

**Российское здравоохранение в новых экономических условиях:
вызовы и перспективы**

Доклад Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики»

Авторы: С.В.Шишкин, И.М.Шейман, А.А.Абдин, С.Г.Боярский, С.В.Сажина

Москва, 2016

РЕФЕРАТ

Главным вызовом новейшего времени для российской системы здравоохранения выступает необходимость решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования.

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить требуемую динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и роста оплаты труда медиков. Сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения.

Прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала. В ответ на этот вызов в последние годы реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности, проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Заметное продвижение в преобразовании системы оказания медицинской помощи обеспечено по следующим направлениям:

- расширение мероприятий по профилактике заболеваний, расширение масштабов и повышение эффективности диспансеризации населения;
- реорганизация сети больниц в сторону их укрупнения и сокращения маломощных и неэффективных подразделений;
- развитие стационарозамещающей медицинской помощи;
- формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, создание межрайонных центров, в которых концентрируются диагностические и кадровые ресурсы специализированной помощи в муниципальных образованиях;
- развитие сектора высокотехнологичной медицинской помощи, расширение объемов этой помощи, в том числе в региональных медицинских учреждениях;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Правительством РФ в 2012 г., была дана целевая установка на привлечение не менее одной трети средств, необходимых для повышения заработной платы, за счет реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности.

По нашей оценке, при проведении реструктуризации медицинской помощи (сокращении объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи) объем средств, которые за счет этого можно было бы привлечь для повышения заработной платы, составляет 10,5% от требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013–2018 гг. при сохранении прежней численности медицинских работников. Таким образом, указанная целевая установка предопределяет необходимость проведения упрощенной реструктуризации (то есть не замещения одних видов помощи другими, а сокращения сети учреждений, коечного фонда, кадров и т.д. с ущербом для качества и доступности медицинской помощи) и интенсивного развития платных медицинских услуг.

В целом по стране сокращения сети, коечного фонда и медицинских работников были пока небольшими: в 2013–2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд – на 4,5%. Численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014–2015 гг. уменьшилась всего лишь на 1%, а среднего медицинского персонала – на 2,8%. Больше были сокращения младшего медицинского персонала – на 12,8%.

Проводимые преобразования пока не привели к преодолению структурных проблем. Объемы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на 100 жителей, в России на 30–50% выше, чем в западноевропейских странах. Большие объемы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обуславливают перекося врачей ресурсов в сторону стационара. В то же время идет сокращение численности участковых врачей: с 2007 по 2013 г. она уменьшилась на 14%. Дефицит врачей участковой службы оценивается экспертами на уровне 25–30%. Размер участков во многих регионах существенно превосходит рекомендуемые нормативы. Так, в Москве, среднее число взрослого населения на одного участкового терапевта составило в 2014 г. 3290 чел. при нормативе 1700 чел.

Реформирование московского здравоохранения, проводимое в последние четыре года, привлекло особое внимание медицинской общественности и средств массовой информации. Масштабы сокращения коечного фонда (на 18,1% в 2013–2014 гг.) и врачей (на 3,6%) были в четыре раза больше, чем в среднем по стране. Сокращение коечного фонда стационаров и перемещение лечения части заболеваний в поликлиники не всегда происходило безболезненно для пациентов. Но проведенная реорганизация поликлиник и их информатизация, масштабное оснащение амбулаторного звена диагностическим оборудованием, создание новой модели участковой службы, в которой обеспечивается

специализация врачебного и медсестринского персонала на выполнении отдельных ее функций) позволили улучшить доступность первичной медицинской помощи и диагностических исследований. Вместе с тем проблемой для московского здравоохранения остается кадровое обеспечение участковой службы.

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы ОМС, проведенной в 2011–2015 гг. Ее главными результатами стали стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г. размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

Доля государственного финансирования здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения. С 2015 г. финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало «одноканальным»: оно осуществляется только из одного источника – средств ОМС, а не двух – средств ОМС и бюджетных субсидий, как это было ранее. Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением финансовой ситуации во многих медицинских организациях, но причина этого не реформа, а снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного финансирования действительно сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе.

В последние годы предпринимаются попытки реализации нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны содействовать повышению ее эффективности: внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам, обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услуг, дополнительное медицинское страхование «ОМС+» и др. Но эти нововведения не имеют пока ощутимых позитивных эффектов.

В условиях экономического кризиса к числу приоритетных направлений политики в области организации оказания медицинской помощи следует отнести развитие профилактики заболеваний и повышение квалификации кадров, прежде всего в участковой службе.

Главными приоритетами политики в сфере обязательного медицинского страхования в этот период должны выступать:

- обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций;
- развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом ее качества и эффективности работы этих организаций.

Учитывая низкие оценки готовности врачей работать больше и лучше при условии большей увязки размеров оплаты труда с их трудовым вкладом и желание врачей иметь более высокую базовую часть заработной платы, следует изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016–2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда. Необходимо переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части зарплаты, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой зарплаты с этим уровнем.

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения в посткризисный период должны стать укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение квалификации, социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников.

Укрепление первичной медико-санитарной помощи является в современных условиях ключевым направлением повышения результативности системы здравоохранения. Это даст возможность повысить эффективность использования ресурсов в значительно большей мере, чем закрытие больниц, сокращение их мощности и прочие оптимизационные мероприятия. Результаты этого почувствует основная часть населения, обращающаяся в медицинские учреждения в связи с наиболее массовыми заболеваниями. Снижение нагрузки на участковую службу (обеспечение притока врачей в этот сектор и разукрупнение участков), расширение функционала врачей первичного звена, обеспечение более тесных медико-технологических связей между отдельными медицинскими службами, преемственности лечения на разных этапах – вот наиболее важные меры, соответствующие как новой экономической ситуации, так и

долговременным задачам развития отрасли. Они не требуют серьезных вложений, но могут дать быстрый и ощутимый эффект.

Приоритетными направлениями изменений в системе финансирования здравоохранения в послекризисный период должны выступать:

- развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов;
- развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;
- введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии);
- развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения;
- активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи.

Содержание

Введение	8
1. Особенности современной ситуации в сфере здравоохранения.....	11
1.1. Изменения в результирующих показателях системы охраны здоровья.....	11
1.2. Повышение заработной платы медицинских работников и внедрение эффективного контракта	12
1.3. Доступность бесплатной медицинской помощи	15
1.4. Мероприятия по повышению эффективности системы оказания медицинской помощи.....	17
1.5. Реформа московского здравоохранения.....	24
1.6. Структурные проблемы российского здравоохранения	28
1.7. Изменения в системе финансирования здравоохранения.....	33
1.8. Расширение участия негосударственных медицинских организаций в ОМС.....	42
2. Приоритеты необходимой государственной политики в сфере здравоохранения	45
2.1. Актуальные приоритеты политики в условиях экономического кризиса.....	45
2.2. Приоритеты политики в посткризисный период.....	46
2.3. Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи на основе укрепления участковой службы.....	48
2.4. Расширение лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях	53
2.5. Нужно ли менять действующую модель финансирования здравоохранения?.....	55
2.6. Перспективы развития страховых принципов финансирования здравоохранения	60
Заключение	66

Список использованных сокращений:

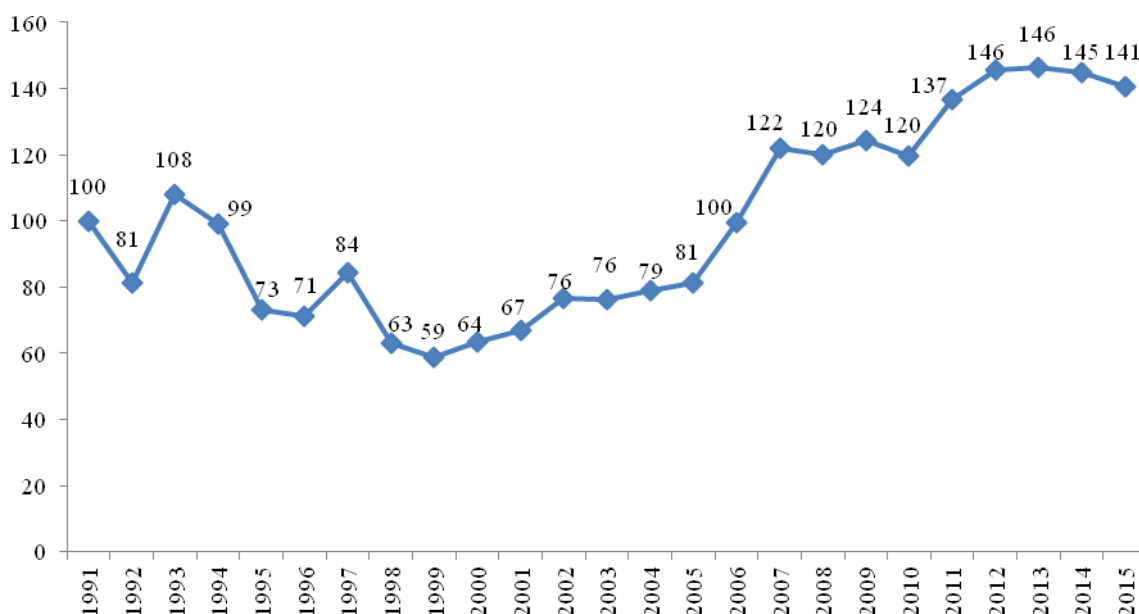
- ВМП** – высокотехнологичная медицинская помощь
КСГ – клинико-статистические группы
НИИ – научно-исследовательский институт
ОМС – обязательное медицинское страхование
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
СКС – стандартизированный коэффициент смертности
СМО – страховые медицинские организации
ЦВЕ – Центральная и Восточная Европа

Введение

В период экономического роста благодаря значительному увеличению государственного финансирования здравоохранения (в 2,5 раза в реальном выражении в 1999–2012 гг. – рис. 1) в этой сфере был реализован ряд масштабных государственных программ: дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий населения (с 2005 г.), Национальный проект «Здоровье» (2006–2013 гг.), региональные программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг.), которые позволили обеспечить медицинские учреждения современным оборудованием, увеличить объемы лекарственной, профилактической и высокотехнологичной медицинской помощи населению. В этот же период происходили позитивные изменения в состоянии здоровья населения: с 2006 г. началось снижение показателей смертности (рис. 2), с 2009 г. – стабилизация показателей заболеваемости (рис. 3).

Корреляция динамики показателей государственного финансирования здравоохранения и состояния здоровья населения в рассматриваемый период времени очевидна, но говорить о наличии прямой причинно-следственной связи между ними было бы некорректно: влияние размеров финансирования на уровень заболеваемости и смертности, очевидно, опосредуется многими другими факторами.

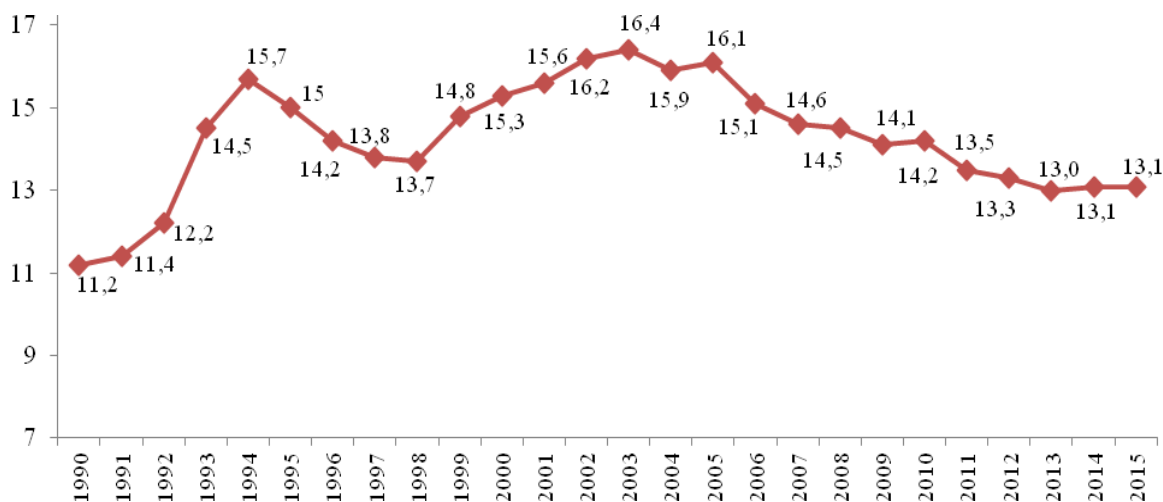
Рисунок 1. Государственные расходы на здравоохранение* в 1991–2015 гг., % к общим расходам на здравоохранение в 1991 г. в реальном выражении



* – сумма затрат федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающего населения, и взносов на ОМС работающих граждан.

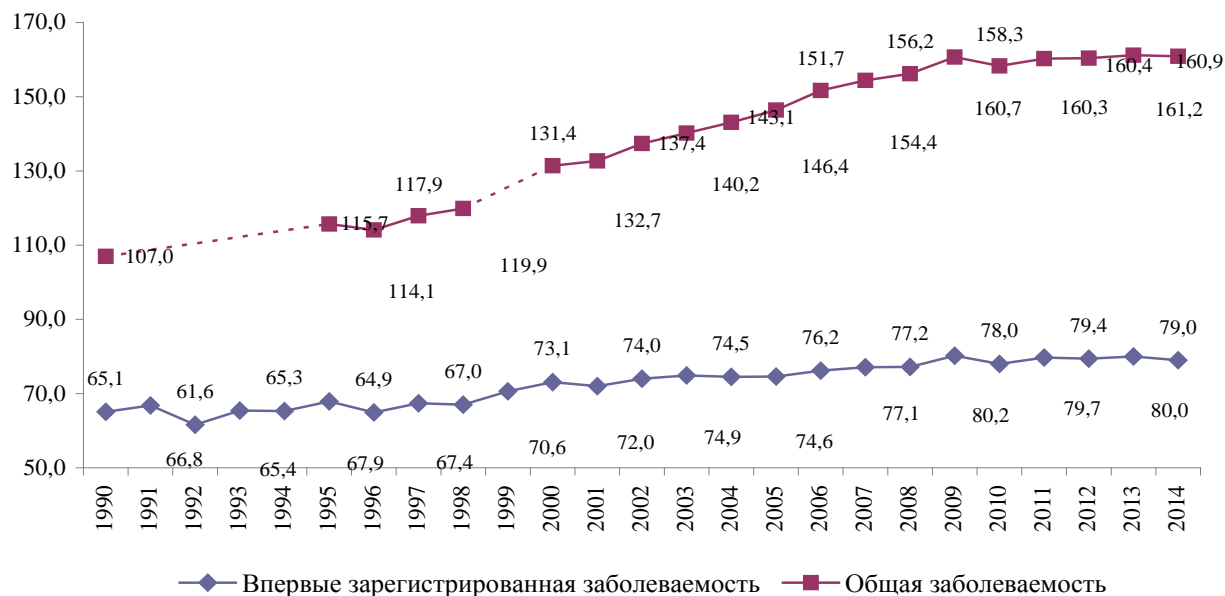
Источник: расчет по данным Минфина России с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Рисунок 2. Уровень смертности в Российской Федерации в 1990–2015 гг., умерших на 1 тыс. населения



Источники: данные Росстата¹.

Рисунок 3. Впервые зарегистрированная и общая заболеваемость в Российской Федерации в 1990–2014 гг., случаев на 100 человек населения



Источники: данные Росстата и Минздрава России².

¹ Российский статистический ежегодник: стат. сб. Госкомстат России. М., 1997; Здравоохранение в России: стат. сб. Госкомстат России. М., 2001; http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#; www.gks.ru.

В 2012 г. политическим руководством страны были поставлены задачи значительного уменьшения смертности населения от основных причин и масштабного повышения оплаты труда медицинских работников к 2018 г.

В Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» определены целевые показатели государственной политики в сфере здравоохранения по снижению в 2018 г. смертности от болезней системы кровообращения, дорожно-транспортных происшествий, новообразований, туберкулеза, младенческой смертности и увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В Государственной программе «Развитие здравоохранения» целевые значения этих показателей были установлены для каждого года планового периода 2013–2020 гг. (табл. 1).

Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» заработная плата врачей должна быть повышена к 2018 г. до 200% от средней заработной платы в соответствующих регионах, а заработная плата среднего и младшего медицинского персонала – до 100%.

Но уже через несколько месяцев после принятия этих указов при утверждении федерального бюджета на 2013–2015 гг. произошло изменение приоритетов бюджетной политики. Рост государственных расходов на здравоохранение в 2003–2012 гг. (в 1,9 раз в реальном выражении) был приостановлен в 2013 г. В последующие годы в связи с разворачиванием экономического кризиса и сокращением бюджетных доходов ситуация ухудшилась. Расходы государства на здравоохранение в 2014 г. уменьшились в реальном выражении на 1,0%, а в 2015 г. – на 2,9%.

Таким образом, здравоохранение столкнулось с необходимостью решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования. Никогда до этого отечественному здравоохранению не удавалось обеспечивать существенное улучшение показателей здоровья населения без дополнительных государственных средств. Повышение эффективности деятельности системы здравоохранения без денег – это главный вызов новейшего времени. Каким же образом отрасль ответила на этот вызов?

² Здравоохранение в России: стат. сб. Госкомстат России. М., 2001; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2005; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2007; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2009; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2011; Министерство здравоохранения Российской Федерации. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. М., 2015.

1. Особенности современной ситуации в сфере здравоохранения

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить требуемую динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности; проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования. Но многие важные вопросы совершенствования организации, управления и финансового обеспечения системы оказания медицинской помощи остались нерешенными.

1.1. Изменения в результирующих показателях системы охраны здоровья

В 2013–2015 гг. фактические значения показателей смертности от отдельных причин и младенческой смертности оказались заметно лучше целевых значений (табл. 1). Но показатели смертности от всех причин и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2014 г. не достигли целевых значений. Снижение смертности населения от всех причин, происходившее в течение 8 лет – с 2006 по 2013 г., приостановилось в 2014 г. (рис. 2).

Таблица 1. Показатели уровня смертности на 100 тыс. человек населения в Российской Федерации

	2012 г.	2013 г.		2014 г.		2015 г.		2018 г.
	Факт	Целевое значение*	Факт	Целевое значение*	Факт	Целевое значение*	Факт,	Целевое значение**
Смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения	737,1	706,6	698,1	721,7	680,3	691,7	631,8	649,4
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) на 100 тыс. населения	203,1	201,2	203,3	199,4	202,2	197,8	203,2	192,8
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. населения	12,5	12,00	11,3	11,9	10,1	11,9	9,0	11,8
Смертность от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс.	14,4	14,1	14,3	13,5	14,0	12,9	12,1	10,6

населения								
Младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми	10,0	8,2	8,2	8,1	7,4	8,0	6,5	7,5
Смертность от всех причин на 100 тыс. населения	13,3	13,0	13,0	12,8	13,1	12,5	13,1	11,4***
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	70,2	70,8	70,8	71,4	70,9	72,0	71,2	74,3*

Примечания:

* – целевые показатели, установленные в Государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р.

** – целевые показатели, установленные в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

*** – целевой показатель, установленный в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политике Российской Федерации».

Источник фактических значений: данные Росстата (www.gks.ru).

Рассматривая эти показатели, следует принять во внимание, что регистрация причин смертности может являться объектом манипулирования. Это сложнее сделать с показателем смертности от всех причин и ожидаемой продолжительности жизни. Учитывая это обстоятельство, правомерно предположить, что данные о выполнении целевых показателей снижения смертности от отдельных причин могут содержать имитационную составляющую. Что же касается общей смертности, то очевидно, что обеспечить дальнейшее ее снижение без дополнительных государственных ресурсов отечественной системе здравоохранения пока не удастся.

1.2. Повышение заработной платы медицинских работников и внедрение эффективного контракта

В 2013 г. размеры оплаты труда медицинских работников существенно выросли, а целевые значения, установленные для врачей и среднего медицинского персонала, были значительно превышены (табл. 2).

Таблица 2. Соотношение средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала и средней заработной платы в регионе в 2013–2015 гг., %

	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	Факт	Целевое	Факт	Целевое	Факт	Целевое	Факт	

		<i>значение*</i>		<i>значение*</i>		<i>значение*</i>	
Врачи	125,3	129,7	141,0	130,7	141,8	137,0	140,9
Средний медицинский персонал	72,9	75,6	80,4	76,2	80,7	79,3	79,5
Младший медицинский персонал	48,0	50,1	47,8	51,0	49,5	52,4	49,5

Примечания:

* – целевые значения, установленные в Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. № 2190-р.

Источник фактических значений: данные Росстата (www.gks.ru).

В 2014 г. заработная плата медицинских работников выросла уже незначительно. В среднем по стране прирост среднемесячной заработной платы врачей составил 9,4%, и в абсолютном выражении ее величина достигла 46,2 тыс. руб. Зарплата среднего медицинского персонала выросла на 9,2% до уровня 26,3 тыс. руб. У младшего медицинского персонала темп прироста оказался самым высоким – 12,7%, но в номинальном выражении прирост составил всего 1,8 тыс. руб., и в 2014 г. среднемесячная заработная плата этой категории работников равнялась 16,1 тыс. руб.

В 2015 г. рост среднемесячной заработной платы был небольшим, причем даже ниже темпа инфляции, которая составила 12,9%. Для врачей и работников с высшим образованием рост составил 3,6%, средних медицинских работников – 2,6%, младшего медицинского персонала – 4,3%. Среднемесячная заработная плата врачей и работников с высшим образованием составила 47,9 тыс. руб., среднего медицинского персонала – 27,0 тыс. руб., младшего медицинского персонала – 16,8 тыс. руб. В итоге показатели соотношения заработной платы врачей и среднего медицинского персонала и средней заработной платы в регионе остались примерно на уровне 2013 г., но они по-прежнему выше целевых значений. Фактические показатели по младшему медицинскому персоналу, как и в 2013 г., остаются ниже целевых значений, но отставание невелико (3,1 п.п.).

Снижение темпов роста зарплаты в 2014–2015 гг. отражает реалии складывающейся экономической ситуации. Государственное финансирование здравоохранения в 2014 г. выросло в номинальном выражении всего лишь на 6,2%, а объем реализации платных медицинских услуг – на 7%. Поскольку достигнутые уже в 2013 г. значения средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала по отношению к средней заработной плате в регионе превосходили целевые показатели, установленные на 2014 г. и на 2015 г., то в условиях экономического кризиса вполне рационально была выбрана политика сдерживания темпов роста заработной платы.

Вместе с тем, по данным интервью с медицинскими работниками, проведенным сотрудниками НИУ ВШЭ в 2014 и 2015 гг., небольшой рост заработной платы, в пределах 10–15%, не приводит к позитивному изменению внутренней мотивации врачей.

Повышение размеров оплаты труда медиков рассматривалось в качестве составной части перехода к эффективному контракту. Этим понятием было названо заключение трудового договора с работником, в котором конкретизированы показатели и критерии оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг³. На практике, по оценкам значительной части медиков, введение эффективного контракта оборачивается увеличением объема выполняемой ими работы, неадекватным фактическому росту их заработной платы. Как показали данные анкетного опроса медицинских работников, проведенного НИУ ВШЭ и Левада-Центром в октябре – ноябре 2014 г., почти две трети опрошенных (61%) сообщили, что «объем работы заметно вырос, а размер зарплаты увеличился незначительно».

Заработная плата медицинских работников складывается из трех частей: 1) базовый оклад, 2) компенсационные выплаты (за особые условия труда, сверхурочную работу, работу в ночное время и т.п.), 3) стимулирующие выплаты (выплаты за интенсивность, качество, результаты работы, премиальные, выплаты за стаж непрерывной работы и выслугу лет). Базовый оклад и компенсационные выплаты нередко называют базовой частью оплаты труда. Предполагалось, что при внедрении эффективного контракта рост базовой части оплаты должен сочетаться с еще более быстрым увеличением стимулирующих выплат.

Между тем, по данным опросов медиков, проведенным НИУ ВШЭ в 2013 и 2014 гг., выявлен значительный рост ориентации на повышение доли базовой части в оплате труда: ее желаемая величина составила 62,5% в 2013 г., а в 2014 г. достигла 70,9%. Среди врачей доля желающих иметь более высокую долю базового оклада возросла с 66 до 86%. Причем те, кто получают стимулирующие выплаты, значительно чаще указывают на такую необходимость. Эти результаты заставляют сделать вывод, что политика внедрения эффективного контракта, отдающая приоритет увеличению доли стимулирующей части в оплате труда и обеспечению ее большей увязки с объемом и качеством работы, не отвечает интересам самих работников. А это означает, что не меньшее внимание должно быть уделено изменению порядка назначения базовой части оплаты труда. Этот порядок также должен быть стимулирующим, то есть учитывать квалификацию работника,

³ Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р.

сложность проводимых работ, степень дефицитности определенной категории работников на региональных рынках труда и прочие факторы.

1.3. Доступность бесплатной медицинской помощи

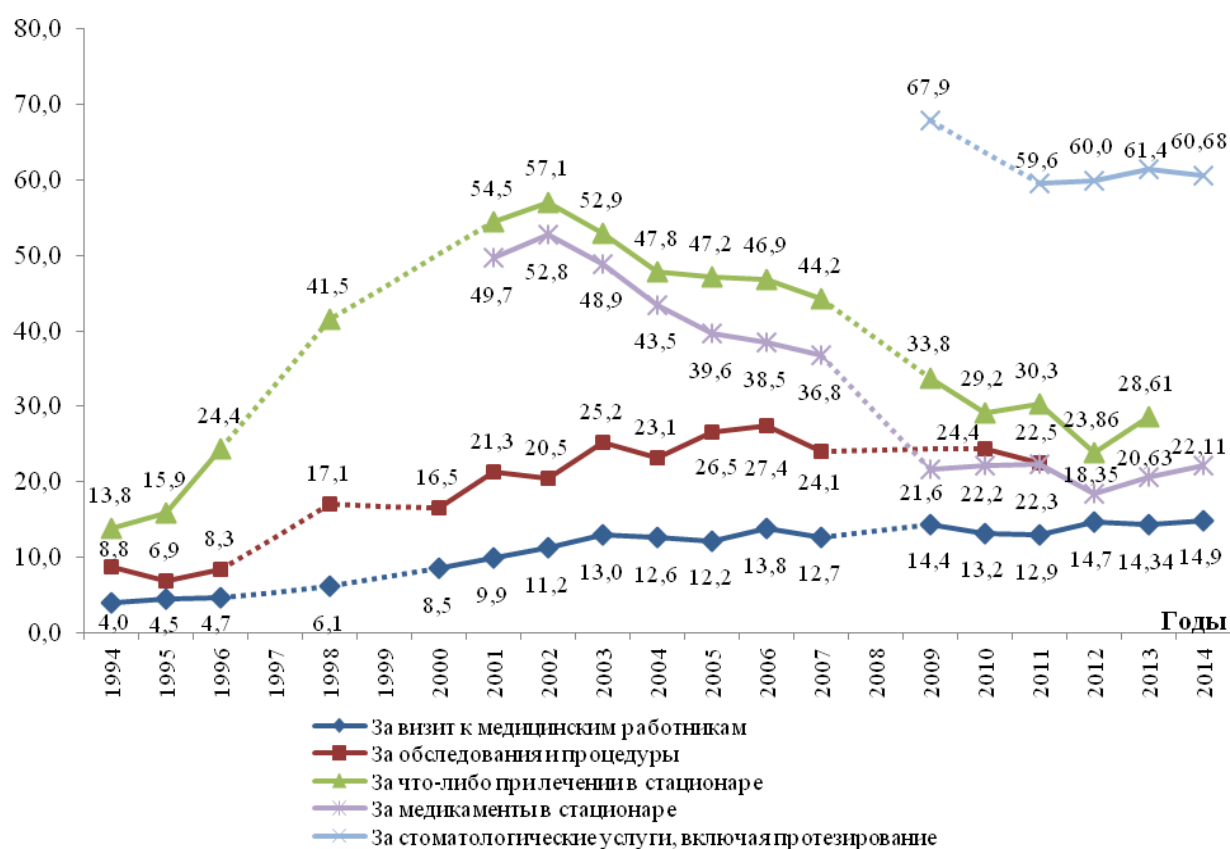
Установленные законом права российских граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях ежегодно конкретизируются в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ с 1998 г. На протяжении многих лет изменения, вносимые в эту программу, касались нормативов объемов медицинской помощи (измеряемых количеством врачебных посещений, числом вызовов скорой помощи, числом койко-дней в стационарах и числом пролеченных больных в дневных стационарах – в расчете на 1 тыс. населения), которые должны быть обеспечены за счет государственных средств, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и затрат в расчете на одного человека. Но в последние четыре года содержание программы получило значительную конкретизацию. Расширен состав критериев доступности и качества медицинской помощи, в программу включен перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи. Особо следует выделить установление в программе на 2016 г. требований к предельным срокам ожидания разных видов медицинской помощи. Такая конкретизация гарантий призвана защитить в сложных экономических условиях права граждан на бесплатное лечение.

Следует отметить, что основная часть российских граждан получала и получает бесплатную медицинскую помощь. Об этом свидетельствует динамика показателей доли пациентов, которые платили за лечение. Значения этого показателя позволяют оценить данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ (рис. 4). Согласно полученным оценкам, доля плативших за визит к медицинским работникам среди обратившихся за амбулаторной помощью, возросла с 4% в 1994 г. до 14,7% в 2012 г., и в последующие два года мало изменилась. Это означает, что 85% граждан получают только бесплатные врачебные консультации.

В 2013 г. 71% пациентов стационаров получали там полностью бесплатное лечение. Особое внимание привлекает динамика показателей распространенности практик приобретения пациентами стационаров за свой счет лекарств для лечения во время пребывания в больнице. В 1990-е гг. из-за недостатка государственного финансирования пациентам стационаров зачастую приходилось оплачивать медикаменты из собственных средств. В 2001 г. доля пациентов, оплачивавших медикаменты при стационарном лечении, составляла 52,8%, но на протяжении последующего десятилетия эта доля

постоянно сокращалась и достигла в 2012 г. 18,3%. Такая динамика, очевидно, обусловлена ростом в этот период государственного финансирования, благодаря которому лекарственное обеспечение стационаров было значительно улучшено, и необходимость привлекать средства пациентов для обеспечения их лекарствами при стационарном лечении ослабла. Начиная с 2013 г., когда рост государственного финансирования прекратился, доля пациентов стационаров, покупающих лекарства, вновь стала увеличиваться, но достигнутое в 2014 г. значение 22,1% намного меньше, чем в нулевые годы.

Рисунок 4. Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь среди обратившихся за разными видами медицинской помощи в 1994–2014 гг., %



Источник: данные РМЭЗ ВШЭ; Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения: препринт WP8/2014/03 Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014.

Приводимые данные о динамике доли пациентов, оплачивающих свое лечение, вполне определенно свидетельствуют, что система здравоохранения в сложных экономических условиях последних лет сохраняет доступность бесплатной медицинской помощи для основной части населения.

1.4. Мероприятия по повышению эффективности системы оказания медицинской помощи

Прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала. Достижение целевых показателей повышения оплаты труда без увеличения государственного финансирования здравоохранения означает необходимость изыскания средств для решения такой задачи посредством проведения мероприятий по экономии ресурсов и развитию платных медицинских услуг. В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. № 2190-р, была дана целевая установка на привлечение не менее одной трети средств, необходимых для повышения заработной платы, за счет реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности. Одновременно Распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р был принят план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». В соответствии с этим документом аналогичные дорожные карты были разработаны в каждом субъекте РФ.

Следует отметить, что, по нашей оценке, при проведении реструктуризации медицинской помощи (сокращение объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи), объем средств, которые за счет этого можно было бы привлечь для повышения заработной платы, составляет всего лишь 10,5% от требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013–2018 гг. при условии сохранения прежней численности медицинских работников⁴. Возможная экономия на закупках лекарственных средств обеспечила бы еще 1,7%⁵. Этот расчет показывает, что целевая установка на привлечение не менее трети средств за счет внутриотраслевых резервов преопределила проведение упрощенной реструктуризации (то есть не замещения одних видов помощи другими, а сокращения сети учреждений, коечного фонда, кадров и т.д. с ущербом для качества и доступности медицинской помощи) и интенсивное развитие платных медицинских услуг.

⁴ Оценка размеров указанных средств дана в Отчете о выполнении аналитической работы: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Российская Академия народного хозяйства и государственной службы. Оптимизация государственных расходов и привлечение негосударственных источников финансирования в сфере здравоохранения. М., июнь 2013 г.

⁵ Там же.

Какие же мероприятия были реализованы для повышения эффективности здравоохранения и привлечения необходимых средств для повышения уровня оплаты труда? Можно выделить следующие направления преобразования системы оказания медицинской помощи, по которым в последние годы достигнуто заметное продвижение:

- расширение мероприятий по профилактике заболеваний, расширение масштабов и повышение эффективности диспансеризации населения;
- реорганизация сети больниц в сторону их укрупнения и сокращения маломощных и неэффективных подразделений;
- развитие стационарозамещающей медицинской помощи;
- формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, создание межрайонных центров, в которых концентрируются диагностические и кадровые ресурсы специализированной помощи в муниципальных образованиях;
- развитие сектора высокотехнологичной медицинской помощи, расширение объемов этой помощи, в том числе в региональных медицинских учреждениях;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

Для укрепления ПМСП с конца нулевых годов была проведена большая работа по реорганизации маломощных и неэффективных амбулаторно-поликлинических учреждений путем их закрытия либо присоединения к крупным учреждениям. Эта реорганизация создала условия для повышения доступности консультативного приема силами лучших специалистов, усиления преемственности оказания медицинской помощи, концентрации наиболее сложных диагностических исследований и повышения их доступности, более эффективного использования медицинского оборудования, снижения административных расходов.

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, с 2012 г. осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам по программе «Земский доктор». В 2012–2014 гг. общее количество медицинских работников, привлеченных в рамках этой программы для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках, составило 15 279 молодых специалистов. Однако, как и в случае с предпринятыми в рамках Национального проекта «Здоровье» доплатами врачам участковой службы, эта мера демонстрирует затухающий эффект: если в 2012 г. число участников этой программы составило 7693 врача, то в 2014 г. – 3313. В то же время число врачей в сельской местности в 2014 г. увеличилось всего на 0,7 тыс. человек (с 51,7 до 52,4 тыс.). Очевидно, что разовая выплата на обустройство

молодого специалиста не может компенсировать низкий уровень текущего вознаграждения за труд в сложных условиях сельской местности.

В дорожной карте «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» была поставлена задача увеличения доли расходов на амбулаторную помощь в общих расходах на реализацию Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи с 25,3% в 2013 г. до 31,7% в 2018 г. Доля расходов на стационарную помощь должна сократиться с 60,3 до 50,3%. Это заметный сдвиг в структуре расходов, но нужно принять во внимание, что в большинстве стран ОЭСР уже произошло выравнивание долей расходов на амбулаторную и стационарную помощь⁶. В российском здравоохранении интенсивность изменения структуры медицинской помощи значительно ниже.

Получила дальнейшее развитие стационарозамещающая помощь, создающая условия для перемещения значительных объемов медицинской помощи из стационарного в амбулаторный сектор. Число пациентов, получивших медицинскую помощь в условиях дневных стационаров, за 2010–2014 гг. увеличилось с 4,4 млн до 6,5 млн человек, а их доля в общем числе пациентов круглосуточных и дневных стационаров – с 11,5 до 17,2%. То есть в процессе развертывания дневных стационаров удалось получить действительно стационарозамещающий эффект, избежав опасности увеличения стационарозамещающей помощи в дополнение к стационарной. Планируется увеличение доли расходов на медицинскую помощь в условиях дневного стационара в общих расходах на реализацию программы государственных гарантий с 7% в 2013 г. до 9% в 2018 г.

Среди мероприятий по повышению эффективности здравоохранения особое внимание гражданского общества и средств массовой информации привлекли сокращения коечного фонда стационаров и медицинского персонала. При этом наиболее острой была реакция на реформу московского здравоохранения, которая будет рассмотрена ниже. Здесь же следует отметить, что часто высказываемая критика органов здравоохранения за то, что сокращение сети медицинских учреждений – это результаты их плохо продуманных действий по реформированию отрасли, далеко не всегда справедлива.

В целом по стране эти сокращения были пока небольшими. В 2013–2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд – на 4,5%. Напротив, число амбулаторно-поликлинических организаций

⁶ Учет структуры расходов в статистике ОЭСР существенно отличается от российских статистических форм, но можно сравнивать соотношения долей затрат на амбулаторную и стационарную помощь. Средняя доля расходов на амбулаторную помощь в общем объеме расходов на здравоохранение в 27 странах ОЭСР в 2013 г. составляла 33%. Доля стационарной помощи была такой же – 33%. Остальная часть расходов приходится на долговременную медицинскую помощь (12%), лекарственное обеспечение (20%), а также так называемые «коллективные услуги» (медико-санитарные мероприятия) – 6% (OECD Health Statistics. 2015. P. 169).

увеличилось на 2,5%, а их мощность выросла на 1,3%⁷. Численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014–2015 гг. уменьшилось всего лишь на 1%, а среднего медицинского персонала – на 2,8%. Несколько больше были сокращения младшего медицинского персонала – на 12,8%⁸.

Следует подчеркнуть, что меры по сокращению коечного фонда и кадров вызваны двумя причинами. С одной стороны, они диктуются необходимостью нахождения средств для повышения оплаты труда медицинских работников в условиях усложнения экономической ситуации и уменьшения реальных расходов на здравоохранение. С другой стороны, эти меры направлены на повышение структурной эффективности системы оказания медицинской помощи. Объемы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на 100 жителей, в России на 30–50% выше, чем в западноевропейских странах. Большие объемы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обуславливают перекопс врачебных кадров в сторону стационара. Избыток врачей в стационарах и недостаток в амбулаторных организациях отмечается отраслевым органом управления. Так, в 2012 г. Минздравсоцразвития России оценивал профицит врачей клинических специальностей в стационаре в размере 35 тыс., а дефицит в амбулаторных организациях – 186 тыс. врачей⁹. Этот структурный дисбаланс сохраняется и сегодня в силу относительного отставания развития сектора ПМСП (см. далее).

Согласно Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, основной прирост заработной платы медицинских работников для достижения установленных целевых показателей должен произойти в 2016–2017 гг. Именно в текущем и следующем году возникает очень серьезный риск того, что поиски средств для повышения оплаты труда медицинским работникам могут привести к непродуманным сокращениям коечного фонда и медицинского персонала, уменьшению затрат на медикаменты и расходные материалы, что может повлечь существенное ухудшение качества и доступности для населения бесплатной стационарной медицинской помощи, диагностических исследований.

Сокращение коечного фонда является допустимым только при условии, что в амбулаторном секторе будут созданы необходимые предпосылки, которые позволят ему взять на себя объемы медицинской помощи, ранее оказывавшиеся на сокращаемых койках. Между тем параметры сокращения коечного фонда, содержащиеся в дорожных

⁷ Здравоохранение в России. 2015: стат.сб. Росстат. М., 2015. С. 89, 95.

⁸ Данные Росстата.

⁹ Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Стратегия 2020. Здравоохранение. Доклад Министра здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голиковой. Декабрь 2012 г.

картах субъектов РФ, далеко не всегда увязываются с возможностями амбулаторно-поликлинических учреждений обеспечить лечение пациентов в амбулаторных условиях.

Чтобы обеспечить такую увязку, необходим реальный, а не декларируемый приоритет развития ПМСП, что предполагает ликвидацию дефицита врачей участковой службы, расширение состава медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях и в дневных стационарах, проведение комплекса мер по повышению квалификации врачей первичного звена, обеспечение преемственности лечения и координации деятельности медицинских служб. Необходимо также повысить роль поликлиник в планировании объемов стационарной помощи. Именно на стадии планирования можно решить, каких пациентов можно реально передать в поликлиники и что конкретно нужно сделать для расширения привычного набора функций амбулаторных врачей и медсестер. Подобные оценки должны относиться к конкретным заболеваниям и видам работ, на их основе можно получить обоснованные укрупненные расчеты по объемам медицинской помощи и структуре расходов на оказание медицинской помощи в разрезе отдельных территорий. К сожалению, по нашим наблюдениям, в реальной жизни доминирует планирование, которое больше похоже на арифметическое упражнение, чем на реальный анализ сложившихся возможностей различных типов медицинских организаций и уровней оказания медицинской помощи.

Среди проведенных преобразований следует выделить значительную работу по *формированию трехуровневой модели организации медицинской помощи* (муниципальный уровень – межмуниципальный уровень – региональный уровень). Развитие такой системы сопровождается формированием муниципальных округов, организацией межмуниципальных центров специализированной помощи, разработкой маршрутов пациентов для всех видов и профилей медицинской помощи. В регионах утверждены нормативные акты по маршрутизации, предусматривающие направление пациентов на более высокие уровни оказания медицинской помощи.

Очевидные достижения есть в *развитии высокотехнологичной медицинской помощи* (ВМП): число больных, получивших такую помощь, возросло с 60 тыс. человек в 2005 г. до 715,6 тыс. человек в 2014 г. Общие затраты на оказание ВМП достигли 6% от общих затрат на оказание всей медицинской помощи. Вместе с тем общая потребность населения в ВМП, по оценке Минздрава России, составляет не менее 1 млн случаев в год, то есть в 1,4 раза выше достигнутого объема ее оказания¹⁰.

¹⁰ Заседание Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 20 декабря 2013 г. <http://government.ru/news/9147/>.

Растущая часть ВМП оказывается в региональных учреждениях здравоохранения, что является свидетельством повышения их материально-технического уровня и квалификации медицинского персонала. Так, в 2011 г. доля пациентов, которым была оказана ВМП в региональных учреждениях здравоохранения, составила 12,5%, а в 2014 г. – уже 44%¹¹. Но предстоит сделать очень много, чтобы оказывать ВМП в каждой городской больнице и на этой основе полностью удовлетворить потребность населения в этом виде медицинской помощи. Для этого требуется дальнейшая реорганизация маломощных и неэффективных стационаров путем их закрытия либо присоединения к крупным больничным учреждениям, концентрация в них наиболее квалифицированных кадров и наиболее сложной диагностической и медицинской техники.

В ряду медицинских мер, направленных на *усиление профилактики заболеваний*, следует выделить мероприятия по расширению перечня лиц, подлежащих ежегодной диспансеризации. С 2013 г. введена диспансеризация определенных групп взрослого населения. Диспансеризации не реже одного раза в три года подлежат как работающие, так и неработающие граждане, а также обучающиеся в образовательных организациях. Региональными программами модернизации здравоохранения предусматривается диспансеризация подростков.

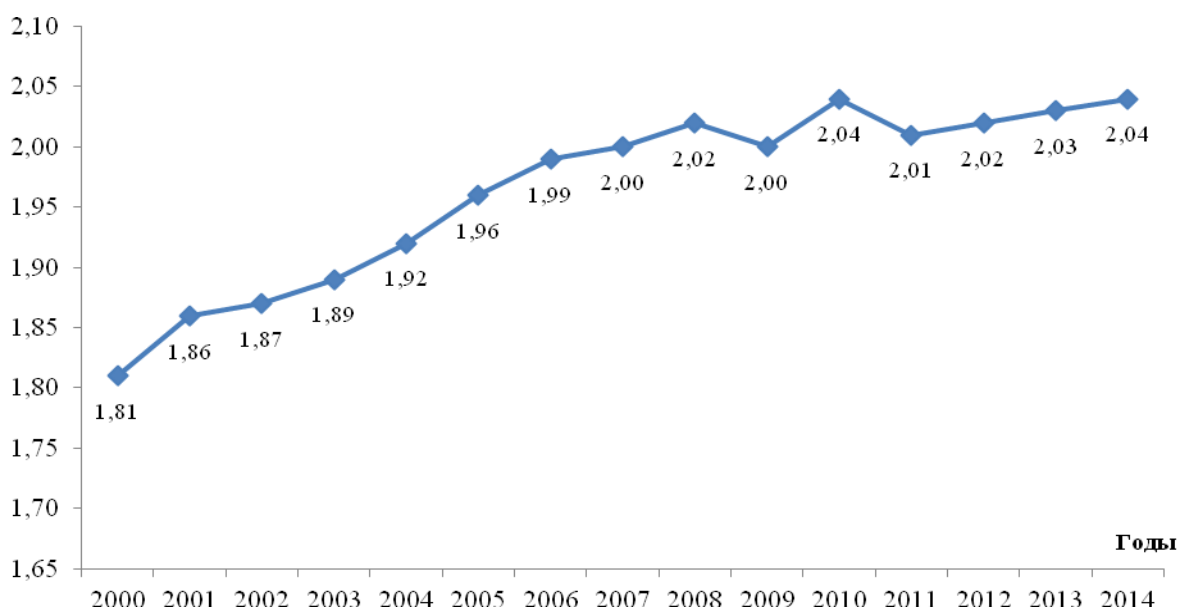
Вместе с тем, оценивая результативность профилактической деятельности системы оказания медицинской помощи, следует обратить внимание на динамику показателя вызовов населением скорой медицинской помощи. За период с 2010 по 2013 г. число вызовов, в значительной степени характеризующее усилия амбулаторной службы по профилактике заболеваний и их осложнений, не только не сократилось, а, напротив, возросло с 336 до 344 на 1 тыс. населения.

Индикатором уровня профилактики перехода острых заболеваний в хроническую стадию служит показатель соотношения общей и первичной заболеваемости. Он продолжает расти, правда, темпы роста в последние годы существенно замедлились (рис. 5).

Приведенные данные в целом свидетельствуют не в пользу повышения результативности профилактической деятельности.

Рисунок 5. Коэффициент «хронизации» населения (отношение общей заболеваемости к первичной заболеваемости)

¹¹ Фаррахов А.З. Основные подходы и особенности оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи в 2014 году. Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2013. С. 2.; Министерство здравоохранения Российской Федерации. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. С. 78–79.



Ист

очник: данные Росстата и Минздрава России¹².

Для решения проблемы обеспечения населения высококвалифицированными медицинскими кадрами в 2012 г. Минздравом России был разработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы профессиональной подготовки врачей. Началась реализация мероприятий по повышению качества додипломного образования – внедрение государственных образовательных стандартов 3-го поколения, предусматривающих увеличение доли практической подготовки, создание симуляционных тренинговых центров, развитие и дооснащение клинических баз и клиник, обновление программ подготовки с учетом опыта ведущих университетов мира, широкое использование современных технологий обучения, повышение квалификации и мотивации преподавателей, внедрение в сознание будущих врачей приверженности профессии и профессиональному сообществу.

Мероприятия по совершенствованию послевузовского профессионального образования предусматривают переход от системы одногодичной интернатуры и двухгодичной ординатуры к 2–5 летней ординатуре, повышение качества послевузовского и дополнительного профессионального образования (обновление программ ординатуры, увеличения в них удельного веса практических занятий, тренингов и производственной практики), замену цикличной (один раз в пять лет) постдипломной подготовки

¹² Здравоохранение в России: стат. сб. Госкомстат России. М., 2001; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2005; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2007; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2009; Здравоохранение в России: стат. сб. Росстат. М., 2011; Министерство здравоохранения Российской Федерации. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. М., 2015.

непрерывным медицинским образованием, организацию учебного процесса с использованием системы зачетных единиц (кредитов).

С декабря 2013 г. в рамках пилотного проекта реализуется модель непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с использованием системы зачетных кредитов.

Планируется, начиная с 2016 г., изменение порядка допуска к профессиональной деятельности путем замены действующей системы сертификатов специалиста на аккредитацию врачей, отличающуюся получением каждым специалистом личного перечня допусков врача к определенным видам медицинской помощи.

Итак, позитивным итогом изменений российского здравоохранения в последние годы явилось:

- обновление материальной базы здравоохранения;
- расширение доступа населения к высокотехнологичной медицинской помощи;
- формирование трехуровневой модели организации медицинской помощи.

Однако несмотря на перечисленные достижения сохраняются серьезные структурные проблемы в организации оказания медицинской помощи (см. раздел 1.6).

1.5. Реформа московского здравоохранения

Среди мероприятий по повышению эффективности здравоохранения, реализуемых в российских регионах, в центре общественного внимания оказались преобразования, проведенные в 2012–2015 гг. в московском здравоохранении. При самом высоком в стране уровне подушевого государственного финансирования и кадровой обеспеченности здравоохранение Москвы по уровню его организации отстало от передовых российских регионов в формировании более эффективной системы оказания медицинской помощи. Качество и доступность бесплатной медицинской помощи вызывали очень большие нарекания у жителей города. Развитие медицинских технологий и рост информированности о них граждан сформировали более высокие притязания к системе здравоохранения. Этому способствовали и более высокая по сравнению с другими регионами доля населения с высшим образованием и относительно высокими доходами. Исследование НИУ ВШЭ, проведенное в 2014 г., показывает, что в дилемме «улучшение качества или сохранение территориальной доступности медицинской помощи» 65% жителей Москвы отдадут предпочтение качеству, в то время как в целом по стране –

55%¹³. Между тем реальные возможности проведения обследований и лечения с помощью новых технологий очень в малой степени отвечали растущим требованиям к качеству медицинской помощи.

Ресурсы, которыми располагала Москва для финансирования городской программы модернизации здравоохранения в 2011–2012 гг., позволяли провести масштабное оснащение медицинских учреждений новым диагностическим оборудованием. Но для результативного решения задачи обеспечения его доступности всем жителям города необходимы были преобразования в организации оказания медицинской помощи. С этой целью в 2012 г. в Москве провели реорганизацию сети поликлинических учреждений: 220 поликлиник для взрослых и 150 детских поликлиник объединили в 46 взрослых и 40 детских амбулаторных центров. Каждый такой центр создан на основе крупной поликлиники, которую оснастили самым современным оборудованием, и к которой в качестве филиалов присоединили 4–5 меньших по размеру поликлиник.

Далее, в 2013–2015 гг. был реорганизован стационарный сектор. Созданы сеть высокотехнологичных сосудистых центров, университетские клиники на базе крупнейших больниц города. Все родильные дома были присоединены к больницам, проведено объединение и перепрофилирование ряда больниц. Коечный фонд больниц сокращен в 2013–2014 гг. на 19% (табл. 3).

Таблица 3. Сеть медицинских учреждений в городе Москва

Тип учреждения	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Поликлиники для взрослых	220	3	3	5
Амбулаторные центры – городские поликлиники для взрослых + диагностические центры + МСЧ + кардиологический диспансер		46	46	46
Амбулаторные центры – детские городские поликлиники	150	147	40	40
Городские больницы, включая НИИ и инфекционные больницы для взрослых	53	57	54	40
Родильные дома (самостоятельные)	19	17	17	-
Детские больницы, включая НИИ и инфекционные больницы	15	10	10	6
Коечный фонд, тыс.	82,0	81,0	77,4	66,3
Число выбывших больных в стационарах, тыс.	1822	1880	1865	1899

Источник: данные Департамента здравоохранения Москвы.

¹³ Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения / Препринты. Высшая школа экономики. Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление». 2015. С. 46–47.

Наиболее болезненным изменением стало сокращение медицинского персонала, главным образом в реорганизуемых стационарных учреждениях. Очень высокая обеспеченность врачами стационарного сектора сочетается с их дефицитом в амбулаторном секторе и особенно – в первичном звене (участковые терапевты и педиатры). Учитывая очень высокий уровень средней заработной платы в Москве, выполнение целевых показателей повышения оплаты труда медиков представляет для Москвы особенно сложную задачу. Эти обстоятельства, очевидно, и стали причинами принятия решения о сокращении врачей. Информация о планах реорганизации больниц и выведении за штат всего их персонала стала достоянием средств массовой информации до того, как московское правительство проинформировало о планируемых показателях сокращений медиков и предложениях по их трудоустройству. Это вызвало всплеск социального напряжения, для ослабления которого московскому правительству пришлось выделять значительные средства на пособия увольняемым (от 200 тыс. до 500 тыс. руб.). Масштабы же реального сокращения в 2014 г. были не очень велики: численность в городских учреждениях здравоохранения уменьшилась на 5,5% (табл. 4).

Таблица 4. Штаты и кадры врачей в городских учреждениях здравоохранения Москвы

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Должности:				
Штатные	74 592	77 009	78 284	72 268
Занятые	65 117	65 414	65 616	61 280
Число физических лиц	50 068	50 639	51 638	48 814
Прирост за год:				
Штатные	+1719	+2417	+1275	-6016
Занятые	+184	+297	+202	-4336
физические лица	+655	+571	+999	-2824
Коэффициент совместительства	1,3	1,3	1,3	1,2

Примечание: в состав врачей включены зубные врачи, интерны, лица с высшим медицинским образованием в аппарате управления и не учтены клинические ординаторы.

Источник: данные Департамента здравоохранения Москвы.

В 2015 г. были проведены масштабные изменения в организации работы московских поликлиник. Создана система онлайн-записи пациентов к врачу через интернет и инфоматы в самих поликлиниках, а также информационная система управленческого контроля за доступностью приема врачей в поликлиниках. Разрешена свободная запись к любому терапевту в поликлинике. Для обслуживания пациентов по вызовам на дому в поликлиниках созданы специализированные врачебные бригады, а участковые терапевты занимаются теперь только приемом пациентов в поликлиниках.

Выписка рецептов, оформление справок и направлений передано на сестринские посты. Все эти меры обеспечивают повышение доступности первичной медицинской помощи посредством сокращения времени ожидания приема врача и увеличения времени, которое врач может потратить на каждого пациента.

Фактически в Москве создана новая модель организации первичной медицинской помощи, в которой обеспечивается функциональная дифференциация ее оказания: специализация персонала на выполнении отдельных ее функций. Это нововведение позволяет за счет организационных мероприятий улучшить доступность первичной медицинской помощи. Но при этом возникают риски для выполнения функции координации различных видов помощи, оказываемых пациенту. Такую координацию отчасти осуществляет терапевт в существующей в нашей стране участковой модели оказания первичной помощи, но гораздо более эффективно – врач общей практики.

В целом можно сделать вывод, что по ряду направлений формирования эффективной системы здравоохранения Москва оказалась на лидирующих позициях в стране. Это относится к оснащению амбулаторного звена диагностическим оборудованием и обеспечению его доступности для населения, информатизации системы оказания медицинской помощи, развитию функциональной дифференциации первичной медико-санитарной помощи.

Вместе с тем проблемой для московского здравоохранения, не решенной в ходе реформы, остается кадровое обеспечение ПМСП, особенно участковой службы. Общее число участковых врачей (терапевтов и педиатров) на 10 тыс. населения г. Москвы уменьшилось с 4,7 в 2010 г. до 3,9 в 2013 г. Лишь в 2014 г. падение этого показателя прекратилось, и был отмечен его небольшой рост до 4,0¹⁴. Среднее число взрослого населения на одного участкового терапевта составило в 2014 г. 3290 человек при нормативе 1700 человек. Притока врачей, уволенных из других служб, в участковую службу не произошло. Врачи не хотят занимать вакантные должности участковых терапевтов и педиатров, предпочитая работу узких специалистов.

Судя по мнениям москвичей, представленным в средствах массовой информации, сокращение коечного фонда стационаров и перемещение лечения части заболеваний в поликлиники не всегда идет безболезненно для пациентов. Попасты в стационар стало трудней. Часть больных, привыкших к периодической госпитализации для лечения своих несложных заболеваний, выражают недовольство по поводу того, что им теперь предлагают лечиться амбулаторно.

¹⁴ Расчет по данным Департамента здравоохранения Москвы.

Опыт реформирования московского здравоохранения, безусловно, должен быть принят во внимание при разработке программ реструктуризации систем здравоохранения в крупных городах и реформировании системы оказания первичной медицинской помощи.

1.6. Структурные проблемы российского здравоохранения

Программные документы по развитию отрасли нацеливают на оптимизацию структуры оказания медицинской помощи, но не требуют в явном виде достижения экономии за счет закрытия учреждений, сокращения их мощности и увольнений персонала. Речь идет о поиске источников повышения структурной эффективности. Например, простое сокращение коечного фонда само по себе не дает сколько-нибудь заметной экономии средств, но ведет к повышению требований к обоснованности госпитализаций, что в свою очередь дает возможность переместить часть медицинской помощи из стационара в поликлиники и дневные стационары, причем без ущерба для качества медицинской помощи. Другими словами, оптимизация структуры оказания медицинской помощи и механическое сокращение ресурсной базы медицинских учреждений – это совершенно разные стратегии. Первая предполагает проведение активной структурной политики – это стратегия развития; вторая нацеливает на достижение текущей экономии с неясными конечными результатами этой экономии для повышения эффективности использования ресурсов и клинических показателей деятельности учреждений здравоохранения. Это – стратегия выживания.

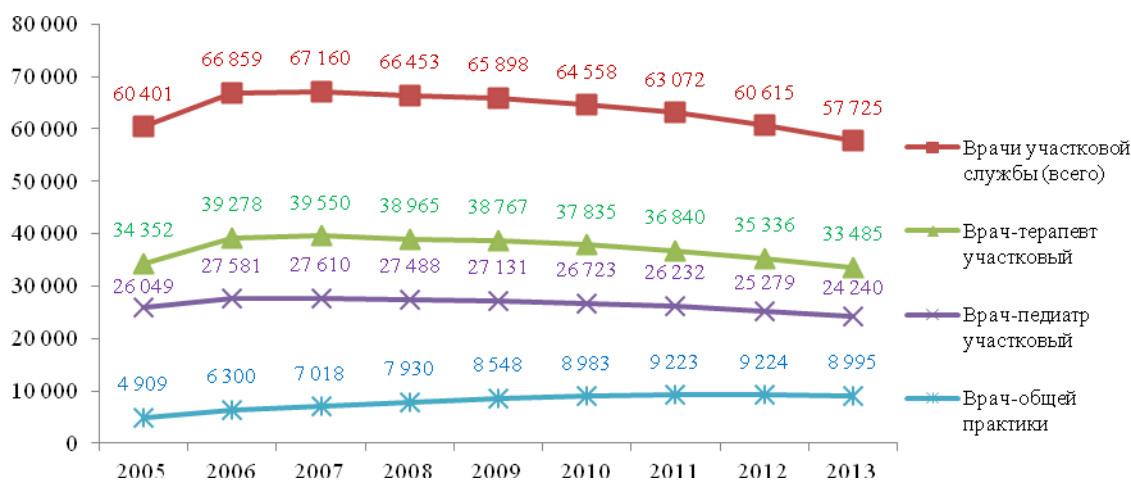
Несмотря на заметную активизацию в последнее время действий федеральных и региональных органов власти, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения, предпринимаемые усилия не привели к преодолению структурных проблем. Главная из этих проблем – недостаточный уровень развития первичной медико-санитарной помощи, ее неспособность ответить на новые вызовы системе здравоохранения, связанные с растущим распространением хронических заболеваний, а также множественных заболеваний, обусловленных постарением населения. Эти вызовы диктуют необходимость расширения комплекса мероприятий по активному наблюдению за больными для недопущения обострения заболеваний, снижения частоты вызовов скорой медицинской помощи, снижения нагрузки на стационар.

Существуют многочисленные эмпирические доказательства высокой эффективности правильно организованной первичной медицинской помощи: в странах с сильной общей врачебной практикой относительно ниже объемы специализированной помощи в расчете на одного жителя, ниже показатели общей смертности и смертности от

наиболее распространенных заболеваний¹⁵. В этих странах действует менее затратный тип функционирования здравоохранения, позволяющий достигать более высоких показателей здоровья на единицу затрат из государственных и частных источников.

Состояние первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является одной из наиболее сложных проблем российского здравоохранения. Количественный аспект этой проблемы – сокращение численности участковых врачей и врачей общей практики. После введения в 2005 г. надбавок участковым врачам их число несколько выросло, а затем вопреки ожиданиям стало уменьшаться, причем сокращение не компенсировалось ростом числа врачей общей практики (рис. 6). Дефицит врачей участковой службы оценивается разными экспертами на уровне 25–30%. Во всех регионах страны отмечается низкая укомплектованность штатных единиц участковых врачей и участковых педиатров. Размер участков во многих существенно превосходит рекомендуемые нормативы.

Рисунок 6. Численность врачей участковой службы в России в 2005–2013 гг., чел.



Источник: Ежегодные справочники за 2005–2013 годы «Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения Российской Федерации, ЦНИИОИЗ. М., 2006–2014 гг.

Отмеченная тенденция является результатом чрезмерной специализации врачей и соответствующего сужения лечебных функций врачей участковой службы, снижения их ответственности за здоровье постоянно наблюдаемого населения. Этот процесс начался еще в прошлом веке и продолжается до сих пор. Аналогичный процесс специализации врачебной деятельности идет и в других развитых странах, но гораздо медленнее, чем в России. Доля врачей участковой службы (участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики) в общей численности врачебных кадров в нашей стране снижается. Она

¹⁵ Machinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care providers to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. Health Services Research. 2003. No. 38. P. 831–865.

остаётся существенно ниже, чем в западных странах (10,53% в 2012 г. против 47% в Канаде и Франции, 29% в Великобритании) (табл. 5).

Таблица 5. Динамика доли врачей общей практики в отдельных странах ОЭСР и врачей участковой службы в России в общем числе врачей в 2000–2012 гг., %

	2000 г.	2005 г.	2008 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Великобритания	32,94	30,21	29,31	29,3	29,37	29,11
Германия	20,31	19,53	18,39	17,66	17,21	16,82
Канада	47,54	48,13	47,84	47,01	46,98	47,15
США	12,92	12,44	12,33	12,30	12,14	...
Франция	49,45	49,29	49,05	48,68	47,28	46,90
Чехия	21,57	20,40	19,86	19,57	19,31	19,12
Эстония	12,51	21,90	21,48	22,67	22,76	22,68
Россия	–	12,03*	11,96	11,75	11,50	10,53**

*2006 г.

**2013 г.

Источник: расчет на основе данных OECD Health Data: Health care resources, http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en#; данных ЦНИИОИЗ.

Качественный аспект проблемы участковой службы – ограниченные функции этих врачей. Профилактика заболеваний развивается, но ее масштабы все еще недостаточно велики, чтобы заметно повлиять на показатели здоровья населения. Серьезной проблемой является слабое развитие вторичной профилактики, имеющей целью сократить частоту обострений хронических заболеваний. Врачи поликлиник далеко не всегда знают своих «хроников», наблюдение за ними ограничивается небольшим кругом мероприятий. В результате велика частота обострений заболеваний, повышается нагрузка на службу скорой медицинской помощи и стационар.

Лечебные функции участковых врачей ограничиваются довольно узким кругом заболеваний, что повышает потребность в росте числа узких специалистов и в конечном итоге определяет их дефицит. Участковые врачи российских поликлиник имеют ограниченный функционал, направляя 30–40% обратившихся к ним первичных пациентов к узким специалистам. Последних всегда не хватает, а пациенты вынуждены выстаивать в

нескольких очередях. Привычным явлением являются длинные сроки ожидания консультаций специалистов. Институт врача общей практики, способный смягчить эти проблемы, начинает развиваться, но крайне непоследовательно и неравномерно по отдельным регионам.

Организационно-координационная функция участковых врачей также ограничена. Как показало исследование интеграции медицинской помощи, проведенное по заказу НИУ ВШЭ в конце 2011 г., участковые врачи плохо взаимодействуют с узкими специалистами и врачами стационара, в большинстве случаев ничего не знают о вызовах скорой помощи и госпитализациях «своих» пациентов, не обеспечивают преемственность лечения после оказания стационарной помощи¹⁶.

Материально-техническое и кадровое обеспечение поликлиник существенно уступает стационарам. Нехватка современной диагностической техники, ее распыленность по отдельным маломощным поликлиникам существенно ограничивают возможности поликлиник по проведению полного обследования пациентов перед госпитализацией, что стало сильным фактором повышения нагрузки на стационар. Невозможность получить необходимые диагностические услуги в амбулаторных условиях ведет к нарастанию их платности, в том числе на основе неформальных платежей.

Вопросы укрепления участковой службы длительное время оставались на втором плане политики в сфере здравоохранения. Уместно заметить, что в других постсоветских странах эти вопросы были в числе приоритетных в течение всего переходного периода. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) последовательно проводится курс на кадровое укрепление ПМСП. Доля врачей общей практики в общей численности врачей, например, в Эстонии повысилась с 12% в 2000 г. до 23% в 2013 г., в Чехии за тот же период оставалась неизменной на уровне 20–22%. Этот показатель остается заметно ниже, чем в большинстве западноевропейских стран (30–45%), но существенно выше, чем в России (10,5%).

В середине 1990-х гг. начался переход от терапевтической к общеврачебной модели организации участковой службы. В Чехии, Словакии, Венгрии, Польше, прибалтийских государствах, странах бывшей Югославии за 7–10 лет были подготовлены врачи общей практики в количестве, необходимом для полной замены ими участковых врачей¹⁷. Такая замена привела к изменениям в потоках пациентов. По данным ВОЗ, в начале нынешнего десятилетия в Эстонии 92% первичных обращений пациентов

¹⁶Шейман И. М., Зарочинцева И. В., Ахметзянов А. Р., Шевский В. И. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей // Здравоохранение. 2013. № 6, 7.

¹⁷Dionne S. Kringos D., Boerma W., Hutchinson A., Saltman R. (eds). Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Health Policies. WHO. Volume 1, 2015.

заканчивалось на уровне врача общей практики, то есть без направлений к специалистам, в Чехии этот показатель составлял 85%, Венгрии – 80%, Словакии – 70%¹⁸. В России, по нашим оценкам, этот показатель не превышает 50–55%.

Аналогичные процессы идут и во многих странах СНГ (например, в Армении, Казахстане, Киргизии), хотя и не в столь значительных масштабах. Из числа постсоветских стран только в России и Белоруссии прежняя советская модель участковой службы сохранилась неизменной. Кроме того, в странах ЦВЕ меняется роль поликлиник в системе оказания медицинской помощи. Можно выделить две взаимосвязанные тенденции. Первая: первичная медицинская помощь, то есть традиционная участковая служба, была выведена из состава поликлиник. Основную часть функции оказания ПМСП сегодня выполняют врачи общей практики, являющиеся самостоятельными юридическими лицами. Вторая тенденция: превращение поликлиник в консультативно-диагностические центры, оказывающие специализированную амбулаторную помощь. Поликлиники сегодня дополняют деятельность врачей общей практики, как главного субъекта ПМСП. Их сохранение диктуется необходимостью обеспечить кооперацию деятельности врачей разных специальностей. При этом наиболее радикальные изменения произошли в Эстонии, Чехии, Болгарии, восточных землях ФРГ. В этих странах почти вся специализированная амбулаторная помощь теперь оказывается в больницах (в отделениях амбулаторного приема) и в индивидуальных и групповых врачебных специализированных практиках.

Первая тенденция (выделение врачей общей практики из состава поликлиник), на наш взгляд, может оцениваться положительно. Функции врачей общей первой практики и узких специалистов существенно различаются: первые ведут постоянное наблюдение за приписавшимся населением, вторые – дают эпизодические консультации по мере необходимости. Эффективность постоянного наблюдения и достижение единоличной ответственности за состояние здоровья своих пациентов во многом определяются степенью экономической и управленческой независимости врачей общей практики. Не случайно в абсолютном большинстве западных стран с традиционно сильной общей врачебной практикой ее организационные формы существенно не меняются десятилетиями. Врачи первичного звена, хотя и кооперируются между собой и ищут новые формы взаимодействия с узкими специалистами, тем не менее остаются юридически самостоятельными субъектами системы здравоохранения¹⁹.

¹⁸ Dionne S. Kringos D., Boerma W., Hutchinson A., Saltman R. (eds). Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Health Policies. WHO. Volume 1, 2015.

¹⁹ Там же.

Что же касается второй тенденции (преобразование поликлиник), то результаты таких преобразований пока далеко не очевидны и оспариваются многими экспертами²⁰. Кооперация в работе и возможность достижения экономии на масштабах оказания услуг (например, сокращение административных затрат, а также затрат на оказание диагностических услуг) являются серьезными факторами, побуждающими индивидуальные врачебные практики объединяться между собой, образуя некие «мини-поликлиники». Практика таких объединений получает распространение в целом ряде стран ЦВЕ. По нашему мнению, это следует рассматривать как свидетельства эффективности кооперации врачей разных специальностей, но отнюдь не как доказательства более высокой эффективности традиционной советской многопрофильной поликлиники.

Анализ российских и зарубежных тенденций дает основания для вывода о том, что проблемы ПМСП в нашей стране сдерживают реформы в других секторах здравоохранения. Вполне оправданное для системы здравоохранения частичное перемещение медицинской помощи из стационаров в амбулаторное звено и превращение стационаров в центры оказания сложной и высокотехнологичной помощи в значительной степени тормозится слабым кадровым обеспечением и невысокой квалификацией врачей амбулаторного звена. *Именно поэтому необходимо провести глубокую реформу ПМСП – как условие реализации других приоритетов модернизации здравоохранения.* Без такой реформы снижается эффективность всех других новаций в системе: структурная эффективность практически не повышается, население слабо ощущает результаты преобразований.

1.7. Изменения в системе финансирования здравоохранения

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы обязательного медицинского страхования (ОМС), проведенной в 2011–2015 гг. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В результате реформирования ОМС произошла стабилизация финансовых потоков в эту систему. Обеспечено выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г., до введения в действие нового закона, размеры доходов территориальных

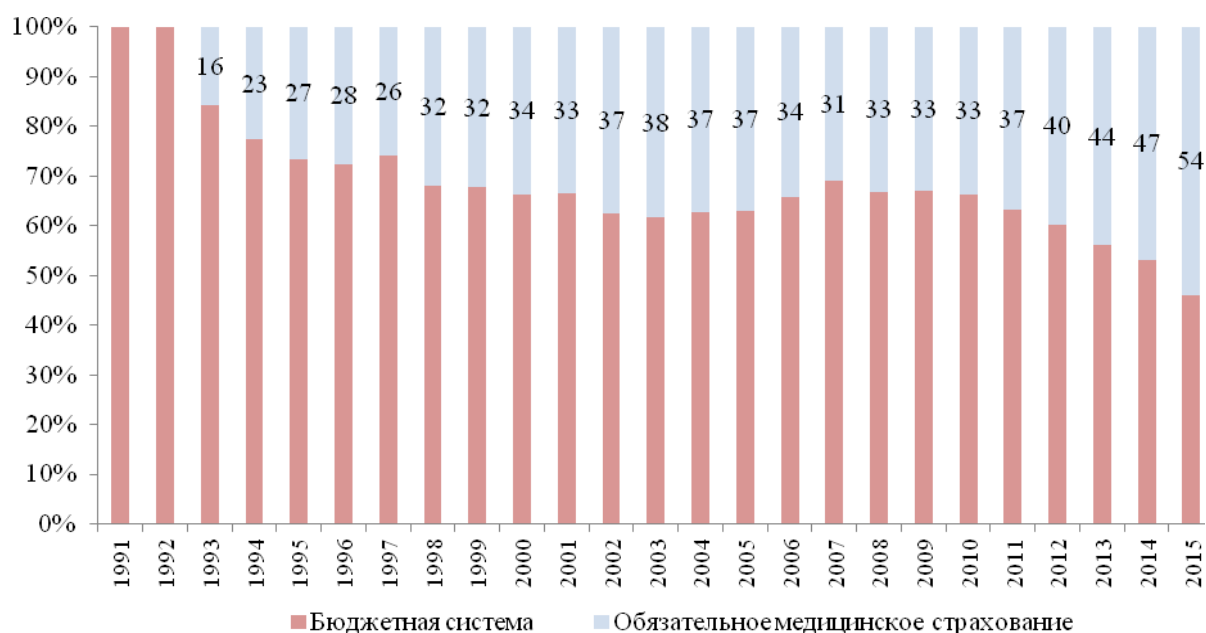
²⁰ Seifert B., Svab I., Madis T., Kersnik J., Windak A., Steflava A., Byma S. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe // Family Practice. 2008. V. 25. P. 113–118.

фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

ОМС уменьшило барьеры, существовавшие ранее для получения медицинской помощи гражданами за пределами мест своего постоянного проживания. Сейчас полис ОМС, выданный в любом регионе, дает право его владельцу на получение бесплатной медицинской помощи на всей территории страны.

Доля государственного финансирования здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения (рис. 7).

Рисунок 7. Доля средств в бюджетной системе финансирования здравоохранения и в системе ОМС, % от общего размера государственного финансирования



Источник: расчеты по данным Минфина России и Федерального фонда ОМС.

С 2015 г. финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало «одноканальным»: оно осуществляется только из одного источника – средств ОМС, а не двух – средств ОМС и бюджетных субсидий, как это было ранее. Теперь расходы на оказание медицинской помощи – за исключением так называемых социально значимых ее видов (лечение больных туберкулезом, СПИДом, психическими заболеваниями), – возмещаются только из одного источника: средств ОМС. Одноканальное финансирование позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские организации, с объемами и

сложностью оказываемой ими медицинской помощи и достигаемыми результатами, то есть расходовать государственные средства эффективно.

Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением финансовой ситуации во многих медицинских учреждениях. Но попытки связать нарастающие финансовые проблемы отрасли с переходом на одноканальную систему финансирования, на наш взгляд, безосновательны. Главная причина этих проблем – это снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного финансирования, действительно, сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе.

До 2014 г. федеральные медицинские учреждения получали основной объем финансирования из федерального бюджета за оказание высокотехнологичной медицинской помощи. С 2014 г. финансирование 456 видов (из 1007) видов высокотехнологичной медицинской помощи было передано в систему ОМС. Но в утвержденной Правительством РФ Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов не было предусмотрено дополнительного финансирования территориальных фондов ОМС в тех субъектах РФ, на территории которых были расположены федеральные медицинские учреждения. До середины 2014 г. Минздравом России и Федеральным фондом ОМС не были сформулированы и рекомендации по расчету нормативов затрат федеральных медицинских учреждений, подлежащих возмещению из средств ОМС. В результате недостатка денег и федерального регулирования часть территориальных фондов ОМС запланировали для федеральных медицинских учреждений меньшие объемы высокотехнологичной помощи, чем они оказывали ранее, и по тарифам, не возмещающим их объективно более высокие затраты по сравнению с региональными клиниками. Соответственно финансовое положение части федеральных медицинских учреждений резко ухудшилось. Чтобы избежать этого, следовало рассчитать потребность учреждений в финансовых средствах на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, обособить эти средства в бюджете Федерального фонда ОМС и передавать их субъектам РФ сверх подушевых нормативов финансирования базовой программы ОМС.

Принятие впоследствии методических рекомендаций по расчету нормативов затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, возмещаемых из средств ОМС, ослабило остроту возникшей проблемы. Но согласно Закону об обязательном медицинском страховании с 2015 г. финансовое обеспечение всех видов

высокотехнологичной медицинской помощи должно было полностью перейти в систему ОМС. Это грозило одномоментным возникновением проблем с финансовым обеспечением деятельности многих федеральных клиник. Для снижения этих рисков Правительством РФ было принято решение о направлении из средств Федерального фонда ОМС субсидии федеральному бюджету в размере 77,1 млрд руб. для оплаты высокотехнологичной помощи, которая продолжала осуществляться Минздравом России. То есть, буква закона об обязательном медицинском страховании была соблюдена (источником финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи стали средства ОМС), но механизм финансирования федеральных медицинских учреждений (плательщик в лице Минздрава России и метод оплаты) остался прежним.

К 2017 г. планируется создать новый механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств ОМС. По нашему мнению, принцип объединения средств из разных источников должен стать основой финансирования и такой сложной части системы здравоохранения, как оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Для эффективного использования государственных средств объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые федеральными медицинскими учреждениями, должны планироваться и оплачиваться не автономно, а в увязке с планированием объемов помощи, оказываемых другими медицинскими организациями. Для того, чтобы это стало возможным, необходимо сформировать механизмы одноканального финансирования федеральных медицинских учреждений в системе ОМС, адекватно учитывающие специфику позиционирования этих учреждений в системе оказания медицинской помощи. Функцию покупателя ВМП, оказываемой федеральными медицинскими учреждениями, мог бы выполнять Федеральный фонд ОМС. Такое решение не означало бы лишения Минздрава России возможности в соответствии с его полномочиями определять приоритеты развития федеральных медицинских учреждений.

Оценивая вектор изменений в системе финансирования российского здравоохранения, уместно заметить, что в западноевропейских странах со страховой моделью доля расходов системы ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения уже в конце 1990-х гг. составляла 70–85%²¹. Постсоветские страны Центральной и Восточной Европы также вышли примерно на эти параметры одноканальной системы финансирования. Например, в Эстонии данный показатель в

²¹Доля расходов ОМС в общих расходах на здравоохранения составляла в конце 1990-х гг. во Франции, Нидерландах и Люксембурге 74%, в Германии и Бельгии – 62%, Австрии – 48% (Mossialos et al. Funding of health care: options for Europe. WHO. 2002. P. 81). С учетом того, что часть общих расходов составляют личные затраты населения (15–25%), эти показатели соответствуют 70–85% доли ОМС в общих государственных расходах

середине нулевого десятилетия составлял 85%²². В России пока этот показатель (54%) заметно меньше, то есть уровень консолидации государственных средств ниже. Но следует принять во внимание, что из средств ОМС в европейских странах финансируются широкие по охвату населения и перечню медикаментов программы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении.

В нашей стране из бюджетных средств продолжает финансироваться оказание социально значимых видов медицинской помощи (больным туберкулезом, психическими заболеваниями, ВИЧ инфицированным и т.д.), лекарственное обеспечение определенных категорий населения, инвестиции в медицинское оборудование и медицинские здания. Следует ли сохранить такое положение, или продолжить переход на одноканальную систему финансирования медицинской помощи? В условиях экономического кризиса постановка вопроса о развитии одноканального финансирования не оправдана. Этот процесс, как показывает практика, сопряжен с перераспределением не только средств, но и управленческих функций между органами исполнительной власти и фондами ОМС. Решать эти проблемы в условиях кризиса очень непросто, да и любая ошибка в перераспределении средств по субъектам финансирования может усугубить и без того сложное экономическое положение медицинских организаций. Но по мере улучшения экономической ситуации дальнейшее развитие одноканального финансирования, на наш взгляд, должно стать частью системных реформ в отрасли. Целесообразно продолжить переход на одноканальную систему финансирования отрасли прежде всего в части расходов на медицинское и диагностическое оборудование, а также затрат на расходные материалы. Сегодня основная часть инвестиционных расходов (свыше 100 тыс. руб.) покрывается из бюджета, что снижает экономическую ответственность учреждений за их рациональное использование, сдерживает участие частного медицинского бизнеса в системе ОМС (они самостоятельно покрывают эти расходы, поэтому оказываются в неравном положении). При этом предельный размер инвестиционных расходов, включаемых в тариф в системе ОМС, ни разу не пересматривался после принятия закона об ОМС (2011 г.), хотя цены на оборудование за эти годы существенно повысились.

Ситуация, при которой основная часть оборудования и расходных материалов закупается за счет бюджета одними субъектами системы (органами управления здравоохранением всех уровней), а медицинская помощь, для оказания которой они используются, оплачивается другими субъектами (фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями), неизбежно создает дисбалансы между инвестициями и

²² Шейман И.М. Опыт реформирования здравоохранения Эстонии: что интересно для России? // Здравоохранение. 2011. № 5, 6.

планируемыми объемами помощи. Одни учреждения имеют оборудование и необходимый кадровый потенциал, но не получили достаточных объемов для полной загрузки техники, другие, наоборот, получили дополнительные объемы, но остались без необходимого оборудования. В рамках системы ОМС легче согласовывать планирование инвестиций и объемов помощи.

В последние три года Минздравом России и Федеральным фондом ОМС были предприняты несколько попыток нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны были содействовать повышению ее эффективности. В первую очередь следует отметить внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения, классифицированные по клинко-статистическим группам (их число, рекомендованное Минздравом России и Федеральным фондом ОМС, составило 187). Ранее наиболее распространенными были методы оплаты за число койко-дней по тарифам, дифференцированным по профилям коек (отделений больниц: терапевтические, хирургические, гинекологические и т.п.) с нормированной длительностью пребывания на больничной койке по группам заболеваний или отдельным заболеваниям.

Метод оплаты за законченные случаи лечения, классифицированные по клинко-статистическим группам (далее – метод оплаты по КСГ), – это превалирующий метод оплаты стационарной помощи в европейских странах. Он стимулирует повышение аллокационной и технологической эффективности использования ресурсов стационарного сектора: каждая клиника становится заинтересованной в оказании более сложных видов помощи, максимально используя свои сравнительные преимущества, и в сокращении средней длительности стационарного лечения.

В 2013 г. были начаты пилотные проекты по апробации этого метода оплаты стационарной помощи в нескольких регионах. С 2014 г. он был включен в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и Минздрав России вместе с Федеральным фондом ОМС стали ориентировать региональные власти на скорейший переход к оплате по КСГ. В результате 33 субъекта РФ отчитались об использовании данного метода оплаты в 2014 г. Но проблема состоит в том, что внедрение этого метода происходит в условиях, когда рассчитывать на его быстрое позитивное влияние на эффективность использования ресурсов отрасли не приходится. Как показывает опыт любой страны, внедрявшей этот метод, он сразу, одновременно приводит к значительному улучшению финансового положения одних клиник и резкому ухудшению положения других. Адаптация к новым условиям оплаты и соответственно переход к более эффективному использованию своего ресурсного

потенциала требует времени. Поэтому введение такого метода оплаты всегда сопровождается формированием резервного фонда и предоставлением в течение нескольких лет переходного периода выравнивающих субсидий части медицинских организаций, чтобы их адаптация была менее болезненной и не привела к обвальной приостановке оказания ряда услуг.

В нашей стране переход к оплате по КСГ был начат в условиях сокращения государственного финансирования здравоохранения. Естественно, что никаких резервных фондов для демпфирования издержек перехода создать было невозможно. Вместо этого утвержденная методика внедрения КСГ предусматривает использование ряда корректирующих коэффициентов, которые призваны снизить расхождение между поступлениями от оплаты по КСГ и прежним объемом финансирования учреждений. Тарифы оплаты по КСГ при этом становятся практически индивидуальными, а оплата по КСГ – формальной. Динамика изменения этих коэффициентов в последующие годы остается неопределенной. Не завершено и формирование современной системы КСГ: число групп заболеваний, по которым дифференцируются тарифы, очень невелико – 187 против 600–2500 в европейских странах. Этого явно недостаточно для того, чтобы создать у медицинских организаций стимулы к повышению доли сложных видов медицинских вмешательств и развитию новых медицинских технологий.

Главным достижением введения метода КСГ называется сокращение сроков госпитализации пациента. Но такая оценка является весьма спорной. Во-первых, сокращение сроков госпитализации возможно и при прежнем методе оплаты за нормированный койко-день, и оно реально имело место в предшествующие годы (табл. 6). Во-вторых, никак не комментируется влияние КСГ на сложность проводимых работ и структуру случаев госпитализации – информация на этот счет отсутствует. Между тем во всем мире введение этого метода преследует цель обеспечить связь между тарифами и реальными затратами на лечение больных разной категории сложности, и на этой основе поощрить проведение более сложных медицинских вмешательств. Что же касается планирования с использованием КСГ в качестве единицы учета объемов стационарной помощи, то оно так и не было введено, хотя разговоры об этом ведутся давно.

Таблица 6. Среднее число дней пребывания пациента на койке

2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
13,8	12,6	12,4	12,3	12,1	11,8

Источник: Здравоохранение в России. 2015: стат.сб. Росстат. М., 2015. С. 97.

Если теперь обратиться к ПМСП, то следует констатировать, что провозглашенный переход на подушевой принцип ее оплаты оказался неподготовленным. Последние Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.12.15) устанавливают зависимость между поступлениями поликлиник и объемами помощи: «фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи». По сути это означает, что реально будет производиться оплата объемов амбулаторной помощи в пределах лимита средств, устанавливаемого по подушевому нормативу финансирования. Предсказуемость затрат на оказание ПМСП несомненно возрастет. Но стимулы для поликлиник останутся прежними: чем больше больных и чаще их обострения, тем больше будут денежные поступления.

Настойчивость разработчиков этого документа в сохранении объемов помощи как единицы оплаты не может быть случайной. Есть опасение «потерять» объемы ПМСП при использовании подушевого принципа оплаты. Обычные аргументы в этой логике: если не будем платить за врачебные посещения, то их число снизится, попасть к врачу будет трудней. Согласиться с такими аргументами трудно.

Во-первых, снижение числа посещений не равнозначно ухудшению доступности медицинской помощи. Подушевой принцип оплаты способен создать стимулы к повышению качества услуг при меньшем числе посещений. Ориентация на качественные аспекты деятельности поликлиник позволит компенсировать потери объемных показателей. Исчезнет и искусственное дробление случаев лечения на большое число посещений, которое является обычной практикой при оплате услуг по числу посещений.

Во-вторых, по меркам европейских стран врачебных посещений у нас много – 9,5 на одного жителя в год против 6,9 в среднем по ЕС (на 37% больше), а по сравнению с Великобританией и Скандинавскими странами – в 2–3 раза больше. Конечно, россияне чаще болеют, но не этим определяется столь значительный разрыв в объемах амбулаторной помощи. Например, в Москве заболеваемость не сильно отличается от европейской, но число посещений на одного жителя в последнее десятилетие здесь доходило до 14,0 (причем без учета ведомственной сети) и лишь в 2014 г. снизилось до 12,1 – как результат новых акцентов в организации ПМСП.

В-третьих, всем известно, что часть посещений – это приписки. Борьба с ними крайне сложно. Кардинально решает проблему как раз метод подушевой оплаты, при котором поступления поликлиники определяются лишь численностью постоянно наблюдаемого населения.

Исходя из всего вышесказанного представляются чрезмерными опасения «утраты» объемов амбулаторной помощи. Мы далеки от мысли, что надо сокращать число посещений до европейского уровня, но небольшое их сокращение (на 15–20% на одного жителя, что примерно соответствует доле приписок и искусственного дробления обращений на отдельные посещения) никак не отразится на доступности ПМСП.

Более того, даже если допустить риск снижения доступности (в территориях с недостаточной мощностью сети учреждений ПМСП), его можно нейтрализовать путем включения числа посещений в показатели результативности деятельности поликлиник, используемые для их поощрения: чем острее проблема, тем выше «вес» объемных показателей в общей системе оценки деятельности поликлиники. Это намного лучше, чем создавать сильную мотивацию к росту числа посещений, смещая акцент от качественных к количественным показателям работы медицинских организаций.

Столь же малоэффективными стали рекомендации Минздрава России об обязательном информировании с 2015 г. медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услуг. Оно декларировалось как способ формирования у населения объективного представления о затратах государства на медицинскую помощь, предупреждения коррупции в виде дополнительного вознаграждения врачам, побуждения граждан к более ответственному отношению к своему здоровью. Однако такая информация гражданам не особенно интересна. Согласно опросу взрослого населения, проведенному Левада-центром по заказу НИУ ВШЭ в сентябре – октябре 2014 г. (размер выборки – 4500 респондентов), более половины населения относятся к такому информированию безразлично (28%) или отрицательно (30%), а одобряют его лишь 28%.

Еще одно институциональное нововведение, инициированное Минздравом России, – дополнительное медицинское страхование «ОМС+». Летом 2015 г. министерством были разработаны методические рекомендации по реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта дополнительного медицинского страхования сверх обязательного медицинского страхования. Цели этого нововведения формулировались как расширение возможностей применения медицинских и сервисных услуг, лекарственных средств сверх программ обязательного медицинского страхования, разделение платных и бесплатных медицинских услуг, переход к цивилизованному способу взаимодействия участников в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования и т.п. Но предложенный механизм дополнительного медицинского страхования, по сути дела, оказался формой добровольного медицинского страхования. Гражданам предлагалось приобрести пакеты дополнительных медицинских и сервисных услуг. Но, как известно,

российское население предпочитает добровольному медицинскому страхованию прямую оплату медицинской помощи, когда в ней возникает необходимость. Такого же отношения следовало ожидать и применительно к «ОМС+». Данные о численности лиц, которые приобрели эти пакеты услуг, не опубликованы, и больше об этом нововведении Минздрав России и Федеральный фонд ОМС не говорят.

Последнее из объявленных Минздравом России нововведений в системе финансирования здравоохранения – введение в 2016 г. в составе страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, института страховых поверенных, которые должны будут сопровождать застрахованного и отвечать за исполнение регламента профилактических мероприятий. Предполагаемый функционал страховых поверенных пока не вполне ясен. Часть функций, которые предлагается закрепить за страховыми поверенными (информирование застрахованных, экспертиза качества оказанной им медицинской помощи), уже и так входит в обязанности сотрудников страховых медицинских организаций, и речь идет, в сущности, лишь о введении нового красивого названия для их обычной работы. Часть предполагаемых функций (организация своевременного прохождения диспансеризации) должны выполнять участковые врачи, они способны это делать лучше, чем сотрудники страховых организаций, и рациональнее было бы направить усилия государства на укрепление участковой службы, чтобы она смогла работать более эффективно.

Для того, чтобы институт страховых поверенных стал действенным помощником застрахованных в своевременном получении качественных профилактических и медицинских услуг, численность таких поверенных должна была бы быть значительно увеличена по сравнению с существующим персоналом страховых медицинских организаций. Без большого числа таких поверенных, а следовательно, без значительных дополнительных затрат на оплату их труда, результативность их работы будет малозаметной. Но дополнительного финансирования из средств ОМС создания этого института, очевидно, не предусматривается, соответствующие издержки будут возложены на страховые медицинские организации, которые вполне предсказуемо ограничатся незначительными изменениями в составе персонала и объеме его работы. По всей видимости, институт страховых поверенных ожидает судьба прежних инноваций Минздрава: правильные декларации, привлечение общественного внимания, мало ощутимые результаты.

1.8. Расширение участия негосударственных медицинских организаций в ОМС

Среди изменений, происходящих в системе оказания медицинской помощи, внимания заслуживает развитие участия негосударственных медицинских организаций в ОМС. Важнейшим фактором такого развития выступает растущая конкуренция на рынке коммерческих медицинских услуг. Частные медицинские организации ищут новые источники доходов, в том числе в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках ОМС. Другой важный фактор – готовность органов исполнительной власти и фондов ОМС в ряде регионов страны привлекать частный медицинский бизнес к реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Новым для России явлением стало участие частных медицинских организаций в оказании первичной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Первым успешным опытом такого участия стал проект, реализуемый частной компанией «Группа Евромед». Он получил название «Полис. Участковые врачи». Этот проект предусматривает оказание полного спектра медицинских услуг, возложенных на участковую службу, в формате общей групповой практики. Отсутствующие в этих практиках услуги (например, часть диагностических услуг и услуг узких специалистов) закупаются самими медицинскими организациями с последующим возмещением из средств ОМС. При этом компания берет на себя ответственность за определенное население, закрепленное за центрами общей врачебной практики или выбравшее их на основе свободного прикрепления.

В 2015 г. в Санкт-Петербурге действовало 19 центров общей врачебной практики «Полис. Участковые врачи» – главным образом в новых районах города. Аналогичные центры были открыты в Ульяновске, Ульяновской области, в Ленинградской области – всего 30 врачебных амбулаторий. Общая численность населения, прикрепленного на обслуживание к центрам, в середине 2015 г. составляла около 200 тыс. человек и продолжает увеличиваться. Инвестиции компании в этот проект с июня 2012 г. составили 210 млн руб.

Единственный источник финансирования проекта – система ОМС, из средств которой оплачиваются операционные расходы центров, а также компенсируются инвестиционные затраты. Платные услуги центры не оказывают. Важно подчеркнуть, что никаких преференций по тарифам компания-оператор не имеет – услуги возмещаются по общим тарифам, действующим в системе ОМС.

Эффективность управления и расходования средств позволяет окупить инвестиционные затраты доходами, полученными в системе ОМС. Достигается существенная экономия на персонале путем сокращения количества непрофильных ставок и автоматизации привычно «ручных» процессов, которые требуют больших трудозатрат.

Описываемая модель обеспечивает сокращение нагрузки на медицинские учреждения, оказывающие первичную специализированную медицинскую помощь, так как врач общей практики берет на себя наблюдение пациентов с расширенным кругом патологий по сравнению с участковым терапевтом.

Данная модель организации первичной медицинской помощи показала свою эффективность как для «Группы Евромед» (инвестора), Санкт-Петербурга (заказчика), так и для пациентов, прикрепленных на обслуживание к центрам общей практики (потребителей услуги). Это подтверждается результатами реализации проекта:

а) без привлечения бюджетных средств на развитие инфраструктуры здравоохранения существенно повышена доступность первичной медико-санитарной помощи в быстрорастущих районах Санкт-Петербурга;

б) объем стационарной помощи на одного жителя Санкт-Петербурга, прикрепленного к «Полис», на 18 % ниже, чем в среднем по городу;

в) сроки ожидания медицинской помощи в рамках проекта заметно ниже, чем в среднем по городу. Прием в центрах ведется по записи через собственный колл-центр, сайт, инфоматы, что позволяет сократить живые очереди до минимума;

г) сервисная составляющая медицинской помощи в рамках проекта выгодно отличается от городских поликлиник, что достигается традиционными для частной медицины управленческими методами (организация логистики пациентов, нацеленность на вежливое и внимательное отношение к пациентам, обеспечение комфортности пребывания в медицинских организациях, повышение эффективности рутинных процессов);

д) особое внимание в рамках проекта уделяется профессиональному развитию персонала (путем непрерывного повышения квалификации), а также мотивационной составляющей деятельности работников. Размер зарплаты здесь выше не более чем на 10% по сравнению с городскими поликлиниками, но предпринимаются значительные меры по улучшению условий труда врачей и медсестер и созданию возможностей для их профессионального роста.

Важно учитывать, что строительство поликлиник в новых районах крупных городов обычно не успевает за жилищным строительством как из-за нехватки бюджетного финансирования и задержек в исполнении адресной инвестиционной программы, так и из-за недостатков планирования развития территорий. Население, не имеющее доступа к инфраструктуре здравоохранения, вынуждено пользоваться услугами медицинских учреждений других районов, которые чаще всего не справляются с возросшей нагрузкой.

Экспертное сообщество активно обсуждает барьеры, мешающие увеличению числа частных компаний в системе ОМС. Большинство видит основные причины в недостаточном финансировании системы оказания медицинской помощи и низких тарифах на медицинские услуги. Однако опыт реализации рассмотренного выше проекта позволяет говорить, что и при существующих тарифах ОМС возможно обеспечить рентабельность работы медицинских организаций за счет эффективной организации оказания медицинской помощи. И этот же опыт позволяет сделать более широкий вывод: основная причина недостатка средств у государственных медицинских учреждений кроется не в недостатке государственного финансирования, а в неэффективном управлении.

Но следует отметить, что установленные правила использования средств ОМС создают препятствия для расширения участия частных организаций в этой системе. Речь идет в первую очередь об ограничениях в использовании средств ОМС на капитальные затраты и приобретение основных фондов. Медицинские организации, получающие средства ОМС, вправе потратить на это лишь определенную часть установленного тарифа ОМС на оплату медицинской помощи и могут приобретать медицинское оборудование и товары, цена которых не превышает 100 тыс. руб. Частные медицинские организации, получая экономию на текущих расходах путем более эффективной организации оказания всей необходимой медицинской помощи застрахованным, готовы вкладывать эти деньги в развитие системы ПМСП, в открытие и оснащение новых медицинских центров (а не выводить их в виде прибыли), но не вправе это делать. Жесткость правил использования средств ОМС, облегчающая контроль государства за тем, что эти средства использованы по их целевому назначению, и оборачивается препятствием для более эффективного хозяйствования. Такое жесткое регулирование является, по нашему мнению, чрезмерным и требует пересмотра.

2. Приоритеты необходимой государственной политики в сфере здравоохранения

2.1. Актуальные приоритеты политики в условиях экономического кризиса

Система здравоохранения в условиях экономического кризиса нуждается в увеличении ее финансирования для смягчения последствий кризиса, поскольку потребности населения в медицинской помощи в кризис, как правило, растут (дополнительные психологические стрессы, обострение хронических заболеваний и проч.). Если же сокращений финансирования избежать не удастся, то их приоритеты должны определяться с учетом критериев минимизации последствий для доступности

медицинской помощи и отбора тех мероприятий, которые обеспечивают более высокую клинико-экономическую эффективность. Эти рекомендации Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения²³ представляются нам совершенно уместными для современного состояния российского здравоохранения.

При определении показателей программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на ближайший и последующие годы следует обеспечить приоритетность развития первичного звена оказания медицинской помощи при сокращении объемов стационарной помощи. Это означает, что распределение финансовых ресурсов должно быть ориентировано прежде всего на укрепление ПМСП – привлечение кадров, повышение их квалификации, материально-техническое оснащение поликлиник, развитие профилактики заболеваний, улучшение ведения хронически больных и больных с множественными заболеваниями.

Главным приоритетом политики в сфере обязательного медицинского страхования в этот период должно стать развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом качества и эффективности работы этих организаций.

Учитывая низкие оценки готовности врачей работать больше и лучше при условии большей увязки размеров оплаты труда с их трудовым вкладом и желание врачей иметь более высокую базовую часть заработной платы, следует изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016–2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда. Необходимо переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части зарплаты, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой зарплаты с этим уровнем.

2.2. Приоритеты политики в посткризисный период

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения должны стать структурные преобразования в системе оказания медицинской помощи:

- 1) повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи на основе укрепления участковой службы;
- 2) централизация специализированной диагностической и консультативной амбулаторной помощи;

²³ Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. World Health Organization Regional Office for Europe. Policy Summary, 2014.

- 3) развитие стационарозамещающей помощи с акцентом на ее оказание в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- 4) укрупнение стационаров, создание многопрофильных больниц;
- 5) дифференциация стационаров по степени интенсивности оказываемой медицинской помощи;
- 6) завершение формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи;
- 7) инвестиции в новые информационно-медицинские технологии, развитие на их основе новых форм оказания медицинской помощи и усиление преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса;
- 8) развитие государственно-частного партнерства в оказании медицинской помощи населению.

К числу главных приоритетов политики в сфере здравоохранения в среднесрочной перспективе следует также отнести развитие человеческого потенциала: реформирование системы медицинского и дополнительного профессионального образования и порядка определения и подтверждения квалификационного уровня, реализации масштабных государственных программ повышения квалификации, в первую очередь участковых врачей.

С выходом из экономического кризиса необходим пересмотр приоритетов бюджетной политики. В среднесрочной перспективе государственное финансирование здравоохранения должно быть увеличено с 3,6–3,7% ВВП до среднего уровня стран Центральной и Восточной Европы (4,8–4,9% ВВП).

Приоритетными направлениями изменений в системе финансирования здравоохранения должны выступать:

- развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов;
- развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;
- введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии);
- развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения;

– активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи.

Формат настоящего доклада не позволяет подробно рассмотреть каждый из предлагаемых приоритетов государственной политики. Ограничимся обсуждением тех из них, где более детальное описание необходимых мер и разъяснение нашей позиции безусловно необходимы.

2.3. Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи на основе укрепления участковой службы

Критическим условием повышения эффективности всей системы оказания медицинской помощи является в современных условиях укрепление участковой службы. Это включает решение двух главных задач:

- 1) преодоление дефицита врачей участковой службы;
- 2) реорганизация действующей модели участковой службы.

Важно подчеркнуть, что повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи может быть обеспечено только при условии кадрового укрепления участковой службы. Не будет достаточно врачей первичного звена – продолжится бессистемное и хаотичное развитие ПМСП по принципу «латать тришкин кафтан» – перераспределение функций и попытки «выравнивания» нагрузки отдельных категорий врачей с последующим воспроизведением исходных проблем.

Предлагаются следующие главные меры по преодолению дефицита врачей участковой службы:

- A) Среднесрочное планирование подготовки врачей для участковой службы.

Действующая практика планирования кадров органами управления здравоохранением всех уровней концентрируется на вопросах преодоления текущего их дефицита и по существу сводится к представлению ежегодных заявок в медицинские университеты на распределение выпускников медицинских вузов в учреждения здравоохранения. Необходимо создать систему перспективного планирования подготовки кадров. В качестве первого шага – на 5–7 лет. В перспективных планах следует предусмотреть первоочередную подготовку врачей для участковой службы и установить количественные параметры такой подготовки.

Среднесрочные и текущие плановые задания по подготовке врачей для участковой службы должны быть доведены до медицинских вузов. Необходимо возложить на них обязанность подготовки врачей с практическими навыками, достаточными для первого

этапа работы в качестве участковых врачей, с последующим повышением их квалификации.

Б) Создание сильных экономических стимулов для работы врачей в первичном звене.

Нужно выделить участкового врача в экономическом отношении по сравнению с узкими специалистами поликлиник и поднять его престиж. Но для привлечения и закрепления участковых врачей нельзя ограничиться простым разовым повышением их заработной платы, как это было сделано в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006 г. Участковые врачи должны иметь ясную перспективу повышения зарплаты при условии: а) освоения новых технологий лечения и организационно-координационных функций, б) достижения установленного набора показателей качества и эффективности работы.

Реализация этого приоритета позволит переместить часть медицинской помощи на более ранние и менее затратные этапы, своевременно диагностировать заболевания и раньше начинать лечение пациентов. Тем самым усилится профилактическая направленность, а соответственно и медико-экономическая эффективность всей системы оказания медицинской помощи.

В действующей модели участковой службы врач-терапевт, как и врач-педиатр, выступает специалистом по нескольким самым простым заболеваниям и оператором примитивных схем маршрутизации пациентов. Такой функционал участкового врача, с одной стороны, делает эту профессию малопривлекательной, а с другой стороны, является в современных условиях препятствием для повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи.

В настоящее время можно говорить о трех моделях участковой службы, каждая из которых задает альтернативный вариант реформирования существующей модели.

Первый вариант – переход от терапевтической к *общеврачебной модели организации участковой службы*. При этом возможно параллельное функционирование двух типов врачей общей практики в зависимости от контингента наблюдаемых пациентов (врач общей практики для взрослых и врач общей практики для детей). Для педиатрической службы не менее чем для терапевтической актуальны проблемы чрезмерной специализации первичного звена и ограниченных функций участкового врача. Некоторые регионы страны, например, Московская, Воронежская и Самарская области, Республики Чувашия и Татарстан, уже заметно продвинулись в комплектовании участковой службы врачами общей практики.

Второй вариант – использование *модели с расширяющимся функционалом участковых врачей* путем освоения ими части функций, которые сегодня выполняются узкими специалистами. Этот вариант предполагает организацию непрерывного повышения квалификации участковых врачей на основе специальных учебных программ, предусматривающих прохождение модулей по отдельным врачебным специальностям. Участковый врач осваивает часть лечебных функций, например, невролога, и получает право на первичный прием пациентов с соответствующими заболеваниями, а размер его зарплаты устанавливается в зависимости от освоенных новых лечебных функций. Такой врач уже не является участковым врачом, но еще не достиг объема функций врача общей практики. Промежуточность его квалификационного статуса диктует необходимость введения нескольких категорий таких врачей.

Третий вариант – *модель функциональной дифференциации участковой службы*. Это предполагает специализацию отдельных функций участковых врачей и передачу их другим специалистам (врачам неотложной помощи, врачам-дежурным, врачам по проведению посещений на дому, медицинским сестрам доврачебного приема и патронажных услуг, врачам, ведущим маломобильных больных). В поликлиниках выделяются группы врачей для оказания неотложной помощи и формируются службы для посещений пациентов на дому. Кроме того, часть функций диспансерного наблюдения за хронически больными, выполнявшихся участковыми терапевтами, передается узким специалистам. Одновременно вводится система записи хронически больных к узким специалистам, отнесенным к первому уровню оказания амбулаторной помощи. Сосредоточение участковых терапевтов на приеме больных повышает доступность терапевтической помощи и дает возможность увеличить среднее время приема пациентов.

Это новая для нашей страны модель участковой службы, которая в настоящее время апробируется в московском здравоохранении. В отличие от первых двух моделей она не требует длительных усилий по повышению квалификации участковых врачей, опирается на имеющиеся человеческие ресурсы участковой службы и путем их реаллокации обеспечивает получение в короткие сроки ощутимых позитивных изменений в доступности ПМСП.

Но такая модель порождает и определенные риски:

- квалификация и функционал участкового врача остаются неизменными; сохраняется узкая сфера деятельности этого врача, а следовательно сохраняются условия для роста потребности в обращении к узким специалистам;
- размывается ответственность участкового врача за состояние здоровья приписавшихся к нему граждан;

– результативность посещения больного на дому врачом специальной службы поликлиники может оказаться низкой в силу недостаточности у такого врача информации о больном по сравнению с терапевтом, наблюдающим больного в течение длительного времени; в свою очередь информация о состоянии больного может не в полной мере быть учтена при последующем ведении этого больного участковым врачом;

– ограничивается организационно-координирующая функция участкового врача; при передаче больного с определенным заболеванием на диспансерное наблюдение узкому специалисту возникает риск утраты комплексности лечения: у больного может быть несколько заболеваний, лечение которых результативнее может координировать именно терапевт, а не специалист в лечении одного из них.

Чтобы нейтрализовать эти риски, предлагаются следующие меры:

– аккумуляция участковым врачом всей информации о приписавшихся к нему пациентах, включая отслеживание динамики состояния больных из групп риска (единолично или вместе со специалистами), учет объемов медицинской помощи, оказанных «своим» пациентам во всех звеньях системы, прежде всего учет госпитализаций и вызовов скорой и неотложной помощи. Разработка электронной медицинской карты призвана обеспечить накопление и облегчить использование такой информации;

– организация электронных и телефонных коммуникаций с больными из групп риска, периодические посещения таких больных на дому – в дополнение к действиям специальных служб поликлиники. Следует исходить из того, что делегирование функций участкового врача другим врачам должно быть компенсировано активными контактами с пациентами;

– введение порядка обмена информацией между участковым врачом и врачом неотложной службы о больных, вызывающих неотложную помощь. Это касается информации о больном до его посещения, а также информации о его состоянии, полученной по итогам обслуженного вызова. Такой обмен информацией будет способствовать комплексности и преемственности лечения;

– введение порядка передачи узкому специалисту наблюдения за больным только на ограниченное время и на четко определенный курс лечения – с последующим восстановлением ответственности участкового врача за его ведение.

Следует отметить, что модель функциональной дифференциации участковой службы, строго говоря, не является альтернативой первым двум моделям. Она может сочетаться с каждой из них. Третья модель в части передачи некоторых функций участковых врачей среднему медицинскому персоналу в целом соответствует тренду,

наметившемуся в зарубежном здравоохранении²⁴. Во всем мире идет поиск форм освобождения врача общей практики от рутинных функций и повышения роли медсестринского персонала, способного помочь врачу (в США врачи уже давно работают вместе с помощниками, организующими их прием и ведущими запись их назначений без каких-то лечебных функций). Акцент делается на *вертикальном* перераспределении функций – между врачами и средним медицинским персоналом. Накоплены эмпирические данные о том, что включение медицинских сестер в лечебный процесс в качестве самостоятельных поставщиков услуг по ряду заболеваний не наносит ущерба качеству лечения, хотя и не снижает общие затраты на лечение (эффект расширения функций оказывается выше замещения врача медсестрой с более низкой зарплатой)²⁵. Подобное разделение труда очень актуально для российской участковой службы, да и для здравоохранения в целом.

Что же касается *горизонтальной специализации* (между отдельными группами врачей), то небольшой пока опыт Москвы дает основания как для больших ожиданий, так и для серьезных опасений. Ее нужно продолжать отрабатывать. Пока можно с уверенностью сказать только о необходимости нейтрализации рисков этой модели, в том числе на основе представленных выше мер. Будущее покажет, нужна ли эта модель в таком виде, в каком она сегодня реализуется в Москве, но в любом случае многие ее элементы могут быть полезными в качестве дополнения первых двух моделей преобразования участковой службы.

Нам представляется, что ни одна из трех рассмотренных моделей не сможет стать абсолютно доминирующей в российской системе здравоохранения. Учитывая разнообразие условий оказания медицинской помощи, различия в человеческом потенциале врачей участковой службы в разных населенных пунктах, развитие получит каждая из этих моделей. В этом смысле можно говорить о будущей организации участковой службы в нашей стране, как о реализации *смешанной модели участковой службы*.

В качестве стратегической перспективы следует рассматривать постепенный переход на общеврачебную модель организации участковой службы. Но учитывая существенную задержку в реализации этого курса в предшествующие десятилетия и ограниченные возможности для становления института врача общей практики в массовом масштабе в нашей стране, реалистично полагать, что этот переход в ближайшие годы

²⁴ Шейман И.М. , Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 1. С. 143–167.

²⁵ Там же

коснется лишь части участковой службы. При этом регионы будут существенно отличаться по темпам перехода на общеврачебную модель. В наиболее продвинутых регионах этот процесс может обеспечить преобразование 60–70% участков на основе общеврачебной модели в ближайшие 4–5 лет. В большинстве же регионов участковый врач в обозримом будущем останется главным субъектом ПМСП, и можно предположить, что преимущественное развитие получат модель функциональной дифференциации участковой службы и модель с расширяющимся функционалом участковых врачей.

Для реализации этого курса в качестве первоочередных мер предлагается:

- 1) Провести широкое обсуждение вопросов модернизации модели участковой службы с организаторами здравоохранения, медицинской общественностью, экспертным сообществом, руководителями и преподавателями медицинских вузов.
- 2) Разработать детальную концепцию модернизации участковой службы и дорожную карту ее реализации в течение последующих шести лет (2017–2022 гг.)

2.4. Расширение лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях

Решение задачи расширения лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях представляется одним из наиболее перспективных направлений повышения эффективности медицинской помощи, в первую очередь в связи с возможностью переноса основной нагрузки со стационарных на амбулаторные условия.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, Россия занимает одно из последних мест среди европейских стран по значению показателя доли государственных расходов в общих расходах на лекарственные препараты. В нашей стране эта доля составляет 11%. Для сравнения, в Белоруссии – 31%, в Литве – 34%, в Португалии – 55%, в Чехии – 63%, в Греции – 74%, в Нидерландах – 78%²⁶.

Принимая во внимание эти обстоятельства, можно выделить следующие актуальные направления развития лекарственного обеспечения населения:

- А) Формирование системы лекарственного обеспечения пациентов для амбулаторного лечения ряда заболеваний при софинансировании государства и населения.

Необходима организация эффективной лекарственной терапии в амбулаторных условиях с целью снижения уровня распространенности ряда заболеваний. Чтобы эффективное лечение было доступно, оно не должно зависеть от экономических возможностей пациента, при этом оно не обязательно должно быть бесплатным. В этой

²⁶ European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. Updated: December 2015. <http://data.euro.who.int/hfad/>.

связи введение механизмов сооплаты лекарств за счет государственных средств и средств населения, когда гражданин платит предсказуемую или фиксированную сумму и получает лекарство по рецепту, способно существенно повлиять на доступность фармакотерапии. Положительным примером такого решения является опыт реализации в Кировской области пилотного проекта лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении. Используя механизм сооплаты, можно выстроить лекарственное обеспечение пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, такими как хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, сахарный диабет и рядом других.

Внедрение новых механизмов лекарственного обеспечения потребует прежде всего изменений в законодательстве, распределения ответственности между медицинской организацией, органом управления здравоохранением в регионе, территориальным фондом ОМС. На следующем этапе необходимо определиться с количеством и перечнем нозологий, по которым будет проходить проект, и размером соплатежей пациентов, что будет зависеть от возможностей государственного финансирования. Не менее важный этап – анализ первых результатов внедрения и особенно клинико-экономического эффекта. Средства, сэкономленные в связи со снижением нагрузки на службы здравоохранения, должны реинвестироваться в дальнейшее развитие системы лекарственного обеспечения.

Б) Достижение среднего по Европейскому региону показателя доли расходов государства на лекарственные препараты – 50%. Учитывая сложившиеся объемы рынка лекарственных препаратов, на эти цели потребуется около 140 млрд руб. С целью максимизации затратной эффективности вложений в сектор лекарственного обеспечения, в силу наиболее широкого популяционного охвата и ожидаемого эффекта в виде улучшения показателей здоровья населения приоритетным должно стать расширение лекарственного обеспечения амбулаторного лечения заболеваний, преобладающих в структуре заболеваемости и смертности населения страны. При этом важно понимать, что успешная реализация этого направления развития лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях не снимет проблемы редких и жизнеугрожающих заболеваний, а также льготного лекарственного обеспечения.

В) Унификация подходов к формированию перечней льготных препаратов с целью повышения эффективности управления льготным обеспечением дорогостоящими лекарственными препаратами. С этой целью необходимо расширить существующий перечень семи высокочрезвычайно затратных нозологий, объединив его с перечнем жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний. Соответственно,

необходимо сохранить за федеральным уровнем полномочия по обеспечению пациентов с редкими и тяжелыми заболеваниями, нуждающихся в дорогостоящей лекарственной терапии в амбулаторных условиях. Такое решение целесообразно, поскольку по аналогии с препаратами в программе высокочрезвычайных нозологий эффективно контролировать обоснованность назначения посредством ведения федерального регистра пациентов, влиять на цену и другие условия поставок, как и в целом на обращение дорогостоящих препаратов, возможно только при условии централизованных закупок лекарственных препаратов федеральным органом.

Г) Представляется целесообразным поэтапное объединение ресурсов регионального и федерального льготного лекарственного обеспечения с целью устранения дублирования групп населения (инвалидов, детей-инвалидов) и повышения эффективности лекарственного обеспечения. Предположительно такое объединение следует осуществлять с использованием нозологического подхода, а именно предоставления пациенту льготного лекарственного обеспечения при наличии подтвержденного диагноза, входящего в соответствующий перечень.

Д) Необходимо интенсивное расширение деятельности по оценке медикаментозных технологий в здравоохранении и внедрение доказательных подходов на всех этапах, связанных с обращением лекарственных препаратов. Так, необходим пересмотр всех ограничительных перечней на предмет содержащихся в них препаратов, исключение из перечней препаратов с недоказанной клинической эффективностью, что позволит существенно оптимизировать сегмент государственных закупок лекарств.

2.5. Нужно ли менять действующую модель финансирования здравоохранения?

В последнее время оживилась дискуссия о сравнительной эффективности двух главных моделей финансирования здравоохранения – обязательного медицинского страхования и бюджетной. Противники модели ОМС приводят аргументы против этой модели со ссылкой на реальные или мнимые недостатки модели, сложившейся в России, но все чаще делаются и более широкие обобщения о низкой эффективности модели ОМС вообще. Так, в недавнем докладе группы экспертов во главе с Е.Ш. Гонтмахером отмечается, что бюджетная модель «проще, прозрачнее и дает лучшие результаты в виде управляемых показателей здоровья, чем модель обязательного медицинского

страхования»²⁷. Исходя из этого ничем не подкрепленного тезиса делается вывод о необходимости возвращения к бюджетной модели финансирования.

Действительно, ожидания, связанные с переходом на модель ОМС, оказались завышенными. Действующая в России система ОМС не позволила сколько-нибудь заметно повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения. Но проблема не в том, что страховая модель хуже, чем бюджетная, а в ее конкретном дизайне – отсутствии оснований для эффективной конкуренции страховщиков, порядке планирования и распределения объемов медицинской помощи, действующих методах оплаты медицинской помощи, чрезмерном акценте на функциях контроля за деятельностью медицинских организаций, недостаточном распространении механизмов, мотивирующих медицинские организации к более эффективной деятельности, незаконности перехода к одноканальной системе финансирования и проч.

В других странах есть примеры более рационального дизайна ОМС. Например, в Эстонии в последние годы утвердилась новая система планирования и распределения объемов медицинской помощи фондом ОМС. Учитываются качественные характеристики деятельности однотипных медицинских организаций, акцент делается на преимущественное распределение объемов в сферу ПМСП, ведется отбор поставщиков услуг по критериям их географической доступности, оптимальной мощности, межтерриториальных потоков, а самое главное – по критерию качества услуг²⁸.

Можно согласиться с оппонентами модели ОМС в том, что многое из того, что «записано» в этой модели (оплата объемов помощи, внедрение стимулирующих механизмов и проч.), можно развивать и в бюджетной модели. Но сделать это значительно сложнее. Те механизмы, которые заложены в системе ОМС самими принципами ее организации, в бюджетной системе требует специального регулирования.

Нельзя, например, отрицать, что системе ОМС присуща большая гибкость в реализации принципа «деньги следуют за пациентом» по сравнению с бюджетной моделью. Так, если поликлиники расширяют объем и качество своей деятельности, снижая потребность в стационарной помощи, то при правильной организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС они могут рассчитывать на возникающую вследствие этого экономию средств. Бюджетная система основана на твердом бюджете для каждого вида медицинской помощи. Например, в Казахстане и Армении в рамках бюджетной системы финансирования сегодня используются различные методы оплаты за

²⁷ Гонтмахер Е.Ш. и др. Декларация о ситуации в российском здравоохранении. Эхо Москвы. 2.03.2016. <http://echo.msk.ru/blog/gontmaher/1723040-echo/>

²⁸ Habicht T., Habicht J., van Ginneken E. Strategic purchasing reform in Estonia: reducing inequalities in access while improving care coordination and quality // Health Policy. 2015. 119. P. 1011–1016/

объемы медицинской помощи (примерно такие же как в странах с ОМС), но при этом выделяются бюджетные программы финансового обеспечения амбулаторной и стационарной помощи, которые разделены жесткими финансовыми перегородками. Финансовые средства, спланированные для стационарной помощи, не могут быть потрачены на амбулаторную помощь. Такое перемещение средств возможно только после серьезных обоснований и длительных процедур корректировки бюджетов каждого сектора здравоохранения. В страховой модели такая корректировка не нужна.

Можно также утверждать, что в модели ОМС относительно выше степень гибкости межтерриториальных потоков пациентов и финансовых средств. Здесь не существует принципиальных барьеров для получения медицинской помощи застрахованным за пределами места его проживания – деньги следуют за пациентом. В бюджетной модели межтерриториальные потоки ограничены обязательствами административных территорий в отношении содержания собственных учреждений и обслуживания «своего» населения. Конечно, можно найти много примеров того, что подобные барьеры существуют и в модели ОМС, но такие барьеры порождаются не моделью ОМС, а особенностями организации медицинской помощи и размещения учреждений здравоохранения.

Для сравнения эффективности двух моделей финансирования нами были проведены расчеты по 28 постсоветским странам за 1991–2012 гг.²⁹ С помощью различных методов эконометрического анализа³⁰ оценивалось влияние моделей финансирования (бюджетная система и страховая система) на 3 показателя финансирования здравоохранения (общие, государственные и частные расходы на душу населения), 18 показателей смертности (агрегированных и по отдельным заболеваниям), 6 показателей структурной эффективности (уровень госпитализаций, занятость койки и проч.). Учитывалось влияние двух дополнительных факторов – ВВП на душу населения и доли населения старше 65 лет.

В результате проведенного анализа выявлена статистически значимая связь между наличием системы ОМС и следующими переменными:

Показатели финансирования:

²⁹ Шейман И.М., Терентьева С. В. Эмпирические оценки бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения // Экономическая политика. 2015. № 6. С. 171–193.

³⁰ Оценки проведены с помощью статистического пакета STATA13. Использовались следующие эконометрические методы: разность разностей, модель со случайными трендами и модель с дифференцированными трендами. При обнаружении эндогенности переменной наличия страховой системы в стране (то есть при наличии связи этой переменной с ненаблюдаемыми переменными в ошибках модели) использовались двухшаговый метод инструментальных переменных (2МНК) и обобщенный метод моментов.

– Общие расходы на здравоохранение на душу населения выше на 30–40% в страховых системах в сравнении с бюджетными системами финансирования здравоохранения.

– Государственные расходы на здравоохранение на душу населения на 64% выше в странах со страховой системой здравоохранения, чем в странах с бюджетной системой.

– Частные расходы на здравоохранение на душу населения также в среднем выше в странах со страховой системой почти на 23%.

Показатели смертности:

– Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет и коэффициент перинатальной смертности в странах со страховой системой на 10% ниже, чем в странах с бюджетной системой, коэффициент младенческой смертности ниже на 7%. Существенно ниже (на 40%) неонатальная смертность.

– Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от всех видов болезней для всех возрастов снижается на 14% при наличии страховой системы.

– СКС от ишемической болезни сердца в странах с системой ОМС на 50% ниже.

– СКС от болезней сердечно-сосудистой системы для лиц не старше 64 лет и всех возрастов ниже на 24 и 11,3% соответственно для стран со страховой системой.

– СКС от цереброваскулярных заболеваний для всех возрастов ниже на 15% при наличии страховой системы здравоохранения.

– СКС от рака молочной железы ниже на 12% при наличии системы страхования в стране.

– СКС от инфекционных заболеваний для всех возрастов снижается на 44% при наличии страховой системы здравоохранения.

Показатели структурной эффективности:

– Число госпитализаций на 100 человек населения в больницах для лечения острых заболеваний в странах со страховой системой здравоохранения ниже на 23% (тот же показатель для всех заболеваний не прошел проверку на статистическую значимость).

– Общая средняя продолжительность госпитализации в странах со страховой системой на 6,8% ниже, в больницах для лечения острых заболеваний – на 7,4%.

– Показатель средней занятости койки ниже в странах со страховой системой на 7%.

– Частота кесаревых сечений на 1 тыс. живорожденных на 30% выше в странах со страховой системой.

Таким образом, эконометрический анализ дает основания для следующих выводов:

1. При прочих равных условиях (ВВП на душу населения и доле пожилого населения) в странах со страховой системой государственные и частные расходы на здравоохранение в среднем выше, чем в странах с бюджетной системой.

Оценивая этот результат, нужно принять во внимание, что вследствие повышения размеров страховых взносов, а также из-за целевого характера привлечения средств в преобладающей части стран ЦВЕ объем государственных расходов заметно увеличился. Порядок сбора средств и используемые методы оплаты за оказанную медицинскую помощь в этих странах позволили с большим успехом преодолеть остаточный принцип финансирования отрасли. Сметный принцип финансирования все же остается доминирующим в странах с бюджетной системой и, как следствие, реальные потребности системы здравоохранения часто остаются без внимания.

2. В странах с ОМС также выше частные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, чем в странах с бюджетной системой. Важно только отметить, что в данном случае разница средних значений для двух рассматриваемых групп стран гораздо меньше (23%), чем в случае с государственными расходами (64%).

При этом доля частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение ниже в странах со страховыми системами. В Чехии она составляет всего 15,2 %, Эстонии – 20,1%, Словении – 26,7%, Словакии – 29,5%, в то время как в Казахстане – 42,2%, Украине – 45,1, Узбекистане – 46,9%³¹. То есть страховая модель генерирует частные расходы в значительно меньшей мере, чем государственные расходы. Таким образом, соотношение между государственным и частным финансированием становится более приемлемым для населения. Но это общая тенденция, наша же страна по данному показателю больше тяготеет к странам с бюджетной системой (39%).

3. С показателями структурной эффективности ситуация менее определенная. Уровень госпитализации в больницах для лечения острых заболеваний в странах со страховой системой заметно ниже, чем с бюджетной системой. Это может быть индикатором более высокой структурной эффективности систем оказания медицинской помощи, в которых амбулаторной помощи отдается предпочтение. Менее длительные сроки госпитализации и более высокая оборачиваемость коечного фонда в странах со страховой системой финансирования оказались ожидаемым результатом. Метод клинико-статистических групп для оплаты объемов медицинской помощи, введенный в последнее

³¹ Alexa J., Rečka L., Votápková J., van Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(1).

десятилетие практически во всех странах со страховой системой, обычно ведет к интенсификации оказания стационарной помощи.

4. При интерпретации результатов тестирования влияния страховой модели на индикаторы здоровья населения следует учитывать, что связь показателей смертности с доминирующей моделью финансирования опосредуется множеством факторов, которые крайне сложно учесть при эконометрическом анализе. В ряду этих факторов можно выделить различия в дизайне страновых систем ОМС, отношение населения к своему здоровью, меры государства по формированию здорового образа жизни, межведомственное взаимодействие по вопросам охраны общественного здоровья и проч. Предположительно, эти факторы действуют сильнее в тех странах ЦВЕ, где здравоохранение развивается по страховой модели. Наши попытки расширить состав учитываемых переменных не повлияли на объясняющую способность модели. Поэтому общий вывод достаточно осторожный: страны со страховой моделью имеют более низкую смертность населения по большинству показателей, но по ряду показателей смертности эта закономерность не обнаружена.

Таким образом, сравнительный анализ показателей здравоохранения в странах ЦВЕ с бюджетной и страховой системами финансирования, проведенный с использованием современных методов эконометрических исследований, демонстрирует преимущества страховой модели финансирования, хотя и не по всем показателям.

Возвращаясь к российской системе ОМС, следует сказать, что сегодня, на наш взгляд, непродуктивно затевать дискуссию о пересмотре модели финансирования. Проблема сейчас состоит не в выборе иной модели финансирования, а совсем в другом – в определении и внедрении конкретных механизмов повышения эффективности использования государственных средств. Правильно, что их можно внедрять и в бюджетной модели. Но, во-первых, делать это намного сложнее – в силу большей жесткости бюджетной системы, а во-вторых, обсуждение, какая модель нам нужна, отвлекает от реальных действий по формированию таких механизмов.

2.6. Перспективы развития страховых принципов финансирования здравоохранения

Еще одна дискуссия, которая оживленно ведется в последнее время, касается соответствия российской системы ОМС страховым принципам. При этом страховые принципы зачастую отождествляются с принципами организации добровольного медицинского страхования. Если следовать такому подходу, то дискуссия изначально обрекается на низкую продуктивность. Система ОМС в любом ее дизайне всегда будет

отличаться от добровольного медицинского страхования и не соответствовать принципам, по которым оно построено. Вопрос состоит в другом – в определении степени развития страховых принципов в той или иной модели ОМС.

По нашему мнению, страховые принципы следует понимать как требования, которым должна отвечать система страхования для ее устойчивого и эффективного функционирования. К таким принципам следует отнести:

- 1) Возможность выбора страховщика.
- 2) Возможность выбора страхового покрытия (передаваемых рисков).
- 3) Равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению.
- 4) Необратимость передачи страховщику рисков несения затрат, связанных со страховым случаем (страховщик несет финансовую ответственность за переданные ему риски и не может разделить ее с другими субъектами после наступления страхового случая).

В системе ОМС отношения между страхователями, страховщиками и застрахованными регулируются государством, что означает их ограничение, а соответственно и ограничение действия указанных выше страховых принципов.

Из этого следует, что развитие страховых принципов в системе финансирования здравоохранения необходимо понимать как такое регулирование государством отношений между страхователями, страховщиками (организациями, выполняющими функции страховщиков) и застрахованными, которое обеспечивает развитие (ослабление или снятие ограничений на действие) указанных выше страховых принципов.

В российской системе ОМС уже обеспечена реализация первого страхового принципа. Правда, формально статус страховщика имеет только Федеральный фонд ОМС, но фактически часть функций страховщика выполняют территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО). Граждане имеют возможность выбора страховой медицинской организации, и между СМО существует конкуренция.

Второй страховой принцип (возможность выбора страхового покрытия) в действующей системе ОМС не реализуется.

Третий страховой принцип (равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению) означает установление таких отношений между участниками системы ОМС, при которых:

– обязательства страховщика по страховому возмещению увязаны с размером страховых взносов, рассчитанным на основе оценки потребности застрахованных в медицинской помощи. Обеспечить реализацию этого требования в действующей

российской системе ОМС в полном объеме практически невозможно, поскольку размер страховых взносов на ОМС определяется не столько актуарной оценкой будущих расходов застрахованных, сколько политическим решением об общем объеме средств на здравоохранение;

– распределение функций страховщика между разными субъектами производится таким образом, что обязательства, возложенные на страховые медицинские организации по покрытию затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи застрахованным гражданам, являются стабильными и сбалансированными (эквивалентными) с размерами передаваемых страховым медицинским организациям средств из территориальных фондов ОМС. В российской системе ОМС такую стабильность и сбалансированность обеспечить пока полностью не удастся. Финансовые параметры системы (тарифы на медицинские услуги, размер подушевого финансирования СМО и проч.) не являются стабильными, что ограничивает предсказуемость финансовых затрат СМО, а следовательно и их возможности нести финансовые риски. В ситуации нестабильности финансовых параметров системы ОМС расходы СМО на оплату медицинской помощи теряют связь с их поступлениями на основе подушевого норматива.

Четвертый страховой принцип (необратимость передачи страховщику рисков несения затрат, связанных со страховым случаем) означает, что страховщик несет полную финансовую ответственность за покрытие затрат, являющихся предметом его обязательств перед страхователем. В действующей российской системе ОМС нет такого однозначного разделения обязательств и финансовых рисков между субъектами, выполняющими функции страховщика, – территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями. СМО финансируются на основе дифференцированного подушевого норматива и из полученных средств оплачивают медицинскую помощь. Но СМО не несут самостоятельной финансовой ответственности за оплату медицинской помощи, если расходы на нее превышают полученные ими средства. Если такое превышение происходит, СМО могут получать субсидии из территориального фонда ОМС – по факту оплачиваемых расходов на медицинскую помощь. При этом условия получения субсидий установлены законом в самой общей форме, в результате чего размер субсидий определяется преимущественно в «ручном режиме». В значительной мере это является результатом нестабильности финансовых параметров территориальных систем ОМС.

Из приведенного выше анализа видно, что в российской системе ОМС страховые принципы выполняются частично, и уровень их развития низкий. А это и предопределяет

невысокую эффективность системы ОМС в целом и действий СМО в ней, в частности. Именно роль СМО вызывает сильнейшую критику медицинского сообщества и экспертов. Она справедлива в части констатации того, что СМО играют роль простых посредников в движении финансовых средств между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями и слабо влияют на эффективность использования государственных средств в здравоохранении.

Может ли эта роль быть изменена? Могут ли СМО реально содействовать повышению эффективности системы здравоохранения? Может ли система ОМС стать более эффективной? Да, если будет проводиться последовательная политика развития страховых принципов организации ОМС. Это означает изменение этой системы по следующим направлениям:

- 1) Развитие конкуренции между страховыми медицинскими организациями.
- 2) Предоставление страховым медицинским организациям права на возмездной основе дополнять обязательства государства в отношении страхового покрытия.
- 3) Обеспечение стабильности и сбалансированности возлагаемых на страховые медицинские организации обязательств по покрытию затрат и передаваемых им для этого средств.
- 4) Передача страховым медицинским организациям финансовой ответственности за риски несения затрат, включая право на получение возможной экономии переданных им средств.

Постановка задачи завершения перехода к страховым принципам в здравоохранении предполагает формирование такой модели ОМС, в которой СМО реально влияют на систему оказания медицинской помощи, обеспечивая более эффективное ее функционирование.

В наших условиях это означает необходимость длительного по времени поэтапного изменения механизмов финансирования медицинской помощи, обеспечивающего развитие страховых принципов. В этом процессе можно выделить три последовательных этапа:

Этап 1. Изменения в рамках действующей модели ОМС.

Ключевое направление данного этапа – повышение степени предсказуемости основных финансовых параметров деятельности СМО и медицинских организаций, включая порядок планирования объемов медицинской помощи, формирование подушевых нормативов финансирования СМО, тарифную политику.

Развитие страховых принципов и рискованной составляющей в деятельности СМО обеспечивается посредством реализации комплекса мер, включающего:

а) снижение доли ретроспективного субсидирования СМО территориальным фондом ОМС, что потребует уточнения формулы расчета подушевого норматива финансирования СМО;

б) повышение стабильности тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;

в) конкретизация требований к источникам экономии средств на оплату медицинской помощи, которые включаются в расчет суммы, оставляемой СМО (исключение из этих источников средств, сэкономленных в результате применения штрафных санкций к медицинским организациям);

г) увеличение доли экономии средств, которая может оставаться в СМО.

Эти новые мотивационные механизмы формируются за счет средств системы ОМС.

Этап 2. Внесение изменений в схему финансирования СМО из средств ОМС.

Преобразование системы фокусируется на создании схем разделения рисков покрытия сверхплановых расходов. Развитие страховых принципов предусматривает разделение подушевого норматива финансирования СМО на нерисковую и рисковую составляющие. Средства ОМС, аккумулируемые в территориальном фонде ОМС, распределяются между страховыми медицинскими организациями в виде двух потоков:

а) средства, получаемые по дифференцированному подушевому нормативу (основная часть средств);

б) страховая премия, за которую СМО берут на себя риски возмещения сверхнормативных расходов.

В отличие от первого этапа новые мотивационные механизмы формируются за счет собственных средств СМО – в части средств страховой премии и уставного фонда. Но при этом система ОМС «закрыта» для поступления дополнительных средств от страхователей и застрахованных.

Участие СМО в разделении финансовых рисков с медицинскими организациями приобретает реальный экономический смысл, если страховые компании реально участвуют в планировании объемов медицинской помощи, и качество такого планирования существенно повышается, что делает более предсказуемыми возможные отклонения фактических расходов от плановых. Если эти условия не выполняются, то разделение рисков становится формальным.

Этап 3. Изменение условий формирования средств ОМС.

Основным содержанием этого этапа является объединение базовой программы ОМС и дополнительных программ медицинского страхования, превращение СМО в

носителя основной части финансовых рисков, развитие новых форм договорных отношений между СМО и медицинскими организациями.

Предусматривается разделение установленного страхового взноса на ОМС на две части:

- 1) взнос, идущий в Фонд ОМС;
- 2) взнос, направляемый в конкретную страховую медицинскую организацию.

Последний является переменным. Он может меняться в зависимости от предлагаемой дополнительной страховой программы. Взнос, направляемый застрахованными в СМО, и рисковая составляющая подушевого норматива финансирования СМО являются собственными средствами СМО. СМО отвечает за установленную долю сверхнормативных расходов медицинских организаций – как по базовой программе ОМС, так и по дополнительным программам.

С учетом зарубежного опыта можно выделить следующие варианты дополнительных программ медицинского страхования, которые могут быть реализованы в России в рамках перехода к конкурентной (рисковой) модели ОМС:

- Программа дополнительного сервиса при оказании медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях.
- Программа использования медицинских услуг, лекарственных средств, имплантов, изделий медицинского назначения, которые не предусмотрены стандартами оказания медицинской помощи и клиническими руководствами.
- Программа дополнительного лекарственного обеспечения.
- Программы управления хроническими заболеваниями.
- Программа «доступный стационар».
- Программа стимулирования здорового образа жизни.
- Программы содействия выбору медицинских организаций и врача.
- Программа «комфортное лечение в частных медицинских организациях».

Главными условиями внедрения рисковой модели участия страховых медицинских организаций в ОМС являются возможность обеспечить стабильность размеров финансирования СМО и медицинских организаций, сбалансированность доходов системы ОМС и ее обязательств, приверженность государства политике развития конкуренции и последовательность в ее реализации, способность проводить сложные институциональные нововведения и обеспечивать приоритет общественных интересов над корпоративными и групповыми при разработке и использовании новых институциональных возможностей финансирования и организации медицинской помощи.

В настоящее время эти условия не выполняются, и надежды их выполнение в обозримой перспективе являются слишком оптимистичными. Без выполнения перечисленных условий или возможности их обеспечения в обозримой перспективе переход к рискованной модели ОМС будет нецелесообразным. В этом случае неизбежным и вполне оправданным станет упрощение существующей системы ОМС, ее конвергенция с бюджетной системой финансирования здравоохранения при сохранении формальной атрибутики ОМС. Оправданность участия СМО в ОМС в этом случае полностью девальвируется и их вывод из системы ОМС становится делом времени.

Заключение

В последние три года здравоохранение столкнулось с беспрецедентным для него вызовом: повысить эффективность без увеличения государственного финансирования. Для этого нужны существенные преобразования в организации оказания медицинской помощи и механизмах ее финансирования. Ответ на этот вызов оказался амбивалентным.

Почти все целевые показатели снижения смертности от отдельных причин и необходимых значений уровня оплаты труда медиков были обеспечены. Реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности, проведена модернизация системы ОМС. Но ликвидация структурных диспропорций в отрасли идет медленно.

В последние годы предпринимаются попытки реализации нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны содействовать повышению ее эффективности: внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам, обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услуг, дополнительное медицинское страхование «ОМС+» и др. Эти нововведения не имеют пока ощутимых позитивных эффектов и отвлекают органы власти и общественное мнение от других, более насущных мер.

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения в ближайшие годы должны стать укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение квалификации, социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников.

Укрепление ПМСП является в современных условиях ключевым направлением повышения результативности системы здравоохранения. Это даст возможность повысить эффективность использования ресурсов в значительно большей мере, чем закрытие

больниц, сокращение их мощности и прочие оптимизационные мероприятия. Результаты этого почувствует основная часть населения, обращающаяся в медицинские учреждения в связи с наиболее массовыми заболеваниями. Снижение нагрузки на участковую службу (обеспечение притока врачей в этот сектор и разукрупнение участков), расширение функционала врачей первичного звена, обеспечение более тесных медико-технологических связей между отдельными медицинскими службами, преемственности лечения на разных этапах – вот наиболее важные меры, соответствующие как новой экономической ситуации, так и долговременным задачам развития отрасли. Они не требуют серьезных вложений, но могут дать быстрый и ощутимый эффект.

В политике в области финансирования здравоохранения в сложившейся ситуации целесообразно воздерживаться и от непродуктивных дискуссий о необходимости смены модели финансирования, и от реализации нововведений, мало влияющих на реальные практики распределения ресурсов. Приоритетами должны стать обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций и прозрачности правил распределения ресурсов.