 80%, Восточной Европе - 66%, в России - всего 56,7%. Это обусловлено тем, что первичная диагностика рака молочной железы на четвертой стадии в России в 2 с лишним раза выше, чем в США. За последние 8 лет смертность от этой формы рака в России возросла на 13%, в то время как в других странах она уменьшилась (в США - на 23%, в Англии - на 20%).

На примере онкологии тут показана медицинская и экономическая целесообразность раннего выявления заболеваний. Как известно, во многих странах, например в Дании, считают траты на профосмотры неэффективными. И действительно, в Дании с ее дорогами и расстояниями медицинская помощь является весьма доступной, а граждане - более сознательными и коммуникативными, прикрепленными к определенному врачу общей практики. В России ситуация иная и без применения диспансерного метода не обойтись.

Диспансеризация, как метод перманентного слежения за состоянием здоровья и оздоровления, включает в себя профилактические осмотры и диспансерное наблюдение врачом за выявленными при осмотрах и обследованиях случаях отклонений от нормы или заболеваний. Профилактическими осмотрами с использованием информативных, специфичных и чувствительных тестов должно быть охвачено не все население, что практически невозможно, да и нерационально, а, в первую очередь, три группы: дети (лучше организованные контингенты), поскольку многие болезни начинаются с детства, ведущие профессиональные группы населения, составляющие основу экономики страны, и хронически больные отдельными заболеваниями для предупреждения у них сезонных и других обострений (противорецидивное лечение), перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание. Это позволит эффективно использовать общественные средства и своевременно предотвращать обострения заболеваний в группах риска. Так, проведенный в 2012 г. в Красноярске ранний онкоскрининг показал высокую эффективность в смысле раннего выявления рака молочной железы, легких, кожи, кишечника, простаты, яичников, шейки матки и последующего лечения со снижением уровня летальных исходов.

В таком случае этот подход является обязательным для подлежащих диспансеризации контингентов. Для всех остальных граждан это дело добровольное и проверить состояние своего здоровья на бесплатной основе они могут в действующих центрах здоровья. В целях создания единого технологического диагностико-оздоровительного процесса необходимо центры здоровья объединить с поликлиниками или врачебными амбулаториями.

Исследования показывают, что треть всех посещений к врачам-специалистам являются не обоснованными, а ещё 40% посещений к ним мог бы взять на себя подготовленный ВОП (в Эстонии- от 30 до 70%) и это ведет к сокращению объема стационарной помощи на 20-45%. Поэтому по мере увеличения численности ВОП число врачей-специалистов в консультативно-диагностических центрах (КДЦ) со временем может быть значительно уменьшено, и при сохранении того же фонда оплаты труда плата врачам может быть существенно повышена. При общих врачебных практиках и КДЦ должны быть организованы дневные стационары, а в КДЦ дополнительно еще и дневная хирургия. Для обеспечения медицинской помощи населению в отдаленных территориях и сельских районах необходимо предусмотреть развитие санитарной авиации и передвижных мобильных диагностических и лечебных комплексов в автомобильном и железнодорожном вариантах, а также возможности телекоммуникационной связи. На селе общая врачебная практика с врачом и средним медперсоналом, оснащенная и имеющая автотранспорт, должна приходиться на 1000-1300 человек населения. В городах общая врачебная практика должна приходиться на 1500-1800 человек населения, но наиболее прогрессивной формой в городах является не индивидуальная, а групповая практика. Поэтому существующие городские поликлиники должны быть разделены на общую врачебную (групповые практики) и специализированную врачебную помощь (КДЦ). Постепенно участковые терапевты и участковые педиатры должны переквалифицироваться во врачей общей практики. Врачи общей практики являются подготовленными профессионалами по широкому кругу вопросов и в подавляющем большинстве случаев могут не направлять больных к врачам-специалистам, а решать их проблемы самостоятельно. В результате соотношение врачей общей практики и врачей специалистов должно быть как 45 к 55, то есть если сейчас врачей общей практики у нас всего 10 тыс. и на перспективу их число нужно увеличить в 30-35 раз, то врачей-специалистов, работающих в КДЦ и стационарах, должно быть, по нашей оценке, около 430 тыс., конечно же, при соответствующем оснащении и информатизации.

Необходимо и в городах, и на селе из КДЦ организовать консультирование врача общей практики силами врачей специалистов путем выезда на места или организации дистанционной телесвязи. Вызовы на дом должны обслуживаться медсестрами, которые в случае необходимости обращаются к врачам. Медицинские сестры должны также вести доврачебный прием пациентов и иметь право выписки рецептов на медикаменты по ограниченному перечню. Вообще необходимо шире и полнее использовать потенциал медицинских сестер в профилактике, лечении, реабилитации и паллиативной помощи. Необходимо утвердить стандарты сестринского дела и придать правовой статус таким понятиям, как «сестринская помощь», «сестринский уход» и другим, имеющим отношение к работе среднего медицинского персонала. При каждой общей врачебной практике должен создаваться актив здравоохранения (волонтеры) и группа подготовленных парамедиков,

особенно в тех местах, где отсутствуют ФАПы.

Необходимо при медицинских учреждениях повсеместно организовывать школы для пациентов (здоровых и больных) под руководством медсестер. Кроме того, следует более интенсивно развивать информатизацию здравоохранения и телемедицинское консультирование на расстоянии, а в городах - телефонную поддержку пациентов по типу «горячей линии». Будут широко внедрены базовые онлайн-сервисы, позволяющие осуществлять самозапись на прием, организовать обмен информацией, вести электронную медицинскую документацию, осуществлять учет и анализ.

Уже сейчас можно по Интернету записаться на прием к врачу. «Электронное здравоохранение» (eHealth) постепенно внедряется в Европе и в России, а для международного медицинского консультирования (Cross-border Health Care), как посчитали на 15-м Европейском форуме по здравоохранению (октябрь 2012), необходима многолетняя подготовительная работа, к которой следует вернуться после завершения кризиса. При увеличении доступности ПМСП и всей амбулаторной помощи, при которых должна существовать неотложная медицинская помощь, должны значительно снизиться нагрузки на более дорогую скорую медицинскую помощь, которая должна быть усилена автотранспортом, авиатранспортом (санитарная авиация) и высоко-квалифицированным персоналом. Следует иметь в виду, что и врачи ПМСП и скорой медицинской помощи должны руководствоваться синдромальной классификацией WONCA- Всемирной организации по семейной медицине.

Необходимо сохранить этапность медицинской помощи в лучших ее традициях, разработать обоснованные «маршруты» движения пациентов, вычислить объемы по каждому маршруту, что позволит определить обоснованное госзадание, и осуществить переход от лечения болезней к лечению больного с использованием доказательной медицины и международных стандартов ИСО. Клинические рекомендации и протоколы диагностики и лечения должны обрести силу нормативно-правового акта, медицинского стандарта, рекомендательного для врачей при наличии у них права отступить от стандарта лечения, если это отступление обосновано интересами здоровья конкретного пациента и доказано. Больничная помощь должна состоять из нескольких уровней: больницы общего профиля, больницы многопрофильные и специализированные, центры высоких медицинских технологий. Для каждого типа больничных учреждений должны быть разработаны показания для госпитализации, табель оснащения, медицинские стандарты и результативные показатели. Кроме того, маломощные сельские и городские больницы могут быть преобразованы в реабилитационные центры с подготовленными медицинскими сестрами. К каждой больнице должны быть прикреплены несколько амбулаторий или КДЦ при единой аккредитованной лабораторно-инструментальной и диагностической базе, где должны производиться повседневные текущие обследования. Более тонкие и эксклюзивные (уникальные) обследования и диагностические процедуры должны осуществляться в Диагностических центрах там, где есть для этого возможности.

В целом объемы стационарной помощи могут быть значительно сокращены при условии достаточного развития ПМСП за счет сокращения пустующих коек, уменьшения числа необоснованных госпитализаций, сокращения сроков пребывания на койке вследствие более интенсивного лечения.

Лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях должно быть увеличено в 3 раза (на 200 млрд. руб.). Далее, по мере увеличения финансирования здравоохранения, все лекарства по рецепту врача должны отпускаться пациентам полностью бесплатно, либо с частичной компенсацией затрат (в среднем не менее 60% средств на лекарства должно покрываться за счет государственных источников). Необходимо активнее развивать фармакоэкономику и фармакоэпидемиологию.

Необходимо восстановить школьную и дошкольную медицину и гигиену путем создания социально-экономической мотивации для этой группы врачей и медсестер. Совместно с работодателями восстановить на производстве медико-санитарные части (МСЧ), систему доверенных врачей, здравпункты и профилактории. Кстати, в развитых странах сейчас отмечается активное развитие производственной медицины по типу МСЧ с добавлением электронных технологий.

IV. Уменьшение диспропорций в структуре медицинских кадров, повышение их квалификации

Увеличение финансирования здравоохранения в 2 раза позволит существенно повысить оплату труда медицинских кадров. Средняя зарплата врачей должна быть не меньше 60 тыс. руб. в месяц в ценах 2012 года, а минимальная заработная плата медицинского персонала – 25 тыс. руб. В принципе, повышение зарплаты, которого все ожидают и на которое надеются, вовсе не означает параллельный рост качества, поскольку этому нужно учесть. Однако качественная врачебная и медсестринская помощь не должна быть дешевой. Все недостатки додипломного образования у нас устраняются на последипломном образовании. Увеличение оплаты труда медицинских работников должно обязательно сопровождаться привязкой к качеству и результатам труда в виде специальных индикаторов и стандартов, как мерилom их оценки. Необходимо обеспечить оптимальную структуру медицинских кадров путем создания системы социально-экономической мотивации (обеспечение бесплатным жильем, подъемные, льготы по оплате тарифов ЖКХ, надбавки к заработной плате, льготные кредиты и др.) для привлечения их к работе по определенным специальностям, а также в сельские и отдаленные районы с предоставлением автотранспорта. Это позволит значительно усилить первичное звено здравоохранения и повысить доступность медицинской помощи в этих территориях. В Эстонии, например, врачам, желающим в течение 5 лет работать в провинции, выплачивается единовременное пособие в 15 тыс. евро, а в РФ утвержден размер компенсаций сельским медикам за коммунальные платежи в размере 1200 руб. ежемесячно. Необходимо изменить соотношение между врачами и средним медперсоналом 1 к 4 (сейчас в амбулаторном звене 1:1.6, в стационарах - 1:2.8), в том числе существенно повысить роль медицинских сестер в процессе оказания медицинской помощи. Необходимо добиться, чтобы в ПМСП это соотношение составляло бы 1 к 5, а на остальных уровнях здравоохранения - 1 к 3. В Великобритании, Канаде и в ряде других стран на 1 врача приходится даже более 5 медицинских сестер. В общественное здравоохранение, как отмечалось, должны быть также включены парамедики и активисты из числа простых граждан. Правда, нельзя забывать, что по многим причинам врачи, медсестры, фельдшера и акушерки также «бегут» из медицинской практики и число медсестер снизилось до 92.6 на 10 000 населения (в Великобритании - 128, Канаде - 101 и т.д.). Поэтому крайне необходимы стимулирующие меры и значительное увеличение числа выпускников.

В части повышения квалификации медицинских кадров необходимо ввести рекомендательную систему отбора к профессиям врача и медицинской сестры с помощью специального анкетирования и проверки личностных качеств будущего врача. В додипломном образовании целесообразен постепенный переход от единого массового к индивидуальному образованию с акцентом на развитии клинического мышления. Необходимо развивать базовое, обязательное послевузовское и непрерывное медицинское образование в соответствии с международными стандартами, принятыми на Всемирной конференции по медицинскому образованию в марте 2003 г. в Копенгагене и которые ориентированы на потребности здравоохранения. Для решения этой задачи потребуется: минимально в 2 раза повысить заработную плату профессорско-преподавательского состава с учетом результатов их труда; обеспечить условия для профессионального развития преподавателей; способствовать размещению клинических кафедр вузов в медицинских организациях, а также активному участию профессорско-преподавательского состава кафедр в лечебной работе медицинских организаций. Сроки обязательной послевузовской подготовки для врачей всех специальностей должны быть не менее 2 лет, причем эту подготовку можно поэтапно перенести из вузов в аккредитованные для последипломного обучения медицинские организации. Не случайно в своем послании Федеральному собранию 12.12.2012 г. Президент РФ отметил необходимость публичного мониторинга за качеством медицинского образования. Переход в медицинском образовании на Болонскую систему имеет больше негативных, чем позитивных последствий, и потому в ближайшие годы от этого следует воздержаться. Аналогичным образом должны проходить аккредитацию медицинские образовательные учреждения и кафедры, а профессорско-преподавательский состав должен получать лицензию раз в 3 года.

Вузы должны иметь обоснованное госзадание, сколько и каких врачей нужно готовить, обладать своим рейтингом по индексу цитируемости работ и публикаций, из них исходящих, по уровню преподавания, по квалификации преподавателей, по соотношению между педагогами и студентами, по квалификации и востребованности выпускников, по защищенным диссертациям и т.п. На одного преподавателя должно приходиться не более 4 студентов, которые, начиная с 4-5 курсов, должны привлекаться заинтересованными медицинскими учреждениями и выполнять необходимую практическую или исследовательскую работу.

Видимо, назрела пора создать в медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по несколько иным программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA).

Если на Западе врачами становятся вполне осознанно, понимая всю сложность, благородство и гуманность этой профессии, то в России это выглядит иначе. Почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и высокий ее риск, особенно в специальностях хирургического профиля. Еще треть выпускников, хотя и затем работают в медицинских учреждениях, но являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные нам не нужны. Если человек в детстве издевался над сверстниками или животными, то ему нельзя идти в медицину, в лучшем случае из него может получиться патологоанатом. А сданные даже на отлично вступительные экзамены не являются гарантией того, что из абитуриента может получиться хороший врач. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь. Исходя из этого, целесообразно создать, как отмечалось, специальную систему предварительного тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, требующихся будущему врачу, в результате чего могут даваться соответствующие рекомендации. В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволит очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом ставится вопрос не одно десятилетие, но пока что понимания важности этой простой системы нет. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи нельзя. За рубежом сложилась несколько иная система профессиональных ценностей и профессионального отбора. Однако, зарубежные специалисты согласны с тем, что помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более объективно и системно оценивать состояние организма в норме или при той или иной патологии. Системное мышление - это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей средой в норме и патологии, но также означает системный подход к профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно по фон Берталанфи «за деревьями не пропустить лес». Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ИСО, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д.

Кроме того, необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не требует каких-либо организационно-структурных преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс с тем, чтобы знания не распылялись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное с большой долей самостоятельного обучения. При этом четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (т.е. стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную подготовку. Кстати, там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты. Квалификация российских специалистов (набор компетенций) должна быть приближена к 2020 г. к квалификации специалистов в странах ЕС. Одной из

проблем, возникших после распада СССР, явилась невозможность сохранения существовавшей ранее системы распределения выпускников. В результате оказалась полная неразбериха в расстановке врачебных кадров: значительный их дефицит в первичном звене здравоохранения и на селе при переизбытке в стационарной медицинской помощи. Между тем, решение проблемы достаточно простое: необходимо абитуриенту выдавать кредит на обучение, который при выпуске он должен вернуть либо отработать там, где это требуется обществу. Кроме того, выпускникам, направляемым к месту работы, необходимо не деньги давать, а предоставлять соответствующий социальный пакет. В этот пакет, как было ранее, должны входить подъемные с оплатой провоза багажа, бесплатные жилье, коммунальные и многие другие услуги, надбавки, льготные кредиты, стимулирующие выплаты и т.д. ВОЗ считает, что на селе обязательно должен быть врач, для чего ему нужно создать все условия для профессионального роста, участия в профессиональных сетях, непрерывном медицинском образовании, обеспечить соответствующим оснащением и литературой, законодательной поддержкой и оказывать необходимую материальную поддержку. ВОЗ также рекомендует применять целевой набор из сельской местности с прохождением практики на селе, с включением в программы обучения вопросов потребности и особенностей сельского здравоохранения, акцентируя внимание на самостоятельность в принятии решений и ответственности за них. Необходимо отработать разнообразные механизмы, способствующие возвращению выпускников на село.

Особый акцент необходимо сделать на развитии непрерывного медицинского образования, в том числе путем внедрения симуляционных и дистанционных образовательных технологий, системы зачетных единиц (кредитов), привлечения к этому образованию профессиональных врачебных ассоциаций, обучения на рабочем месте и на специальных курсах а также внедрить систему наставничества. Необходимо обеспечить медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах, доступом к современным образовательным ресурсам через Интернет, использовать «трансляционную медицину» для дистанционного обучения и консультаций. Большое внимание должно быть также уделено подготовке средних медработников, для чего потребуется расширение сети колледжей. Нужно бы к 2020 г. создать в стране по крайней мере несколько школ общественного здравоохранения для подготовки актива здравоохранения и парамедиков. Крайне необходимо сделать так, чтобы позитивный отечественный опыт непрерывного медицинского образования был сохранен и усовершенствован. Существующие в настоящее время пятилетние циклы сертификационного обучения не отвечают требованиям времени, поскольку медицинская информация обновляется гораздо чаще. Думая о врачах, об их образовании, нельзя забывать и о возрастающей роли медицинских сестер, об их самостоятельной работе с достойной оплатой труда, о разумном их соотношении с врачами, когда в среднем на 1 врача должно приходиться 4 медсестры, а не 2, как сейчас.

Только сочетание всех перечисленных подходов, включая отбор к врачебной профессии, изменения в технологии обучения, замену системы распределения выпускников, предоставление социального пакета наряду с повышением средней зарплаты врачей до 60 тыс. руб.. ежемесячно, восстановление в улучшенном виде системы непрерывного последипломного образования, изменения в системе лицензирования и аккредитации, будут содействовать решению задач, стоящих перед современным здравоохранением. Необходимо способствовать достижению высоких этических принципов во взаимоотношении врачей с пациентами и контролировать их соблюдение.

Для улучшения качества и безопасности медицинской помощи необходимо превратить врача из объекта права в субъект права, что даст ему возможность самостоятельного принятия решений, создать систему лицензирования врачей (в первую очередь, врачей ПМСП), обязательной аккредитации медицинских организаций (на базе международной системы аккредитации медицинских организаций), внедрить систему оценки качества медицинской помощи с учетом международного опыта и систему управлением качества. Если выдача разрешения на деятельность (лицензия)- прерогатива уполномоченных органов государственной власти, то подтверждение лицензии (по балльной системе)- ответственность профессионального врачебного сообщества. Выдавать лицензию должен государственный орган, а продлевать ее и подтверждать- профессиональная медицинская организация. В Германии и США, например, лицензия обновляется каждые три года и врач должен набрать 150 баллов за участие в конференциях, статьи, обучение и т.д. (45 минут

обучения дает 1 балл).

Страховать профессиональную ответственность врача должно принимающее его на работу по контракту медицинское учреждение. В связи с тем, что в реализации перспективной модели охраны здоровья и оказания медицинской помощи, а также в реализации приоритетных направлений Стратегии ведущая роль принадлежит руководителям органов государственной и муниципальной власти, руководителям органов и учреждений здравоохранения, то им должно быть уделено особое внимание в плане подготовки к новым условиям и требованиям работы. Для этого должны использоваться школы общественного здравоохранения, специальные целевые семинары, усовершенствование и повышение квалификации. Со временем произойдет кадровое разделение административных и медицинских функций и всю административную, хозяйственную, финансовую работу и материально-техническое обеспечение возьмут на себя специально подготовленные менеджеры, а руководители здравоохранения и главные врачи займутся организацией профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и ухода, уделив особое внимание повышению доступности, улучшению качества, росту квалификации медицинских кадров, реализации медицинских программ и взаимодействию с другими службами по критерию здоровья. Многие из этих вопросов должны решаться совместно с профессиональными общественными объединениями.

В целях повышения инновационности практического здравоохранения необходимо опережающее развитие медицинской науки, для чего нужно существенно увеличить объемы ее финансирования, прежде всего в медицинских вузах и на конкурсной основе, повысить качество научных разработок, обеспечить ориентированность научных работ на достижение целей Стратегии, на текущие и перспективные нужды практического здравоохранения, а также качество их приема и экспертизы. Необходимо восстановить исследования здоровья, приуроченные к переписям населения, и на их основе определять потребности населения в различных видах охраны здоровья и медицинской помощи.

V. Обеспечить доступность высокотехнологичной медицинской помощи, реабилитационной и паллиативной помощи, а также услуг по долговременному уходу для пациентов, не способных к самообслуживанию.

В связи с возросшей потребностью объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) необходимо в ближайшие годы увеличить в 2-3 раза в уже действующих лечебных учреждениях (на 50-100 млрд. руб.). Для этого потребуются поддерживать материально-техническую базу здравоохранения на современном уровне для чего потребуется с 2013 г. не менее чем по 40 млрд. руб. ежегодно. При этом необходимо обеспечить прозрачность закупок такого оборудования и эффективность его последующего использования, поскольку по данным Счетной палаты выявлено значительное число нарушений в этой сфере деятельности, в т.ч. платность ВМП, строительство новых центров ВМП без достаточного обоснования, которые во многих случаях остаются на уровне областных больниц, бюрократическая волокита при получении необходимой ВМП и др. Однако следует иметь в виду, что вектор перспективного развития должен быть направлен в противоположную сторону от дорогостоящей ВМП в направлении предупреждения и раннего выявления болезней. И потому вместо открытия бесконечных новых центров ВМП было бы лучше наладить работу ПМСП и всей амбулаторной помощи.

Для обеспечения доступности реабилитационной и паллиативной помощи необходимо провести реструктуризацию коечного фонда стационаров, с выделением коек реабилитации и восстановительного лечения, хосписных и долговременного ухода. Требуется разработать стандарты их оснащения (табель оснащения), провести переоснащение и подготовить необходимые медицинские кадры. Реализация этого направления в части создания услуг по долговременному уходу должна осуществляться совместно с социальными службами.

VI. Повысить эффективность управления здравоохранением, в том числе совершенствовать законодательную базу.

Для этого с учетом Положений настоящей Стратегии необходимо разработать долгосрочную Национальную программу охраны здоровья граждан РФ. В этой программе должны быть: цели, задачи, приоритеты, конкретные мероприятия со сроками исполнения и ответственными лицами, показатели с целевыми значениями для мониторинга, а также обоснование эффективности предлагаемых мероприятий.

Необходимо ежегодно публиковать доклад об эффективности и результативности деятельности системы здравоохранения на всех уровнях, измеренной по международным показателям. Следует повысить прозрачность и научную обоснованность принимаемых решений - для этого целесообразно создать при Минздраве РФ экспертные Советы по направлениям с участием высококвалифицированных экспертов, а не только чиновников и избранных ими специалистов. Необходимо внедрить экономически эффективные нерыночные инструменты управления: составление рейтингов медицинских организаций, внедрение дифференцированной системы оплаты труда с учетом его тяжести и напряженности и результатов деятельности, расширить возможности государственных и муниципальных медицинских организаций (при условии увеличения их финансирования). Для руководителей здравоохранения всех уровней необходимо организовать современные курсы специальной подготовки и переподготовки, в т.ч. с использованием дистанционных технологий.

Необходимо также в самое ближайшее время совершенствовать (изменять и дополнять) законодательную базу, имея в виду Федеральные законы №№ 83, 94, 323 и 326 и принятие новых законодательных актов.

Развитие здравоохранения должно сопровождаться внедрением информатизации, в том числе медицинских информационных систем в медицинских организациях, интегрированных в единую информационную систему. Рабочие места врачей должны быть полностью компьютеризированы, что позволит снять с них нагрузку, связанную с бумажным документооборотом, а также значительно повысить качество сбора и анализа первичной информации о пациентах. Для этого необходима программа информатизация отрасли:

Реализация этого направления также включает приведение медицинской и медико-демографической статистики к единым международным требованиям, в том числе переход на международную систему Национальных счетов (по учету расходов системы здравоохранения), внедрение международно сопоставимой номенклатуры медицинских и врачебных специальностей и медицинских организаций. В каждом субъекте РФ необходимо создать систему мониторинга за состоянием здоровья населения с использованием единых показателей, отражающих состояние и динамику этих показателей.

VII. Развивать независимые профессиональные общественные и медицинские организации.

Необходимо создать условия для их активного участия в формировании политики в области охраны здоровья граждан и решении практических вопросов здравоохранения на всех уровнях. Реализация этого направления включает также внедрение институтов профессионального саморегулирования и лицензирования врачей и широкое участие самого населения в решении задач в сфере охраны здоровья. В первую очередь нужно заняться взаимоотношением «пациент-врач», что составляет основу здравоохранения. Одни пациенты уверены в том, что каждый второй врач-убийца в белом халате, а каждый третий- невежда. Но все они приходят к врачу с надеждой вылечиться. Врач же в большинстве случаев рассматривает пациентов как потенциальную для себя угрозу, как человека, который в половине случаев не будет выполнять рекомендации, и, нередко, как источник своих доходов. Отсюда ясно, что крайне необходимо восстановить доверие к врачам, врачебному сообществу очиститься от случайных людей, повысить авторитет и престижность врачебных профессий. Корень этих проблем находится в самой системе здравоохранения, которая одинаково неудобна и унижительна и для пациента, и для врача. Исправлению этой ситуации может способствовать реализация настоящей Стратегии.

Профессиональные медицинские объединения должны участвовать в разработке: норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил; порядков оказания медицинской помощи и медицинских стандартов; программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников и предоставлении образовательных услуг; принимать участие в лицензировании медицинских и фармацевтических работников; разрабатывать и одобрять клинические рекомендации (протоколы лечения) и этические нормы взаимодействия медицинских работников и пациентов; участвовать в заключении соглашений по тарифам на медицинскую помощь; разработке территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Иначе говоря,

работа общественных медицинских объединений не должна сводиться только к самоуправлению и саморегулированию профессиональной медицинской деятельности. Они должны совместно с пациентскими организациями участвовать в государственно-общественном управлении системой охраны здоровья и организации медицинской помощи. Кроме того, профессиональные медицинские и пациентские организации наряду с чиновниками, специалистами, экономистами и юристами должны активно участвовать в работе Национального совета по охране здоровья при Президенте РФ и в профильных советах при Минздраве РФ. Такое широкое участие профессиональных медицинских организаций будет способствовать повышению квалификации медицинских работников и, как следствие, повышению качества медицинской помощи населению, более ответственному и гуманному отношению медицинских работников к пациентам, повышению эффективности управления здравоохранением в целом.

6. ПОРЯДОК РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ СТРАТЕГИИ

Из всего изложенного следует, что главные акценты должны быть сделаны на системе охраны здоровья и развитии ПМСП с тем, чтобы существенно улучшить состояние здоровья населения и значительно снизить нагрузку на дорогостоящую вторичную и третичную медицинскую помощь. В данной Стратегии большое внимание уделено перспективам развития здравоохранения в том числе потому, что именно со стороны здравоохранения должны быть сформулированы требования к системе охраны здоровья, поскольку только врачи могут выявить позитивные или негативные влияния сторонних факторов на здоровье граждан. Медицинская помощь общего типа, в том числе врачебная, должна быть массовой и наиболее приближенной к месту проживания граждан, а специализированная медицинская помощь может быть более отдаленной. На специализированную амбулаторную помощь и на госпитализацию пациенты направляются, преимущественно, ВОП, а консультативно-методическая помощь организуется сверху: от областных медицинских учреждений к межрайонным, от межрайонных- к районным, от районных- к врачебным участкам (ВОП), от ВОП- к ФАП и ФП. При этом, начиная с районного уровня, медицинские учреждения работают по договору с медицинским департаментом субъекта федерации, в котором изложено госзадание по объему, качеству и управляемым показателям. В связи с ожидаемым значительным ростом числа пожилых людей, родившихся в начале 1950-х годов, должно вырасти число коек сестринского ухода (в т.ч. в ДСУ) при возможном уменьшении численности больничных коек. В таком случае институциональная структура здравоохранения будет выглядеть следующим образом.

А. На селе, в малых городах и поселках, в отдаленных районах.

1. ПМСП, в т.ч. медицинская помощь общего типа:

- волонтеры, парамедики

- ФП- до 500 жителей, ФАП- на 500-800 жителей

- Общая врачебная практика, врачебная амбулатория (с дневным стационаром)- 1500-2000 жителей

2. Амбулаторная специализированная медицинская помощь:

- выездные специализированные бригады, в т.ч. для проведения профилактических осмотров и рекомендаций по оздоровлению, передвижные установки

- дистанционное консультирование с выдачей рекомендаций ВОП

- поликлинические отделения межрайонных и областных больниц, КДЦ

3. Стационарная медицинская помощь общего типа:

- участковые больницы в труднодоступных местностях

- районные и центральные районные больницы

4. Стационарная специализированная медицинская помощь:

-межрайонные и областные больницы, специализированные диспансеры

Б. Скорая медицинская помощь:

-бригады парамедиков, фельдшерские и врачебные специализированные бригады

-санитарная авиация

Б. В средних и крупных городах.

1. ПМСП, в т.ч. медицинская помощь общего типа:

-волонтеры, парамедики

- ОВП, центры групповой общей врачебной практики

2. Амбулаторная специализированная медицинская помощь:

-консультативно-диагностические центры (КДЦ), объединенные с центрами здоровья

-частные поликлиники

-женские консультации

-стоматологические поликлиники (отделения)

3. Стационарная медицинская помощь:

-городские больницы общего типа, специализированные и многопрофильные, диспансеры и медицинские центры

-частные клиники

4. Скорая медицинская помощь:

-фельдшерские и врачебные бригады общего типа и специализированные

-служба перевозки

В. Детское здравоохранение в организованных коллективах:

-фельдшерский кабинет- до 300 детей, в т.ч. в школах

-врачебный кабинет- от 300 детей, в т.ч. в школах

Г. Производственное здравоохранение:

-здравпункты фельдшерские и врачебные

-медико-санитарные части (при специфике производства)

Д. Медицинский уход и реабилитационная помощь:

-организация медсестринского ухода на дому

-отделения (дома) сестринского ухода

-отделения (больницы) восстановительного лечения

-медицинские профилактории и санатории.

Е. Паллиативная медицинская помощь:

-межрайонные, городские и областные хосписы из расчета 1 койка на 20 тыс. населения

Таким образом, представленная организационно функциональная и финансовая модель здравоохранения базируется на результатах значительного числа научных исследований и разработок, выполненных в последние десятилетия, имеет определенное сходство с существующими моделями в Великобритании и Испании и только в отдельных чертах напоминает о позитивном отечественном опыте предшествующих лет. Как видно, новое изобретение Минздрава о трех уровневой системе лишено смысла, поскольку на первый уровень наряду с ПМСП необоснованно включена стационарная помощь, которая может быть не столь приближенной (в соответствии с маршрутизацией пациентов) и не соответствует целям и задачам первого уровня. Весь цикл медицинской помощи начинается с ПМСП и заканчивается реабилитацией, т.е. восстановлением здоровья (и трудоспособности), интегрированным медицинским уходом или паллиативной помощью.

Проект настоящей Стратегии должен пройти широкое обсуждение в общественных организациях, в объединениях пациентов, в профессиональных медицинских объединениях, в региональных органах управления здравоохранением, затем скорректирован с учетом высказанных пожеланий и замечаний, после чего он может быть представлен в 2013 г. в органы государственной власти.

Для реализации заявленных положений Стратегии необходим комплексный (межсекторальный, межведомственный) подход. Для этого важно при Президенте РФ создать «Национальный совет по охране здоровья» с участием квалифицированных экспертов (медицинских демографов, организаторов здравоохранения, экономистов, юристов, представителей общественных организаций и др.). В течение 2013-2014 гг. необходимо разработать и представить Президенту, Правительству и ГД РФ Национальную программу охраны здоровья граждан РФ до 2020 г. и на последующие годы. Эта целевая программа должна быть опубликована и быть понятной населению (то есть сопровождаться соответствующими обсуждениями и пояснениями).

Должна быть налажена обязательная отчетность по реализации Программы: ежегодно должен представляться отчет министерств и ведомств, региональных органов управления здравоохранением и федерального Министра здравоохранения о ходе реализации программы и динамике достижения целевых показателей по улучшению здоровья населения. Ежеквартально должны проходить заседания «Национального совета по охране здоровья» с представителями заинтересованных министерств и ведомств по мониторингу ситуации. Ежемесячно должны проводиться очные расширенные коллегии Минздрава с руководителями региональных органов управления здравоохранением по мониторингу ситуации. Связь с региональными руководителями здравоохранения должна осуществляться еженедельно в режиме on-line. В процессе реализации Стратегии не должно быть сторонних наблюдателей и все должны нести свое бремя ответственности за реализацию Стратегии.

Обязанности органов государственной и муниципальной власти:

- повышение внимания к человеку с его желаниями быть здоровым и не болеть, постановка его в центр государственной политики во всех ее многочисленных проявлениях, обеспечение прав граждан на охрану здоровья;
- повышение ответственности за здоровье граждан, создание условий для существенного улучшения охраны здоровья и возможностей для ведения здорового образа жизни, выделение для этого необходимых ресурсов и мощностей, в первую очередь, для социально уязвимых групп населения;
- создание и реализация национальных общегосударственных и муниципальных программ в соответствии с выделенными в Стратегии приоритетами, увеличение финансирования здравоохранения в 2 раза.

Обязанности граждан:

- повышение ответственности граждан за свое здоровье, наиболее полное использование условий и возможностей, предоставляемых органами государственной и муниципальной власти для охраны здоровья и ведения здорового образа жизни;
- участие граждан в виде добровольцев, активистов и парамедиков во всех аспектах охраны здоровья, включая проведение массовых оздоровительных мероприятий, дней здоровья и т.п.;

- осуществление гражданского контроля за создание и использование возможностей и условий для охраны здоровья и ведения здорового образа жизни;
- участие в работе попечительских советов и санитарного актива, в выработке перспектив развития медицинских учреждений, в лоббировании их интересов, разъяснении попечительских советов через средства масс-медиа особенностей и результатов их работы, использование открытого бюджета, перспектив и намерений, представление их интересов во властных структурах, финансирующих и других органах, привлечение инвестиций и осуществление гражданского (общественного) контроля за административно-хозяйственной деятельностью, финансовыми потоками и их использованием.

Обязанности отраслевых органов управления здравоохранением:

- проведение эффективной политики в отрасли (организационно-управленческой, законодательно-правовой, кадровой, финансовой, материально-технической, информационной, в области повышения качества медицинской помощи и т.д.);
- включение в качестве базового принципа во все программы здравоохранения взаимоотношение «пациент-врач» с переориентацией системы на пациентоцентризм;
- обеспечение прав пациентов на получение в государственных и муниципальных медицинских учреждениях бесплатной для них медицинской помощи в необходимых объемах и при должном уровне качества, постепенная ликвидация платной медицинской помощи в указанных медицинских учреждениях во всех ее проявлениях, и по мере увеличения государственно-бюджетного финансирования здравоохранения отказ от системы ОМС и от части рыночной терминологии;
- организация государственного задания на развитие медицинской науки, в сфере общественного здоровья и здравоохранения и клинической медицины.

Обязанности медицинских работников:

- содействовать реализации Стратегии на всех уровнях здравоохранения и во всех типах медицинских учреждений;
- оказывать медицинскую помощь пациентам высокого качества с учетом клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов, минимизировать возможные врачебные ошибки, улучшить отношение к пациентам и повысить их удовлетворенность, соблюдая гуманизм, этические и деонтологические принципы медицины;
- участвовать в работе профессиональных медицинских объединений.

Обязанности профессиональных медицинских объединений:

- защищать корпоративные медицинские интересы;
- участвовать в общественном и профессиональном контроле за деятельностью органов и учреждений здравоохранения;
- содействовать реализации основных положений Стратегии и выполнять свои уставные функции.

Обязанности пациентов:

- осуществлять слежение за состоянием своего здоровья, активно участвовать в программах диспансеризации, выполнять назначения медицинских работников и служить партнером врача при оказании медицинской помощи;
- уважительно относиться к ответственному труду медицинских работников;
- вступать в пациентские объединения, позволяющие отстаивать интересы пациентов.

Обязанности бизнеса и работодателей:

- оказывать повышенное внимание здоровью работающих и членов их семей, следить за состоянием их

здоровья, улучшать условия труда и социальные условия работающих;

- по возможности содействовать восстановлению института доверенных врачей, здравпунктов, профилакториев, медико-санитарных частей, заключать договора с медицинскими учреждениями для оказания медицинской помощи работающим и членам их семей, организовать для них систему ДМС;

- увеличение частных адресных инвестиций в систему охраны здоровья и в развитие медицинской помощи, в дорогостоящее лечение редких и тяжелых заболеваний, в развитие информационных технологий;

- организация финансовой поддержки приоритетным направлениям Стратегии и разработанным на их основе национальных программ;

- участие в благотворительных программах и мероприятиях в сфере здравоохранения.

Рекомендации по механизмам организации финансирования для РФ

1. Вопрос о необходимости перехода в РФ на «бюджетную модель» финансирования здравоохранения необходимо серьезно обсуждать с участием профессиональных медицинских и пациентских организаций.

2. При бюджетном планировании необходимо законодательно установить, что общие государственные расходы на здравоохранение в РФ не должны быть меньше 7% ВВП текущего года. Минимальный подушевой норматив финансирования должен быть рассчитан исходя из вышеуказанного общего уровня финансирования государственной системы здравоохранения.

3. Источниками финансирования государственной системы здравоохранения должны стать бюджеты 2-х уровней: федеральный и региональный, а муниципальный – лишь частично. В этих бюджетах должны быть предусмотрены нормированные и защищенные статьи расходов на здравоохранение. Причем на региональном уровне отчисления на здравоохранение должны нормироваться исходя из размеров ВРП и доли в бюджете. Например, не менее - 30% в бюджете региона и не менее 15% от ВРП. Если этих средств будет недостаточно для достижения установленного норматива, то источником покрытия дефицита расходов на здравоохранение должен быть законодательно закреплен федеральный бюджет.

4. Основные расходы на медицинскую помощь (70%) должны происходить за счет федерального бюджета. Это облегчит процесс управления денежными средствами и выравнивания расходов на оказание медицинской помощи в регионах. За счет средств бюджетов субъектов РФ могут быть предусмотрены расходы на инвестиции в здравоохранение и некоторые отдельные статьи расходов на медицинскую помощь.

5. Распорядителями средств должны стать федеральный и региональные органы управления здравоохранением. Существующие фонды ОМС могут быть трансформированы в финансовые отделы органов управления здравоохранением (которыми они, по сути, являются сегодня в большинстве субъектов РФ).

6. Федеральный фонд ОМС должен в усеченном виде войти в состав Минздрава РФ в качестве управления финансирования здравоохранения, а территориальные фонды ОМС- в отделы финансирования, страховые медицинские организации могут активно заняться ДМС, а территориальные и оставшиеся муниципальные органы управления- единообразно трансформироваться в департаменты здравоохранения, и только в республиках могут сохраниться региональные министерства

здравоохранения.

7. Медицинские организации всех форм собственности должны заключать контракт на оказание медицинской помощи с органами управления здравоохранения. Контракт должен быть долгосрочным и содержать описание объемов и стоимости медицинской помощи, а также показатели качества медицинской помощи. Иначе говоря, средства медицинским учреждениям переводятся не в зависимости от их мощности, а в соответствии с выполняемыми ими государственными заданиями, лежащими в основе договорных отношений (контрактов) между учреждениями и органами здравоохранения, где должны быть указаны объемы медицинской помощи, уровень ее доступности и качества, желаемые управляемые результаты, а также условия их достижения с обязательствами сторон.

Все изложенное позитивно отразится на моральном климате в стране, единении, патриотизме, на общей и санитарной культуре, а, главное, на здоровье. Кроме того, это будет способствовать сближению населения и медицины (смещение акцентов с кастовой медицины на медицину народную), разрешению возможных конфликтных ситуаций, повышению авторитета медицинских работников и престижности медицинских профессий, развитию государственно-общественного управления здравоохранением и, в итоге, становлению в стране гражданского общества.