

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ-
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

**Модернизация российского здравоохранения:
2008-2020 годы**

Концепция
Государственного Университета-
Высшей школы экономики

К IX Международной научной конференции
«Модернизация экономики и глобализация»
1-3 апреля 2008 г., Москва

**Москва, Издательский дом ГУ-ВШЭ,
2008**

Авторы:

В.И.Шевский, И.М.Шейман, С.В.Шишкин

Состояние российской системы здравоохранения и направления ее развития занимают одно из центральных мест в ведущемся сейчас в обществе обсуждении долгосрочных перспектив развития нашей страны. Проблемы здравоохранения являются одним из важнейших приоритетов исследований и разработок, проводимых Государственным университетом - Высшей школой экономики. Два года назад был опубликован доклад ГУ-ВШЭ «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса»¹, который вызвал большой интерес у экспертного сообщества, органов власти, средств массовой информации. Обсуждение этого доклада дало жизнь семинару по актуальным проблемам экономики и политики здравоохранения, который регулярно проводится в ГУ-ВШЭ с участием представителей Администрации Президента Российской Федерации, Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России, Минфина России, Счетной палаты Российской Федерации, Государственной думы Российской Федерации, Общественной палаты, видных ученых, руководителей органов здравоохранения субъектов Российской Федерации, членов Российской академии медицинских наук, практических медиков, экспертов, журналистов ведущих изданий.

Новый этап аналитической работы по проблемам развития здравоохранения связан с подготовкой Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации, которая ведется Правительством России. Материалы сотрудников ГУ-ВШЭ нашли отражение в подготовленном проекте Концепции. Но формат этого документа обуславливает очень сжатое изложение задач и механизмов развития здравоохранения и вынужденно ограничивает круг и степень детальности рассматриваемых вопросов. С февраля 2008 года под эгидой Минздравсоцразвития России началась разработка Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Мы считаем необходимым представить свою развернутую позицию в отношении задач модернизации российского здравоохранения.

Авторы текста данной концепции глубоко благодарны Я.И.Кузьминову, Е.Г.Ясину, Л.И.Якобсону и Колоснициной М.Г. за активную поддержку ее написания и ценные замечания.

¹ Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад VII Междунар. Науч. Конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. / А.Г.Вишневецкий, Я.И.Кузьминов, В.И.Шевский, И.М.Шейман, С.В.Шишкин, Е.Г.Ясин, Л.И.Якобсон; Гос. Ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.

1. Вызовы системе здравоохранения

Социально-демографические процессы, экономический рост, развитие медицинских технологий предъявляют серьезные вызовы российской системе здравоохранения.

Ослабление тенденции сокращения численности российского населения выступает политическим императивом. От системы здравоохранения общество ожидает результативного противостояния тенденции роста смертности населения, в особенности в трудоспособном возрасте. Хотя показатели младенческой и материнской смертности в последние годы снижаются, продолжение этой тенденции и сокращение более чем двухкратного разрыва с европейскими странами требует от системы здравоохранения существенно больших усилий.

Повышение доли лиц пожилого возраста в составе населения влечет изменения в масштабах и структуре заболеваемости, требующие более высоких затрат на медицинскую помощь и медико-социальное обслуживание. Только в силу действия этого фактора потребность в расходах на здравоохранение возрастет в 2020 г. более чем на 15%.

Экономический рост обусловит усиление давления на систему организации и финансирования медицинской помощи со стороны государства, бизнеса, населения, профессиональных медицинских сообществ. Задачи модернизации российской экономики будут подталкивать федеральное правительство к росту расходов на здравоохранение и одновременно к предъявлению требований повышения эффективности использования ресурсов отрасли.

Обусловливаемое особенностями российского экономического роста усиление региональной дифференциации по уровню первичных доходов органов власти и населения породит тенденцию к дифференциации возможностей получения медицинской помощи. Это в свою очередь повысит требования со стороны основной части российских регионов к перераспределительной политике федерального центра.

Экономический рост усилит конкуренцию бизнеса за высококвалифицированную рабочую силу. С одной стороны это вызовет расширение спроса на эффективно функционирующие системы негосударственного медицинского страхования и оказания медицинской помощи работникам, прежде всего в крупных корпорациях. С другой - усилится давление бизнеса на государство в сторону расширения финансирования

здравоохранения и роста эффективности его работы как фактора сокращения производственных издержек.

Экономический рост приведет к существенному расширению численности среднего класса, для которого будет характерно более ответственное отношение к здоровью, желание и способность вкладывать средства в профилактику и лечение заболеваний. Средний класс будет предъявлять растущий платежеспособный спрос на медицинскую помощь, диктуя более высокие требования к ее качеству.

Развитие медицинских технологий и появление новых поколений лекарственных средств расширят возможности раннего выявления заболеваний и лечения больных. Но одновременно этот прогресс станет значимым фактором удорожания медицинских услуг, поскольку подавляющая часть новых технологий требует больших инвестиций и текущих затрат. При этом усилиями только медицинских работников будет все сложнее улучшить показатели здоровья населения. Повысится значение комплексного межсекторного подхода, требующего тесного взаимодействия здравоохранения с системами образования и социальной защиты, местными органами власти, бизнесом.

Существующая государственная система здравоохранения неспособна адекватно ответить на эти вызовы. В ряду главных ее проблем – несбалансированность государственных гарантий медицинской помощи с их финансовым обеспечением и связанное с этим нарастание платности услуг и неравенства в доступности медицинской помощи; низкий уровень материально-технического оснащения учреждений и недостаточная квалификация значительной части медицинского персонала; низкая эффективность действующей системы обязательного медицинского страхования (ОМС); ограниченные возможности для рационального привлечения личных средств населения; серьезные структурные диспропорции (слабое развитие первичной помощи, доминирование в системе больниц, излишние мощности медицинских учреждений и проч.); слабость экономической мотивации персонала и расширение практики неформальной оплаты услуг в медицинских учреждениях.

В последние годы государством были сделаны крупные вложения в здравоохранение, но груз накопленных проблем остается весьма значительным. Отставание здравоохранения от западных стран ощущается значительно сильнее, чем многих других ключевых отраслей экономики. Чтобы противостоять новым вызовам, ***необходимо модернизировать систему здравоохранения, повысить ее технологический, организационный и профессиональный уровень.*** Для этого требуется заметное

повышение места здравоохранения в системе бюджетных приоритетов на всех уровнях власти.

Необходимо также провести *институциональные преобразования в системе государственного управления и финансирования здравоохранения, создать институциональные условия для эффективного сочетания государственных и частных источников оплаты медицинской помощи*. Корпорациям и домохозяйствам должны быть предложены новые формы аккумулирования и расходования средств на укрепление здоровья и лечение (новые страховые программы и проч.).

Следует *сделать развитие здравоохранение важным элементом политики борьбы с бедностью*, сделав акцент на первоочередную поддержку лиц с тяжелыми заболеваниями, не обладающими достаточными личными средствами для лечения. Уровень финансовой защиты граждан от больших расходов на медицинскую помощь должен стать важнейшим индикатором результативности функционирования отрасли. В ситуации существенного удорожания медицины эта стратегия является социальным и нравственным императивом развития общества.

2. Цель и задачи политики государства в сфере здравоохранения

Цель государственной политики - улучшение состояния здоровья населения, в первую очередь - снижение детской смертности и смертности в трудоспособном возрасте, увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости на основе развития профилактики болезней и повышения качества и доступности медицинской помощи.

Достижение этой цели требует *сохранения стратегии приоритетного развития здравоохранения*.

К числу наиболее важных задач государственной политики в сфере здравоохранения относятся:

1. Повышение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.
2. Развитие современных медицинских технологий и расширение их доступности
3. Улучшение финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.
4. Сглаживание неравенства в доступности медицинской помощи для различных групп населения.
5. Расширение возможностей граждан влиять на систему здравоохранения.

6. Преодоление структурных диспропорций в системе оказания медицинской помощи.
7. Создание конкурентного рынка медицинских услуг и расширение возможностей выбора медицинской организации и врача.
8. Усиление профессиональной и экономической мотивации медицинских работников к повышению качества и эффективности медицинской помощи.
9. Усиление позитивного влияния медицинского страхования на показатели деятельности здравоохранения.
10. Развитие государственно-частного партнерства в решении проблем здравоохранения.
11. Формирование более солидарных форм частного финансирования здравоохранения.

3. Повышение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни

Государство, бизнес, средства массовой информации, общественные организации и профессиональное медицинское сообщество последовательно проводят политику предотвращения заболеваний и повышения ценности здоровья в системе приоритетов граждан. В ряду главных направлений действий:

создание условий для занятий физкультурой и спортом, регулирования рекламы и продажи изделий, наносящих ущерб здоровью граждан, создание благоприятного отношения к занятиям спортом с использованием средств информационной политики и социальной рекламы;

введение в образовательные программы основ профилактики заболеваний и безопасности жизнедеятельности, проведение разъяснительной работы среди подростков и молодежи в отношении факторов риска нарушения здоровья;

совершенствование законодательной и нормативной базы в области охраны труда, окружающей среды, в том числе поощрение работодателей, реализующих программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний, создание стимулов для здорового образа жизни работников.

существенное повышение роли профилактической составляющей в деятельности звена первичной медицинской помощи на основе постоянного наблюдения за группами риска, усиления экономической заинтересованности в уменьшении числа больных и повышения ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения.

4. Развитие современных медицинских технологий и повышение их доступности

Государство обеспечивает выход на качественно новый уровень использования современных медицинских технологий во всех звеньях системы оказания медицинской помощи:

крупные инвестиции в материально-техническую базу медицинских учреждений, ориентированные на повышение технологического уровня профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний, прежде всего в сфере охраны материнства и детства. В ближайшие пять лет реализации Концепции акцент делается на улучшение состояния массовой медицины;

концентрация усилий на инновационной деятельности по лечению наиболее распространенных заболеваний, обеспечение ощутимых технологических прорывов и их тиражирование в массовых масштабах, включение новых медицинских технологий, доказавших свою высокую клинико-экономическую эффективность, в систему государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

масштабные вложения в повышение профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала с акцентом на их постоянное переобучение и освоение передовых медицинских технологий. В ближайшие 5 лет – наибольшие вложения в переобучение врачей первичного звена здравоохранения;

обеспечение соответствия медицинской практики требованиям клинических руководств и медицинских стандартов, постепенное приближение этих требований к уровню высокоразвитых стран;

формирование на основе медицинских стандартов более высоких требований к материально-техническому и кадровому обеспечению оказания медицинской помощи (стандартов оснащения медицинских учреждений, перечней лекарственных средств, предоставление которых финансируется государством, стандартов аттестации медицинских работников и проч.). Система стандартов включает федеральные стандарты и соответствующие им региональные стандарты. Отдельные регионы могут устанавливать

более высокие требования к медицинским технологиям, оснащенности, медицинских учреждений, гарантируемым лекарственным средствам;

создание сети современных центров высокотехнологичной помощи, способных повысить уровень удовлетворения потребности населения в этой помощи с 10-20% до 70-80%, выход по ряду направлений высокотехнологичной помощи на рубежи высокоразвитых стран, создание условий для экспорта медицинских услуг;

поощрение вложений бизнеса в инфраструктуру здравоохранения и инновационную деятельность.

5. Улучшение финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи

Государственные средства остаются основой финансирования отрасли. Если сохранится наметившаяся в последние годы позитивная динамика роста государственных расходов, то это обеспечит повышение их доли в ВВП с 3,4 % в 2006 г. до 4,8-5% в 2020 г. Такой уровень финансирования способен решить наиболее острые проблемы отрасли: поднять средний уровень зарплаты медицинских работников до средней зарплаты в экономике, обеспечить полностью бесплатное предоставление лекарственных средств и изделий медицинского назначения в больницах, заменить основную часть устаревшего медицинского оборудования в медицинских учреждениях, несколько снизить объемы платных медицинских услуг и неформальных (незаконных) платежей пациентов.

Однако этих средств будет недостаточно для того, чтобы преодолеть существующий разрыв в показателях состояния здоровья населения России и европейских стран. Для этого потребуются существенно поднять технологический уровень здравоохранения, повысить мотивацию медицинского персонала к оказанию бесплатной медицинской помощи на уровне современных клинических стандартов (по данным опросов врачей, необходимый для этого уровень зарплаты должен быть, как минимум, в 2,5 раза выше существующего), обеспечить бесплатное оказание высокотехнологичной медицинской помощи, как минимум, для 60-70% пациентов, а также бесплатное или льготное предоставление лекарственных средств по рецептам врачей для 40-50% населения страны. Все это в сочетании с ожидаемым значительным удорожанием медицинских технологий диктует необходимость еще большего увеличения размеров государственного финансирования здравоохранения - до 5,5-5,7% ВВП, что примерно

соответствует нынешнему уровню ряда европейских стран (Ирландия, Испания, Словакия, Турция, Финляндия).

Наряду с необходимым ростом государственного финансирования здравоохранения, сама система государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи требует модернизации. Оставить существующие гарантии неконкретными, с размытыми границами между бесплатной и платной помощью – это значит обречь финансовые затраты государства на неэффективное использование, сохранить барьеры в доступности медицинской помощи для бедных и части среднего класса, усилить неудовлетворенность населения работой системы здравоохранения. Существующая система гарантий не может служить прочной основой для развития медицинского страхования, оплаты работы медицинских учреждений в соответствии с ее результатами, повышения мотивации медицинских работников и формирования разумного сочетания государственного и частного финансирования здравоохранения.

Государственные гарантии в сфере здравоохранения должны быть конкретизированы по видам, объемам, порядку и условиям оказания медицинской помощи. Объем этих гарантий увязывается с имеющимися финансовыми ресурсами – не формально, а с учетом поставленных задач повышения технологического уровня отрасли. Основой такой конкретизации выступают:

развитие системы медицинских стандартов для определения набора медицинских технологий, бесплатное лечение по которым обеспечивается государством. При этом в стандарты включаются современные медицинские технологии, доказавшие свою медико-экономическую эффективность и, наоборот, исключаются менее эффективные технологии. Объемы медицинских услуг и лекарственных средств, бесплатно предоставляемых каждому пациенту по стандарту, не подлежат нормированию, а определяются лечащим врачом по медицинским показаниям. Медицинские стандарты учитываются при обосновании необходимого уровня финансирования государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и материально-технического обеспечения учреждений;

введение системы направлений врачей первичного звена для получения основной части специализированной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Отсутствие направления и/или санкции страховщика предполагает оплату услуг по полной стоимости;

введение фиксированных соплатежей пациентов в рамках государственных программ предоставления лекарственных средств для лечения в амбулаторных условиях (по рецептам врача). Гражданин, имеющий право на льготное обеспечение, оплачивает

разницу между средней ценой по классу лекарств и ценой необходимого ему лекарства. Учитывая возможность ухудшения доступности медицинской помощи для ряда категорий населения, государство проводит политику селективного исключения наиболее нуждающихся пациентов из системы таких соплатежей.

Если ресурсы экономического роста окажутся недостаточными для выхода на обозначенные рубежи государственного финансирования здравоохранения, то потребуются пересмотреть государственные гарантии бесплатной медицинской помощи в сторону их снижения. Возможные варианты такого пересмотра:

ограничение гарантий для групп населения с высокими доходами, прежде всего в части плановой стационарной и реабилитационной помощи. При этом создаются более благоприятные условия для развития добровольного медицинского страхования и других форм легальной оплаты медицинских услуг (см. далее);

вывод из системы гарантий части видов медицинской помощи, например, стоматологической помощи для взрослых, обслуживания на дому без показаний, обследований по желанию пациента при отсутствии выявленной патологии, необоснованных вызовов скорой медицинской помощи.

Государство устанавливает приоритетные направления обеспечения государственных гарантий, делая акцент на лечении наиболее распространенных заболеваний, наносящих наибольший ущерб здоровью населения и социальному благополучию страны. При этом вынужденные меры сокращения государственных гарантий должны быть сведены к минимуму. Каждая из них будет объектом широкого общественного обсуждения.

Для обеспечения выполнения государством своих обязательств по оказанию бесплатной медицинской помощи:

объем средств, необходимых для реализации этих гарантий, планируется на основе финансовых нормативов, рассчитанных с использованием медицинских стандартов, отражающих требования к использованию современных медицинских технологий;

повышаются федеральные требования к размеру взносов субъектов РФ на ОМС неработающего населения, используется механизм обусловленных федеральных субсидий, то есть субсидии предоставляются в первую очередь тем регионам, которые выполняют федеральные требования к расчету средств, необходимых для реализации государственных гарантий;

устанавливается минимальный размер взноса работодателей на ОМС работников (стоимость страхового года), на этой основе обеспечивается соответствие между взносами и объемами медицинской помощи, оказанной работникам;

растущая часть федерального бюджета (в дополнение к централизованной части поступлений от ЕСН) направляется на смягчение региональных различий. Разрыв между самыми бедными и самыми богатыми регионами по уровню государственного финансирования здравоохранения на душу населения (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) снижается с нынешних 4-5 раз до 2-3 раз;

лекарственное обеспечение организуется на страховой основе, что существенно повышает уровень его организации. Программы лекарственного страхования в рамках системы ОМС дополняются программами добровольного лекарственного страхования, и их распространение целенаправленно стимулируется государством;

практика предоставления платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях выступает предметом более тщательного регулирования и постепенно ограничивается - вплоть до полного запрета оказывать за плату услуги, бесплатное предоставление которых предусмотрено государственными гарантиями.

6. Сглаживание неравенства в доступности медицинской помощи

Принцип общественной солидарности (богатый за бедного, здоровый – за больного) остается основой системы финансирования здравоохранения. Государство предпринимает меры по первоочередному обеспечению гарантий медицинской помощи гражданам с наиболее сложными заболеваниями и наименьшими возможностями нести расходы на лечение.

Частично сглаживание неравенства обеспечивается межрегиональным выравниванием условий финансирования здравоохранения. Одновременно осуществляется следующие мероприятия:

обеспечение права на участие в дополнительном лекарственном обеспечении (страховании) больным с кумулятивными личными расходами на медицинскую помощь свыше установленного лимита в годовом исчислении;

обязательное ведение в каждой больнице листов ожидания по дорогостоящим видам плановой медицинской помощи и первоочередное оказание помощи социально незащищенным категориям населения, участие страховщиков и органов социальной

защиты в контроле за соблюдением этих правил, обязательная отчетность больниц по выполнению установленных показателей структуры листа ожидания (доли пациентов с социальными показаниями);

существенное расширение набора тяжелых заболеваний, лечение которых обеспечивается бесплатным или льготным предоставлением дорогостоящих лекарств;

обеспечение соответствия тарифов на медицинские услуги степени сложности лечения и составу обслуживаемых пациентов.

7. Расширение возможностей граждан влиять на систему здравоохранения

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

формирование правовой базы для защиты прав пациента и персонифицированной ответственности врачей за оказание медицинской помощи при одновременном развитии страхования профессиональной ответственности врачей;

создание общественных советов в крупных медицинских организациях, призванных исключить их чрезмерную коммерциализацию, привить прозрачные формы поступлений и распределения средств, обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений;

сбор и распространение информации о деятельности страховщиков и медицинских организаций;

поощрение развития некоммерческих организаций, объединяющих больных с определенными заболеваниями, наделение их правом участия в обсуждении организации медицинской помощи с руководителями органов и учреждений здравоохранения;

участие широкой общественности в обсуждении политики в области здравоохранения.

8. Преодоление структурных диспропорций в системе оказания медицинской помощи

Темпы материально-технического, кадрового и организационно-технологического преобразования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) должны обеспечить возможность оказания на этом этапе лечебно-диагностических услуг в тех объемах и с тем качеством, которые позволяют существенно повысить вклад этого сектора здравоохранения в улучшение показателей здоровья населения, а также переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап. Это предполагает *последовательное проведение политики первоочередного развития ПМСП*, включая:

развитие материально-технической базы участковой службы, дополнительные вложения в повышение квалификационного уровня участковых врачей и педиатров, повышение профилактической направленности их деятельности;

массовое распространение института врача общей практики не только в сельской местности, но и в городах. При этом акцент делается на переподготовку участковых врачей, поэтапное освоение ими функций узких специалистов, экономическое поощрение за прохождение каждого этапа переподготовки и расширения функций. 80-90% нынешних участковых терапевтов и педиатров получают квалификацию врача общей практики. Усиливается их кооперация, предметом деятельности становится семья в целом. Одновременно развивается специализированная педиатрическая служба, апробируются новые формы взаимодействия узких специалистов этой службы и врачей общей практики;

укрепление службы охраны материнства и детства при концентрации усилий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам, планированию семьи, интеграции родовспомогательных учреждений с общей лечебной сетью;

укрепление первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, включая восстановление и развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий с учетом установленных критериев физической доступности доврачебной и врачебной помощи;

внедрение в практику врачей первичного звена телекоммуникационных технологий, в первую очередь в сельской местности и в удаленных районах;

формирование массовой категории дипломированных медсестер, чья деятельность снижает нагрузку на врачей и обеспечивает повышение доступности многих видов медицинских услуг;

приоритетное развитие дневных стационаров и сокращение объемов круглосуточной стационарной помощи в расчете на одного жителя;

восстановление системы направлений первичного звена на оказание основной части специализированной медицинской помощи, концентрация у врача первичного звена информации о медицинской помощи, оказанной обслуживаемому населению в других организациях здравоохранения, независимо от их расположения и форм собственности;

повышение технической оснащенности и мобильности службы скорой медицинской помощи (современные санитарные автомобили, медицинская техника, средства связи, телекоммуникаций), ограничение роли этой службы исключительно случаями, требующими реальной экстренной помощи;

организационная перестройка службы неотложной медицинской помощи путем передачи ее функций амбулаторно-поликлиническим учреждениям и врачам общей практики;

подготовка персонала служб жизнеобеспечения (милиция, инспекция по безопасности дорожного движения, пожарная служба, инструкторы-реаниматоры на производстве и т.д.) и населения по вопросам оказания первой медицинской помощи.

Главными направлениями *реорганизации стационарной помощи* являются:

повышение роли научных центров и научно-исследовательских институтов в разработке и внедрении эффективных медицинских технологий, организация их массового распространения в медицинских учреждениях;

оптимизация объемов стационарной помощи на основе сокращения необоснованных госпитализаций;

сокращения средней длительности пребывания больного на койке круглосуточного пребывания на основе передачи основной части клинических исследований в амбулаторную службу, расширения консультативных функций врачей больниц, дифференциации коечного фонда стационаров по степени интенсивности лечения, интенсификации лечебного процесса в условиях стационара;

приведение коечного фонда стационаров в соответствие с федеральными нормативами объемов стационарной помощи с учетом специфики потребности в стационарной помощи в регионах; постепенное снижение этих нормативов – в тесной увязке с состоянием амбулаторно-поликлинической помощи;

обеспечение преемственности лечения за счет четкого разделения функций на каждом этапе оказания медицинской помощи, а также между различными типами

медицинских учреждений; создание развитой системы долечивания и реабилитации вне больниц;

более эффективное использование мощностей центров высокотехнологичной медицинской помощи с использованием механизмов кооперации отдельных субъектов РФ в их финансировании;

создание сети межрайонных центров специализированной помощи (преимущественно на базе отделений центральных районных больниц) для обслуживания населения нескольких муниципальных образований, повышение на этой основе доступности специализированной помощи для жителей мела и малых городов; кооперация органов государственной власти и местного самоуправления в материально-техническом, кадровом обеспечении и текущем финансировании этих центров из бюджетов разных уровней при решающей роли финансирования из средств обязательного медицинского страхования;

совершенствование информационной базы для учета, анализа и планирования организационных мероприятий по совершенствованию структуры оказания медицинской помощи;

использование проектных подходов к мероприятиям по совершенствованию структуры оказания медицинской помощи (в рамках пилотных проектов в регионах), массовое тиражирование накопленного опыта преобразований.

Перечисленные структурные преобразования требуют повышения качества плановой работы органов управления здравоохранением всех уровней. В каждом субъекте РФ разрабатывается стратегический план реструктуризации здравоохранения на 8-10 лет с выделением плана мероприятий на ближайшие 3 года.

В структуре государственных расходов на медицинскую помощь возрастет доля амбулаторно-поликлинической помощи – с 30% в 2005 г. до 40% в 2020 г. и медицинской помощи в дневных стационарах - с 3 до 8%. Доля стационарной помощи снизится с 61% до 47%, скорой медицинской помощи – с 6 до 5%.

Совершенствование структуры оказания медицинской помощи позволит сконцентрировать в больницах наиболее сложные случаи лечения, требующие использования сложных медицинских технологий и постоянного наблюдения за пациентом. Затраты на один день стационарного лечения в 2020 году увеличатся в 5-6 раз по сравнению с 2007 г. при одновременном сокращении средней длительности пребывания в стационаре, что обеспечит повышение качества стационарной помощи.

9. Создание конкурентного рынка медицинских услуг, расширение возможностей выбора медицинской организации и врача

Государство последовательно осуществляет политику формирования конкурентной среды деятельности государственных, муниципальных и частных медицинских организаций, включая:

конкурсный отбор медицинских организаций всех форм собственности для выполнения государственных, муниципальных заказов;

формирование четких правил деятельности частных медицинских организаций, расширение их участия в системе ОМС с использованием тарифов, отражающих реальные затраты на оказание медицинской помощи;

автономизация групп врачей общей практики (свой субсчет, дополнительные права и ответственность) с постепенным их выделением из состава крупных поликлиник;

создание «бизнес-инкубаторов» для обучения врачей, желающих открыть частную практику, по вопросам экономики и менеджмента;

облегчение потребительского выбора на основе сбора и распространения информации о результатах деятельности медицинских организаций, составление рейтингов однотипных медицинских организаций по этим показателям;

проведение периодических кампаний по перерегистрации населения к выбранному врачу первичного звена (участковому врачу и врачу общей практики);

дальнейшее развитие системы родовых сертификатов, вовлечение в эту систему частных медицинских организаций;

установление требования предоставления лечащим врачом альтернативных вариантов продолжения лечения при направлении пациента на другой этап оказания медицинской помощи.

10. Повышение профессиональной и экономической мотивации работников медицинских организаций

Профессиональное медицинское сообщество должно формировать новые требования к уровню квалификации врачей и медицинского персонала, соблюдению этических норм медицинской деятельности, преодолению коррупции. Врачебные организации должны играть решающую роль в проведении сертификации медицинских работников, выделении и поощрении наиболее компетентных специалистов,

освобождении от наименее квалифицированных работников. Одновременно реализуются меры по повышению экономической мотивации:

повышение оплаты труда медицинских работников до среднего уровня по экономике;

усиление дифференциации оплаты труда, повышение доли ее стимулирующей части (не менее 25-30%), внедрение в медицинских организациях систем экономического стимулирования на основе учета реальных объемов услуг и показателей конечного результата лечебно-профилактической деятельности отдельных подразделений и работников;

расширение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений путем преобразования 70-80% бюджетных учреждений в организационно-правовую форму автономных учреждений и 5-10% – в форму государственных, муниципальных автономных некоммерческих организаций;

использование методов оплаты ПМСП, ориентирующих работников на повышение ответственности за состояние здоровья населения, включая систему «поликлиника-фондодержатель», а также финансирование на основе подушевого норматива в сочетании с дополнительной оплатой за достижение установленных показателей деятельности;

оплата стационарной помощи по числу законченных случаев лечения на основе обоснованных укрупненных тарифов, рассчитанных с учетом требований медицинских стандартов; формирование и использование в системе ОМС федеральной системы клинико-статистических групп, объединяющих заболевания с примерно одинаковой стоимостью лечения;

планирование и согласование с больницами числа оплачиваемых законченных случаев лечения, перекладывание на больницы части финансовых рисков, связанных с превышением фактических объемов стационарной помощи над плановыми объемами; участие в этом процессе страховщиков и врачей первичного звена;

постепенный переход на полный тариф оплаты услуг в системе ОМС, включающий все статьи затрат на оказание медицинской помощи.

постепенный переход на единый в рамках каждого региона тариф оплаты услуг из средств ОМС независимо от места ее оказания в системе регионального здравоохранения.

11. Модернизация системы медицинского страхования

Будущее российского здравоохранения во многом будет определяться тем, какие механизмы получения услуг требуемого качества будут для населения наиболее эффективными. Сейчас это преимущественно механизмы платных медицинских услуг и неформальной оплаты услуг медицинских работников. Но они не обеспечивают действенной защиты пациентов против вымогательства, навязывания избыточных услуг, минимизации последствий врачебных ошибок. Альтернативой является медицинское страхование, в котором между врачом и пациентом появляется информированный посредник, экономический заинтересованный в своевременном, качественном и эффективном лечении застрахованных. Но для того, чтобы институты медицинского страхования именно так и работали, необходима модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС), последовательная политика стимулирования развития добровольного медицинского страхования (ДМС) и новых форм его сочетания с обязательным.

Система ОМС должна обеспечить реальный вклад в повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения. Среди главных преобразований:

последовательный переход на страховой принцип финансирования здравоохранения, концентрация в ОМС 80-85% государственных средств на здравоохранение (включая средства на оплату скорой медицинской помощи и основной части социально значимых заболеваний), реализация на этой основе доминирующего принципа оплаты за объем и качество медицинских услуг, повышение системности оказания медицинской помощи в разных медицинских организациях;

совершенствование системы контроля качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных. Установление требования включения в договоры между страховщиками и медицинскими организациями обязательств в отношении конкретных мероприятий по повышению качества медицинской помощи, а также мониторинга за их соблюдением;

расширение функций страховщиков и повышение их роли в планировании и управлении объемами медицинской помощи, организации предоставления медицинской помощи застрахованным;

содействие формированию конкурентного рынка медицинского страхования на основе объединения в рамках одной страховой медицинской организации программ ОМС и ДМС;

создание системы разделения финансовых рисков между государством и страховщиками, работающими с программами, объединяющими ОМС и ДМС;

передача территориальным фондам ОМС функций страховщика в системе ОМС;

развитие системы персонализированного учета оказанной медицинской помощи, использование базы данных для планирования объемов медицинской помощи, совершенствования системы организации и оплаты медицинских услуг.

В дополнение к ОМС должны получить развитие разнообразные государственные программы дополнительного медицинского страхования, к которым могут присоединиться граждане, в первую очередь в сфере лекарственного обеспечения, стоматологической помощи для взрослых, первичной медико-санитарной помощи основанной на модели врача общей практики. При этом используются финансовые механизмы системы ОМС, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, что делает такие программы более доступными для населения по сравнению с программами ДМС.

12. Развитие государственно-частного партнерства в решении проблем здравоохранения

Государство поощряет привлечение бизнеса в сферу здравоохранения для материально-технического переоснащения и повышения эффективности деятельности государственных и муниципальных учреждений с использованием следующих механизмов:

налоговые льготы и преференции бизнесу, участвующему в реализации инфраструктурных и инновационных проектов (проектирование, строительство, реконструкция учреждений и предприятий здравоохранения, научные исследования в приоритетных областях);

вовлечение потенциальных инвесторов в программы государственного кредитования, упрощенная процедура получения кредита для социального инвестирования;

передача отдельных учреждений здравоохранения в управление частному бизнесу на основе долговременных контрактов с органами государственной власти и местного самоуправления;

предоставление бизнесу права на использование части мощностей отдельных учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи вне системы государственных гарантий – взамен на обязательства бизнеса в отношении технического переоснащения этих учреждений;

передача функций материально-технического обслуживания и отдельных элементов лечебно-диагностического процесса специализированным коммерческим организациям (диагностические исследования, организация питания больных, транспортные, бытовые и прочие услуги).

13. Формирование более солидарных форм частного финансирования здравоохранения

Средства государства дополняются средствами населения и вложениями работодателей. Решаются следующие задачи:

- обеспечить приток дополнительных средств, не допуская замещения бесплатной медицинской помощи платной;
- создать условия для эффективной конкуренции на рынках медицинского страхования и медицинских услуг;
- повысить ответственности гражданина за состояние своего здоровья и объемы потребления медицинской помощи;
- обеспечить контроль качества и защиту прав пациентов, получающих лечение за плату;
- способствовать замещению неформальных (нелегальных) платежей легальными;
- начать постепенный перевод платных медицинских услуг из бюджетных учреждений в частные медицинские организации.

Масштабы и формы личных платежей населения могут существенно различаться в зависимости от возможностей регионов реализовать государственные гарантии медицинской помощи. В ближайшие годы в регионах проводится апробация следующих форм организации личных платежей граждан за медицинскую помощь:

государственные дополнительные программы медицинского страхования, к которым могут присоединиться граждане (в качестве первого шага – лекарственное страхование);

поощрение с помощью налоговых льгот добровольного медицинского страхования (ДМС);

создание возможности объединения взносов, уплачиваемых в рамках ОМС и ДМС;

свободная приписка гражданина к выбранному врачу (независимо от места его работы и специальности), дающая право на лечение и постоянное наблюдение в пределах установленного договором времени. При этом часть потраченных личных средств компенсируется налоговым вычетом;

система личных накопительных счетов на медицинскую помощь с использованием механизмов долевого участия государства.

Частное финансирование здравоохранения увеличивается с 2,3% ВВП в 2006 г. до 2,5-2,7% в 2020 г. При этом постепенно снижается доля частных средств в общем объеме финансирования здравоохранения (государственного и частного).