

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Современные тенденции  
в системе здравоохранения  
Российской Федерации

Издание Государственной Думы  
2019

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Современные тенденции  
в системе здравоохранения  
Российской Федерации

Издание Государственной Думы  
Москва • 2019

УДК 614.2(470)  
ББК 51.1(2Рос)  
С56

**Авторы:**

**Тумусов Ф. С.**, первый заместитель председателя Комитета  
Государственной Думы по охране здоровья,  
доктор экономических наук, профессор,  
**Косенков Д. А.**, кандидат биологических наук

С56      **Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации.** – М.: Издание Государственной Думы, 2019. – 80 с.

УДК 614.2(470)  
ББК 51.1(2Рос)

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение . . . . .	4
Реформа здравоохранения в оценках пациентов . . . . .	4
Как «лечить» здравоохранение (по мнению пациентов) . . . . .	14
Реформа здравоохранения в оценках врачей . . . . .	15
Политика в области охраны здоровья населения . . . . .	24
Проблемы российской системы здравоохранения . . . . .	35
Финансирование российской системы здравоохранения . . . . .	38
Пути решения проблем финансирования российской системы здравоохранения . . . . .	52
Тенденции развития систем здравоохранения в зарубежных странах . . . . .	64
Пути совершенствования российской системы здравоохранения . . . . .	66
Программно-целевой подход . . . . .	68
Мониторинг и независимая оценка качества работы медицинских организаций . . . . .	70
Заключение . . . . .	75

## ВВЕДЕНИЕ

Конец XX – начало XXI в. привнесли существенные изменения в развитие мировых систем здравоохранения, в первую очередь, в Европе. Это, безусловно, было вызвано распадом СССР и мировой социалистической системы в целом. На мировой карте появились новые государственные образования, которые можно подразделить на три большие группы:

- страны Центральной, Восточной Европы и Прибалтики, которые стали членами Европейского союза;
- европейские страны, не включившиеся в Европейский союз: Украина, Белоруссия, Молдавия и Россия;
- другие страны бывшего СССР, в том числе в Средней Азии и на Кавказе.

В эти группы включены государства, которые имели достаточно разный уровень как экономического, так и социального развития, что, безусловно, сказалось и на ходе реформ здравоохранения.

В Российской Федерации, как и в подавляющем большинстве государств бывшего СССР, происходил переход от социалистического государства к социальному. При этом также происходил переход от плановой экономики к рыночной.

Недавнее исследование ОЭСР показало, что ни одна из систем, реформированных с тех пор, не отличается стабильностью в достижении затрато-эффективного здравоохранения. Специалисты пришли к выводу, что, скорее всего, важен не тип системы, а как она управляется, так как и централизованные командные, и построенные на рынке системы имеют свои плюсы и минусы.

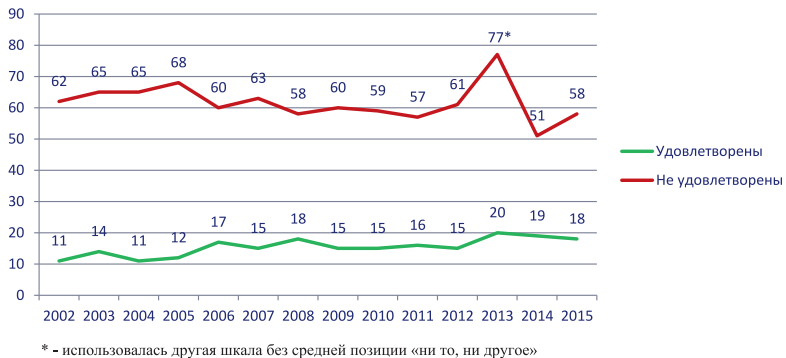
В последнее время вопросы, связанные с развитием системы здравоохранения, постоянно находятся на высокой политической повестке дня. Это связано с тем, что, несмотря на определённые успехи в области охраны здоровья населения и принятии ряда масштабных мер, сохраняются проблемы с обеспечением граждан страны доступной и качественной медицинской помощью. Об этом свидетельствуют и данные исследований, и результаты социологических опросов, и обращения граждан. Необходимо принятие мер на уровне как законодательной, так и исполнительной власти.

### Реформа здравоохранения в оценках пациентов

По данным Левада-Центра удовлетворённость россиян работой системы здравоохранения остаётся невысокой. На протяжении последнего десятилетия доля довольных государственными медицинскими услугами не превышала пятой части населения (см. рис. 1). Не удовлетворены положением дел в отечественном здравоохранении две трети россиян (58 % в 2015 г.). Аналогичные результаты были получены в ходе недавно проведённого опроса ВЦИОМ – 52 % оценивают дела в здравоохранении как плохие, и только 9 % как хорошие.

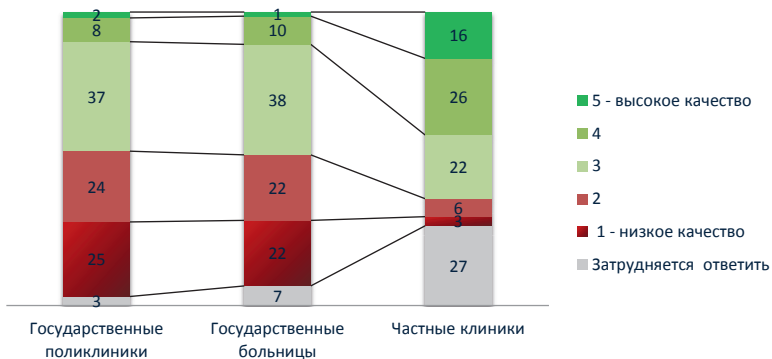
Более 45 % оценивает качество услуг в государственных медучреждениях на «1» и «2», и только каждый десятый – на «4» и «5» по пятибалльной шкале (см. рис. 2). В частных учреждениях ситуация диаметрально противоположная.

Основные проблемы здравоохранения большинство россиян видят в длительных сроках ожидания медицинской помощи (43 %), низком профессиональ-



**Рис. 1. Динамика удовлетворённости системой здравоохранения 2002–2015 гг., %**

Источник: данные Левада-Центра



**Рис. 2. Оценка качества медицинских услуг в медучреждениях разного типа, %**

Источник: данные Левада-Центра

ном уровне врачей (41 %) и плохом оснащении больниц современным оборудованием (37 %). Около трети населения отмечают большие очереди в поликлиниках (33 %) и дефицит медицинских кадров (29 %) (см. рис. 3).

В топ-3 проблем российского здравоохранения, по оценкам опрошенных россиян, вошли недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей (47 %), неполная оснащённость больниц современным оборудованием (39 %) и недостаточные объёмы финансирования отрасли в целом (30 %).

Спектр проблем во многом различен для жителей столицы, городов и сёл (см. табл. 1). Так, москвичи чаще жалуются на низкую квалификацию врачей (63 %). Второй по остроте проблемой является недостаточность времени, отведённого на приём (44 %). Стоит отметить, что эта проблема практически не фигурирует в ответах жителей остальной части России. Замыкает тройку основных проблемных сторон дефицит медицинских кадров (36 %). В сельской местности иерархию проблем составляют длительные сроки ожидания записи на приём к нужному специалисту (40 %), низкая квалификация врачей (35 %) и плохое оснащение медучреждений современным медицинским оборудованием (35 %).



**Рис. 3. Основные проблемы российского здравоохранения с позиции населения (% , множественный выбор, не более трёх вариантов ответа)**

*Источник: данные Левада-Центра*

*Таблица 1*

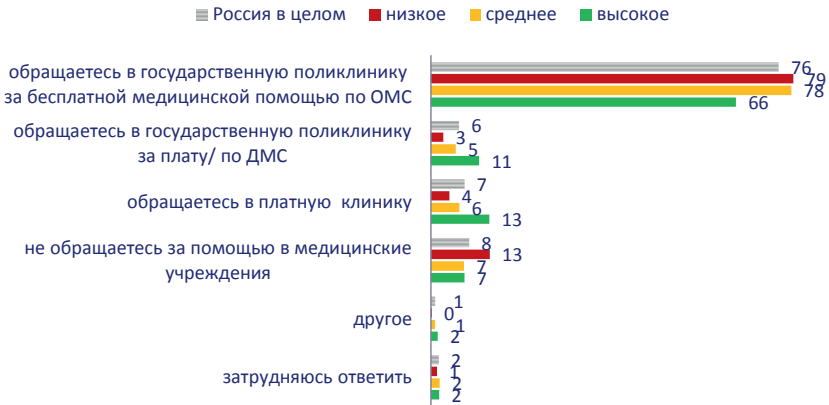
**Топ-3 основных проблем в здравоохранении среди жителей Москвы и села**

Москва	Село
I. Низкая квалификация врачей (63 %)	I. Длительные сроки ожидания (записи на приём врача-специалиста, госпитализации) (40 %)
II. Недостаточно времени, отведённого на приём больного (44 %)	II. Низкая квалификация врачей (35 %)
III. Дефицит медицинских кадров (36 %)	III. Плохое оснащение больниц современным оборудованием (35 %)

*Источник: данные Левада-Центра*

Государственные поликлиники / больницы являются основным местом получения медицинской помощи для 76 % россиян (см. рис. 4). Чем ниже достаток, тем чаще именно бесплатная медицинская помощь выступает в качестве основного способа лечения – к ней прибегает 80 % респондентов из группы с низким материальным положением (в сравнении с 66 % из более высокодоходной группы). Возможности альтернативных способов получения помощи крайне ограничены – получают помощь по полису ДМС 6 % россиян. Примерно столько же россиян (7 %) имеет возможность регулярно обращаться в частные клиники. Иными словами, только 13 % населения пользуется платными медицинскими услугами. Среди самой высокодоходной группы эта доля достигает 23 %.

Практически каждый десятый житель нашей страны предпочитает не обращаться за медицинской помощью в случае болезни ни в какие медицинские учреждения (8 %). Особенно высока доля таких граждан среди групп с низким достатком, жителей сельской местности и мужчин. Основной причиной необращения в медучреждения является недоверие врачам (47 %), низкое качество



**Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Как вы обычно поступаете, если нуждаетесь в медицинской помощи?» в зависимости от уровня материального положения, %**

*Источник: данные Левада-Центра*

медицинской помощи / квалификация врачей (25 %) и большие очереди (23 %) (см. рис. 5). Наиболее остро данная проблема стоит в малых городах и сёлах.



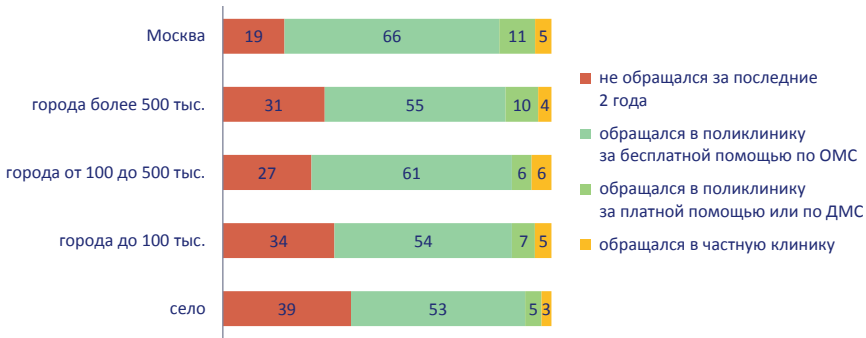
**Рис. 5. Основные причины необращения в медицинские учреждения при необходимости медицинской помощи (% тех, кто не обращается в медучреждения, 129 чел.)**

*Источник: данные Левада-Центра*

Неудовлетворённость качеством получаемой помощи в государственных / муниципальных учреждениях приводит к двум последствиям для пациентов: либо получению помощи на платных условиях, либо, чаще всего, отказу от медицинской помощи в принципе. Так, на общероссийском уровне за последние два года не обращались в медицинские учреждения около трети населения (32 %). В сельской местности таких 40 %, среди жителей столицы – значительно ниже (19 %) (см. рис. 6).

Схожие тенденции демонстрируют данные Комплексного наблюдения условий жизни населения за 2016 г., проводимого Росстатом, которые так же





**Рис. 6. Обращаемость за последние два года в разные типы учреждений в зависимости от типа населённого пункта**

Источник: данные Левада-Центра

показывают, что 33 % респондентов не обращаются за медицинской помощью, когда в ней есть потребность, из них половина лечится самостоятельно (53 %). Среди причин необращения за профессиональной медицинской помощью отмечается отсутствие времени на посещение медицинских учреждений (24 %), недовольство работой медицинских организаций (29 %), неверие в эффективность лечения (20 %), возможность получить лечение только на платной основе (12 %) (см. рис. 7).

При этом, по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения за 2016 г., увеличилось количество отказов в предоставлении медицинской помощи: если в 2011 г. доля не получивших медицинскую помощь от числа обратившихся за ней (44 %) составила 2,3 %, то в 2016 г. она зафиксирована на уровне 3,1 %. Основными причинами неполучения нужной медицинской помощи явились: «отсутствие нужного специалиста» (34 %), «необходимое лечение предлагалось на платной основе» (23 %), «большие очереди на приём» (17 %), «не смогли предварительно записаться» (13 %).



**Рис. 7. Причины необращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи в 2016 году, %**

Источник: данные Комплексного наблюдения условий жизни населения (КОУЖ)

Одной из проблем является вызов и ожидание скорой помощи. По данным Комплексного наблюдения условий жизни населения за 2016 г., выявлено, что в 2016 г. 9 % респондентов вызывали скорую помощь, и в среднем ожидание составило 25 минут, в то время как должно составлять не больше 20 минут. Особо проблематичным является ожидание скорой медицинской помощи в сельской местности и городах с населением 500 тыс. – 1 млн жителей, где среднее ожидание составило 29 минут и 31 минуту соответственно.

Во время обращений в государственные и муниципальные медучреждения по полису ОМС гражданам чаще всего приходится сталкиваться с такими качественными проблемами и нарушениями прав пациентов, как длительное ожидание (56 % испытывали подобного рода неудобства лично, 27 % – знают о них со слов родственников и знакомых) и некомфортные условия – отсутствие достаточного количества сидячих мест и нормальной вентиляции в местах ожидания приёма врача (42 % и 11 %), отсутствие необходимого оборудования, лекарств и т. д. (40 % и 29 %), непрофессионализм врачей, неправильно поставленный диагноз и назначенное лечение (37 % и 43 %) (см. табл. 2).

С плохими санитарными условиями в лечебных учреждениях и грубым отношением медицинского персонала лично сталкивались 36 % и 32 % соответственно. От своих родственников и знакомых об этом слышали 18 % и 36 %. Среди распространённых проблем респонденты также отмечали требование оплатить медицинские услуги или лекарственные препараты, которые должны предоставляться бесплатно (31 % и 30 %), запись в карточку / медицинскую документацию большого количества процедур / услуг, чем было сделано во время приёма (по 12 %).

*Таблица 2*

**Основные проблемы, с которыми сталкивались респонденты при обращении за медицинской помощью в государственные и муниципальные медицинские учреждения по полису ОМС (закрытый вопрос, один ответ по каждой строке, %)**

	Сталкивался лично сам(а)	Не сталкивался лично, но слышал(а) от близких, знакомых	Не сталкивался и не слышал(а) о таких проблемах
Длительные сроки ожидания медицинской помощи, очереди	56	27	17
Отсутствие достаточного количества сидячих мест, нормальной вентиляции	42	11	47
Отсутствие в больнице необходимого мне оборудования, лекарств, перевязочных материалов и т. д.	40	29	30
Непрофессионализм врачей, неправильно поставленный диагноз, неправильно назначенное лечение	37	43	20

Плохие санитарные условия в поликлиниках (отсутствие ремонта, грязь и т. п.)	36	18	46
Грубое отношение медицинского персонала (врачей, медсестёр)	32	36	32
Требование оплатить медицинские услуги или лекарственные препараты, которые должны предоставляться бесплатно	31	30	39
В карточке/медицинской документации записано больше процедур/услуг, чем было сделано во время приёма	12	12	76

Источник: ВЦИОМ

Положительные изменения за последние 5 лет в доступности медицинской помощи отмечают всего 16 % россиян (см. рис. 8). Чуть менее половины населения не заметили каких-либо изменений – получить медицинскую помощь с их точки зрения стало ни легче, ни труднее. Треть россиян отмечает ухудшение ситуации – 36 % населения говорит о больших сложностях в получении помощи, чем до начала реформ.

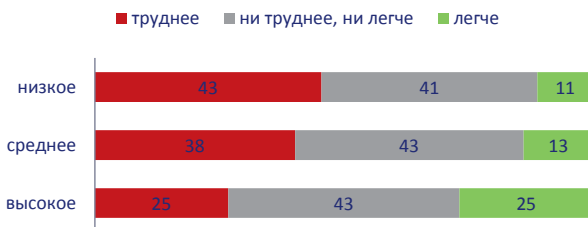


**Рис. 8. Распределение ответов на вопрос: «В настоящее время медицинскую помощь стало получить легче или труднее, чем 5 лет назад?» по типу населенных пунктов, %**

Источник: данные Левада-Центра

Наиболее дифференцированная ситуация наблюдается в Москве – здесь отмечается более высокая доля как положительных, так и отрицательных оценок – 44 % отмечают ухудшение возможностей, 29 % – улучшение. Более пессимистичную картину представляют малые города и сёла – какие-либо улучшения в доступе к медицинской помощи отмечает только каждый десятый житель. Именно в данных типах населённых пунктов наблюдается высокая доля не обращающихся за медицинской помощью (34 % и 39 %).

Респонденты с низким и средним материальным положением чаще отмечают негативные изменения, доля тех, кому стало труднее получить помощь, составляет 43 % и 38 % соответственно, среди самой высокодоходной группы – 25 % (см. рис. 9).



**Рис. 9. Распределение ответов на вопрос: «В настоящее время медицинскую помощь стало получить легче или труднее, чем 5 лет назад?» по уровню материального положения, %**

*Источник: данные Левада-Центра*

Аналогичную картину дают результаты опроса ФОМ в 2015 г. На вопрос о том, как изменилось положение дел за последние год-два в российском здравоохранении, 17 % респондентов отметили улучшение, 22 % ухудшение, 45 % не заметили изменений, ещё 17 % затруднились ответить. По мнению респондентов ухудшения заключаются в невозможности бесплатно получить качественную медицинскую помощь и трудностях с приёмом врача, записью на приём, очередями. Назывались также нехватка врачей, узких специалистов, квалифицированных врачей; невнимательное, грубое отношение врачей к пациентам; отсутствие медицинских учреждений, необходимость далеко ехать за квалифицированной медицинской помощью; недостаточное финансирование медицинских учреждений, плохое оснащение; дорогие лекарства, отсутствие бесплатных льготных лекарств; плохая организация работы медицинских учреждений. Улучшения связаны с техническим оснащением медицинских учреждений, а также с внедрением электронной записи, открытием новых поликлиник, больниц, медицинских центров и т. д. (см. рис. 10).

Одним из шагов по реформированию системы здравоохранения стала маршрутизация пациентов. В рамках оптимизации ресурсов все государственные / муниципальные медучреждения были разделены на три уровня в зависимости от территориальной удалённости, видов оказываемой медицинской помощи и оснащённости. Медицинские учреждения, близкие к месту проживания, должны предоставлять первичную медицинскую помощь. При необходимости получения более сложных видов медицинской помощи пациент может быть направлен в многофункциональные центры первого и второго уровня. По логике организаторов здравоохранения данные изменения должны гарантировать каждому жителю страны вне зависимости от места проживания доступ к высокотехнологичной помощи. Однако данная реорганизация системы получения медицинской помощи не в полной мере соотносится с мнением самих потребителей.

При выборе между близостью медучреждения и качеством оказываемых услуг население разделилось практически поровну: 49 % предпочли бы получить помощь, пусть и не самого высокого качества, но близко к дому, и 44 % отдали бы больший приоритет качеству лечения, даже если для этого потребовалось бы ехать в соседний населённый пункт. Чем старше респонденты, тем более они склонны отдавать предпочтение территориальной близости, чем качеству медицинских услуг (см. рис. 11).

**улучшилось**  
(Задавался тем, кто считает, что за последние год-два положение дел в сфере здравоохранения улучшилось, – 17% респондентов.)

данные в % от всех опрошенных, приведены наиболее показательные высказывания

<b>Техническое оснащение</b>	<b>5</b>
«Компьютерная диагностика появилась, можно полное обследование пройти быстро»; «новейшие исследования заболеваний»; «обновляется, усовершенствуется медицинское оборудование»; «технического оснащения больше стало».	
<i>Улучшения, каждое из которых назвали менее 5% опрошенных</i>	
Электронная запись, меньше очередей, легче попасть к врачу	
Высокая квалификация врачей, лучше лечение	
Открываются новые поликлиники, больницы, медицинские центры	
Хорошее, внимательное отношение врачей к пациентам	
Доступные и разнообразные лекарства	
Все стало лучше	
Улучшилось финансирование медицинских учреждений, ремонтируются здания	
<b>Затрудняюсь ответить, нет ответа</b>	<b>2</b>

**ухудшилось**  
(Задавался тем, кто считает, что за последние год-два положение дел в сфере здравоохранения ухудшилось, – 22% респондентов.)

данные в % от всех опрошенных, приведены наиболее показательные высказывания

<b>Невозможность бесплатно получить качественную медицинскую помощь</b>	<b>5</b>
«Без денег лучше туда не ходить»; «все врачи требуют деньги неофициально, относятся к пациенту как к источнику денег»; «все стало платным и очень дорогим, а за бесплатно могут отправить на тот свет, и никто за это не ответит»; «ничего не меняется, только все дорожает»; «пока не дашь деньги, не будут смотреть».	
<b>Трудности с приемом врача, записью на прием, очереди</b>	<b>5</b>
«Невозможно попасть к врачу»; «большие очереди, нельзя достать талон»; «много очередей, трудно попасть к узким специалистам»; «сложно попасть к специалистам, ждала приема недели»; «за неделю ходила три раза и не попала к врачу – большая очередь».	
<i>Ухудшения, каждое из которых назвали менее 5% опрошенных</i>	
Нехватка врачей, узких специалистов	
Мало хороших, квалифицированных врачей	
Невнимательное, грубое отношение врачей к пациентам	
Отсутствие медицинских учреждений, необходимость далеко ехать за квалифицированной медицинской помощью	
Недостаточное финансирование медицинских учреждений, плохое оснащение	
Дорогие лекарства, нет бесплатных льготных лекарств	
Неправильная медицинская реформа, все плохо	
Плохая организация работы медицинских учреждений	
<b>Затрудняюсь ответить, нет ответа</b>	<b>1</b>

**Рис. 10. Что именно, на ваш взгляд, улучшилось / ухудшилось в сфере здравоохранения? (открытый вопрос)**

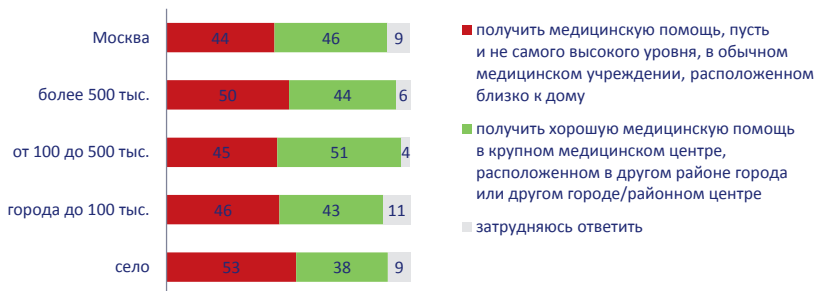
Источник: данные ФОМ



**Рис. 11. Распределение ответов на вопрос: «Если не говорить о случаях экстренной помощи, то какой вариант получения медицинской помощи вы бы предпочли?» по возрастным группам**

Источник: данные Левада-Центра

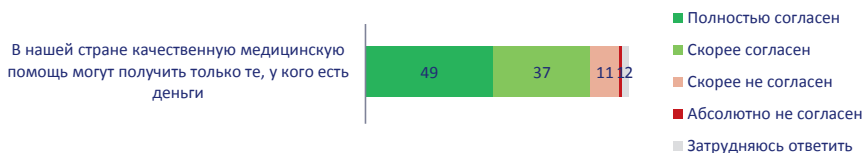
Жители разных типов населённых пунктов также не единогласны в данном вопросе: москвичи и жители средних городов чуть более склонны к системе маршрутизации, тогда как жители сельских районов, напротив, выражают наименьшее предпочтение удалённым медицинским центрам (см. рис. 12).



**Рис. 12. Распределение ответов на вопрос: «Если не говорить о случаях экстренной помощи, то какой вариант получения медицинской помощи вы бы предпочли?» по типам населённых пунктов**

Источник: данные Левада-Центра

86 % граждан признают, что качественную медицинскую помощь в нашей стране могут получить лишь те, у кого есть деньги (см. рис. 13).

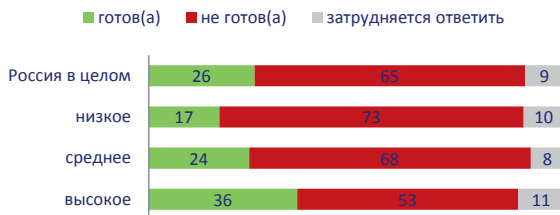


**Рис. 13. Распределение ответов на вопрос: «В какой степени вы согласны или не согласны со следующими суждениями ...?», %**

Источник: данные Левада-Центра

Идея повышения личного участия граждан в софинансировании здравоохранения не находит поддержки у подавляющего числа россиян. Респондентам было предложено оценить свою готовность платить на 1–3 % больше отчислений дополнительно на нужды здравоохранения в целях повышения качества медицинской помощи. По результатам опроса две трети населения высказались категорически против увеличения налогов на данные нужды (см. рис. 14). Тем не менее, с ростом благосостояния увеличивается готовность в отчислении дополнительных средств на государственное здравоохранение. Так, в наиболее обеспеченной группе каждый третий россиянин поддерживает идею введения дополнительных отчислений (35 %). Среди групп с низким потребительским статусом также готовы отчислять до 3 % дохода чуть менее пятой части россиян (17 %).

Правильной систему, при которой именно страховая компания, выдавшая полис ОМС, защищает права пациентов, считает большинство россиян – 82 %, не согласны с этим всего 9 % опрошенных. Появление в системе ОМС страховых представителей (в их обязанности входит информирование населения о возможностях системы ОМС, защита прав пациентов, решение спорных ситуаций между медицинским учреждением и пациентом и др.) приветствуют 73 % граждан, отрицательно высказываются 18 %.



**Рис. 14. Распределение ответов на вопрос: «Готовы ли вы платить на 1–3 % больше налогов отдельно на медицину для повышения её качества и доступности?» в зависимости от уровня материального положения**

*Источник: данные Левада-Центра*

Запрос на услуги страховых представителей сформирован в первую очередь в направлении защиты прав пациента при совершении врачебных ошибок и плохом сервисе (её значимость для себя и близких подчеркнули 55 %), а также информирования о правах пациента и составе бесплатных медицинских услуг (42 %), регулярного контроля за качеством медицинских услуг (39 %).

### **Как «лечить» здравоохранение (по мнению пациентов)**

Основными «болевыми точками» системы здравоохранения, которые должны решаться в первую очередь, россияне считают недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей (37 %), а также их нехватку (37 %), недоступность медицинской помощи для населения (дорогие лекарства, услуги) (35 %), недостаточную оснащённость медицинских учреждений современным оборудованием (31 %), недостаточность финансирования (28 %) (см. табл. 3). О неэффективной работе страховых компаний, предоставляющих полис ОМС, как о проблеме российской системы здравоохранения, решением которой необходимо заняться в первую очередь, сказали всего 3 % опрошенных.

*Таблица 3*

#### **Проблемы российской системы здравоохранения, которые должны решаться в первую очередь (закрытый вопрос, не более трёх ответов, %)**

Недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей	37
Нехватка врачей	37
Недоступность медицинской помощи для населения (дорогие лекарства, услуги)	35
Недостаточная оснащённость учреждений современным оборудованием	31
Недостаток финансирования здравоохранения	28
Недостаточное обеспечение лекарствами медучреждений	20
Взяточничество	16
Недостаточный контроль за качеством медицинских услуг	14
Невежливое отношение со стороны медперсонала	11

Несовершенство законодательства	5
Неэффективная работа страховых компаний, предоставляющих полисы ОМС	3
Другое	3
Затрудняюсь ответить	2

*Источник: ВЦИОМ*

Наиболее действенными мерами по повышению качества медицинских услуг наши сограждане считают «наказание рублём» и меры по усилению степени личной ответственности руководящего состава: так, 48 % говорят, что проблему может решить финансирование медучреждений в зависимости от качества предоставляемых услуг, 35 % считают необходимым увольнение руководителей медучреждений, оказывающих некачественные услуги, ещё 25 % – контроль со стороны независимых от медицинских учреждений организаций, защищающих права пациентов (см. табл. 4).

*Таблица 4*

**Меры, которые могут быть использованы для повышения качества медицинских услуг (закрытый вопрос, не более трёх ответов, %)**

Финансирование медучреждений в зависимости от качества предоставляемых услуг	48
Увольнение руководителей медучреждений, оказывающих некачественные медицинские услуги	35
Деятельность организаций, независимых от медучреждений, защищающих права пациентов	25
Создание организаций врачей для самоконтроля качества медицинских услуг	19
Сокращение числа госслужащих, контролирующих качество медицинских услуг	18
Увеличение числа госслужащих, контролирующих качество мед. услуг	14
Контроль за уровнем квалификации врачей	3
Увеличение количества медицинского персонала	3
Повышение заработных плат врачам	2
Другое	5
Затрудняюсь ответить	11

*Источник: ВЦИОМ*

## **Реформа здравоохранения в оценках врачей**

Оценки врачей относительно положения дел в здравоохранении во многом сходны с оценками потребителей медицинских услуг. Две трети (63 %) оценивают текущую ситуацию в медицине как «плохую» или «неудовлетворительную». Доля позитивных оценок среди медицинских специалистов значительно ниже, чем среди пациентов – 9 %. Оценки специалистов, занятых в амбулаторном и стационарном звене, практически не отличаются – доля отрицательных ответов на 50 % превышает положительные. Более критичные оценки дают специалисты,





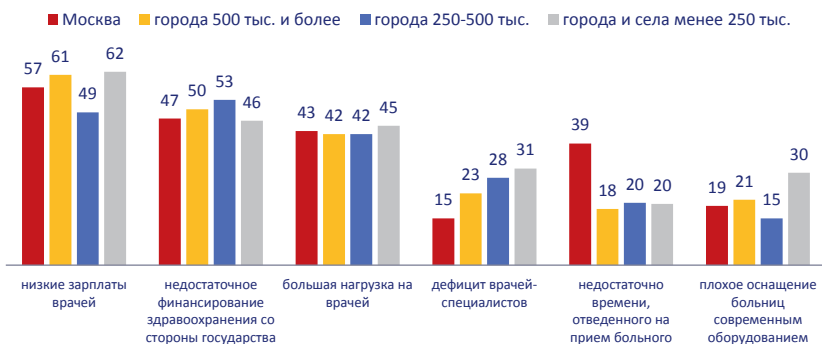
**Рис. 15. Основные проблемы здравоохранения с позиции врачей и населения (пациентов) (% , множественный выбор, не более трёх ответов)**

*Источник: данные Левада-Центра*

проработавшие в здравоохранении более 20 лет – три четверти (73 %) недовольны положением дел в медицине. Среди более молодых кадров такой позиции придерживается 56 %.

Основные проблемы, которые видят врачи в текущей системе здравоохранения, практически не имеют ничего общего с проблемами, волнующими пациентов (см. рис. 15).

Для медицинских работников топ проблем возглавляет низкий уровень оплаты труда (56 %), недостаточное финансирование здравоохранения со стороны государства (49 %) и большая нагрузка на врачей (42 %).

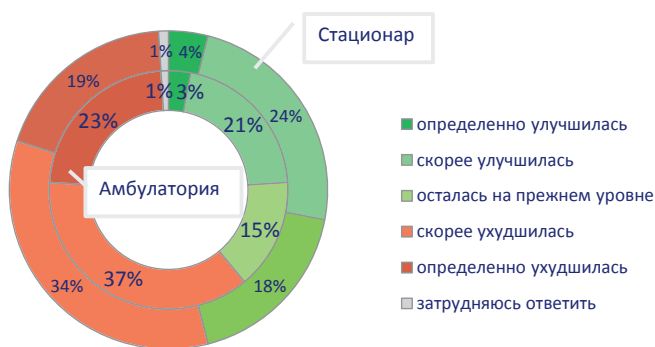


**Рис. 16. Основные проблемы здравоохранения с позиции врачей среди разных типов населенных пунктов (% , множественный выбор, не более трёх ответов)**

*Источник: данные Левада-Центра*

Москвичи чаще других отмечают проблему недостатка времени на осмотр одного больного (39 % в сравнении с 20 % жителей других городов / сёл) (см. рис. 16). Проблема с низкой оплатой труда и высокой нагрузкой на врачей в равной степени волнует медиков всех населённых пунктов. Жители сёл чаще сталкиваются с проблемой плохой оснащённости медицинских учреждений (30 % против 21 % в среднем по России) и дефицитом медицинского персонала, в особенности врачей-специалистов. В столице такая проблема практически не распространена и встречается в ответах врачей вдвое реже (30 % против 15 %).

Оценивая ситуацию за последний пятилетний период, четверть врачей (25 %) отмечают изменения в лучшую сторону (см. рис. 17). Чуть более половины врачей (57 %) склонны расценивать происходившие изменения как ухудшение ситуации. Пятая часть медиков отмечает, что всё осталось на прежнем уровне и значимых действий реформы они не заметили.



**Рис. 17. Распределение ответов на вопрос: «Как вы считаете, за последние 5 лет ситуация в области оказания медицинских услуг улучшилась, ухудшилась или осталась на прежнем уровне» (пациентов), %**

*Источник: данные Левада-Центра*

В числе позитивных изменений врачи отмечают результаты шагов по программе модернизации здравоохранения – информатизацию и компьютеризацию рабочих мест (43 %), закупку современного медицинского оборудования (38 %), ремонт зданий (37 %) и открытие новых диагностических центров (32 %) (см. рис. 18). Пятая часть опрошенных специалистов не считают, что за последние 5 лет произошли какие-либо изменения в положительную сторону. Особенно критически настроены в оценках текущих изменений врачи Москвы и малых городов (менее 250 тыс. человек) и специалисты с большим опытом работы (не видят положительных сторон 11 % молодых врачей и 27 % наиболее опытных работников). Только 12 % медиков отметили повышение уровня заработных плат за рассматриваемый период.

В оценках отрицательных сторон врачи высказывались более категорично (см. рис. 19). Две трети медицинских работников отметили увеличение документооборота (66 %), закрытие поликлиник / больниц / отделений (54 %) и увеличение нагрузки по приёму пациентов (49 %). Эти проблемы беспокоят более половины всех опрошенных специалистов. Треть врачей отмечают сокращение оплаты труда (39 %) и сокращение коек в медучреждениях (38 %). Каждый четвёртый специалист сообщает об ухудшении снабжения расходными материалами, уменьшении



**Рис. 18. Распределение ответов на вопрос: «Какие положительные изменения, произошедшие за последние 5 лет в области здравоохранения, вы могли бы назвать?» (% , множественный выбор, не более пяти ответов)**

*Источник: данные Левада-Центра*

времени на приём больных (по 28 %) и сокращении медперсонала, как врачей-специалистов (28 %), так и среднего медперсонала (25 %). В отличие от рассмотрения положительных сторон, где пятая часть специалистов не считают, что таковые произошли за пятилетний период, абсолютное число опрошенных назвали хотя бы один из негативных трендов. В разрезе разных населённых пунктов ситуация выглядит более дифференцированно, особенно на общероссийском фоне выделяется Москва – здесь врачи острее ощущают проблемы с закрытием медучреждений

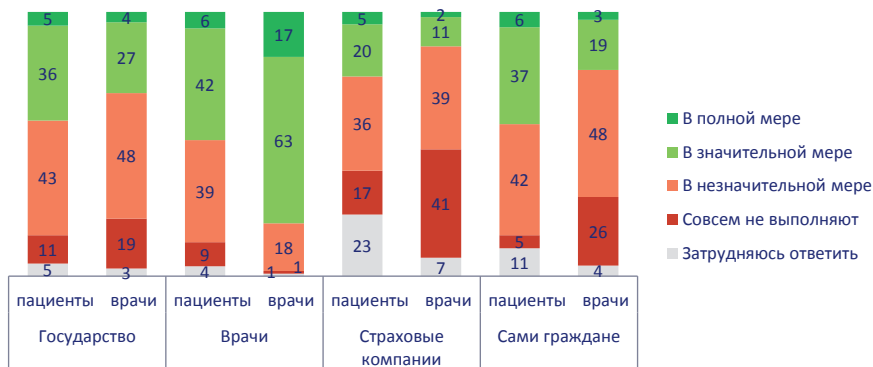


**Рис. 19. Распределение ответов на вопрос: «Какие отрицательные изменения, произошедшие за последние 5 лет в области здравоохранения, вы могли бы назвать?» (% , множественный выбор, не более пяти ответов)**

*Источник: данные Левада-Центра*

(74 %) и сокращение медперсонала. Проблемы с объёмом документации и снабжением стационаров расходными материалами и медикаментами в столице также присутствуют, но они заметно менее выражены, чем в более отдалённых городах.

Оценки деятельности государства и страховых компаний со стороны врачей и пациентов во многом схожи, при этом позиция медицинского сообщества является даже более категоричной (см. рис. 20). Так, две трети медиков (67 %) считают, что государство не выполняет в полной мере своих обязанностей в области здравоохранения (аналогичной позиции придерживаются 54 % пациентов). 80 % врачей также критикуют выполнение своих обязанностей страховыми компаниями (так считает 53 % пациентов).



**Рис. 20. Восприятие степени выполнения обязанностей основных участников с позиций пациентов и врачей**

*Источник: данные Левада-Центра*

Однако мнения участников опросов о выполнении обязанностей врачом или пациентом различаются в зависимости от принадлежности их к одной из этих групп. Так, мнение пациентов о врачах разделилось примерно пополам – 46 % населения считает, что они в основном стараются выполнять свои обязанности, тогда как 48 % пациентов критикует врачей. Мнение же врачей о своей работе более благоприятное – 80 % оценивает степень выполнения обязанностей в позитивном ключе. Что касается оценок заботы пациентов о собственном здоровье, то только около 20 % медиков согласны с тем, что пациенты выполняют свои обязанности по поддержанию здоровья в должной мере и три четверти врачей отмечают небрежное отношение населения к своему здоровью. Среди пациентов чуть более 40 % оценивает положительно выполнение населением страны обязанностей по поддержке здоровья и почти половина считает, что предпринимаемых действий наших сограждан по заботе о здоровье недостаточно (см. рис. 20). Данная ситуация свидетельствует о наличии более высоких ожиданий от работы в области здравоохранения у всех трёх участников, прежде всего, у страховых компаний, также у государства и у самих граждан.

Мнение медицинского персонала относительно введения стандартов оказания медицинской помощи неоднозначно – тех, кто «за» и «против», разделилось примерно поровну: 33 % против 35 %. Пятая часть врачей не видит, что их широкое использование приведёт к существенным изменениям в качестве лечения.

Несмотря на наличие таких стандартов как обязательных ориентиров по лечению больных, каждый второй врач (56 %) отмечает, что они не соблюдаются в полной мере. В числе причин указываются отсутствие необходимой материально-технической базы / оборудования (57 % опрошенных), соответствующих препаратов / медикаментов (53 %), медперсонала (46 %) и несовершенство самих стандартов (35 % врачей, не в полной мере следующих стандартам, обуславливают это низким качеством самих стандартов).

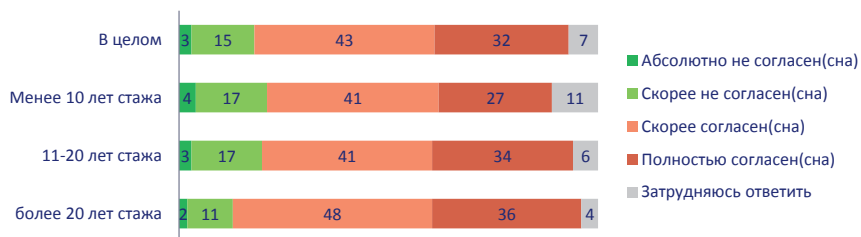
Подавляющее большинство опрошенных врачей в своей практике отходят от заданных стандартов. Так, треть медиков отмечают, что действующих стандартов недостаточно для прояснения диагноза, и они регулярно назначают дополнительные обследования. Ещё более 40 % врачей также иногда прибегают к аналогичным шагам (см. рис. 21).



**Рис. 21. Распространённость отклонений от стандартов оказания медицинской помощи**

*Источник: данные Левада-Центра*

В целом, каждый третий врач вынужден для оказания качественной помощи в своей практической деятельности отклоняться от введённых регламентов. Более опытные и квалифицированные врачи чаще других говорят о рутинизации подобной практики (42 % опытных против 28 % молодых врачей). 75 % опрошенных врачей согласны с утверждением, что действующая система организации здравоохранения поощряет формальное отношение врача к выполнению своей работы. Доля тех, кто не разделяет данное мнение, составляет менее пятой части опрошенных (18 %). Чем выше профессиональный опыт врача, тем чаще он склонен



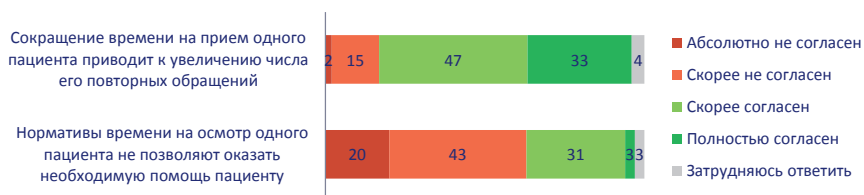
**Рис. 22. Распределение ответов на вопрос: «В какой степени вы согласны или не согласны с суждением, что действующая система организации здравоохранения поощряет формальное отношение врача к выполнению своей работы», %**

*Источник: данные Левада-Центра*

поддерживать мнение о формализме здравоохранения – такой позиции придерживается 84 % врачей, имеющих более 20 лет стажа, и 68 % работающих в здравоохранении менее 10 лет (см. рис. 22).

Формирование определённых нормативов по количеству приёма / лечения пациентов и санкции со стороны руководства за их несоблюдение может приводить к оппортунистическим практикам. Так 20 % врачей признались о регулярных приписках по приёму больных. Более распространена такая ситуация в амбулатории, где чаще есть ежедневные планы по приёму пациентов.

Негативными последствиями введения стандартов и нормативов на оказание медицинских услуг может стать снижение времени на приём одного больного. Общий настрой медиков по поводу нормативов по времени на приём пациентов является отрицательным. Две трети врачей указывают на то, что действующие нормативы по времени не позволяют пациенту оказать весь объём нужной медицинской помощи (см. рис. 23).



**Рис. 23. Восприятие нормативов времени на приём одного пациента, %**

*Источник: данные Левада-Центра*

С точки зрения 80 % медиков сокращение времени на приём пациента приводит к увеличению его повторных обращений. Таким образом, данная тенденция приводит к искусственному росту очередей и/или удлинению списка пациентов на запись к врачу – пациент вместо одного раза теперь будет обращаться несколько. В результате снижается доступность медицинской помощи для населения.

Идея по маршрутизации пациентов и разделению лечебных учреждений на три уровня в зависимости от оснащённости и сложности оказываемой медицинской помощи на данный момент имеет поддержку среди пятой части опро-



**Рис. 24. Распределение ответов на вопрос: «Как вы считаете, реорганизация медицинских учреждений и разделение их на три уровня в зависимости от оснащённости и сложности оказываемой медицинской помощи улучшила, ухудшила или не изменила возможности пациентов получить квалифицированную помощь?»**

*Источник: данные Левада-Центра*



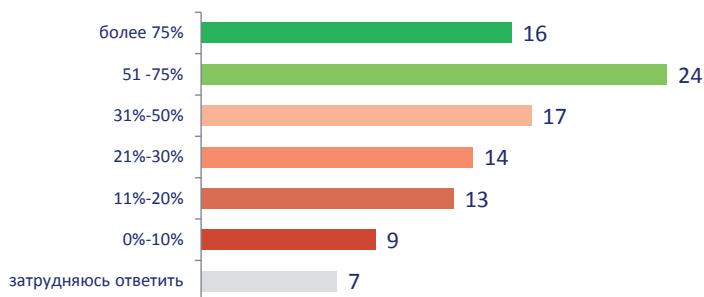
**Рис. 25. Распределение ответов на вопрос: «Как вы считаете, какой из следующих способов организации оказания специализированной помощи более эффективен для нашей страны?», %**

*Источник: данные Левада-Центра*

шенных медиков. Однако те, кто видит в данном разделении больше минусов, вдвое больше (см. рис. 24).

Идея разграничения доступа к специалистам, оказывающим узкоспециализированную помощь – к ним можно попасть по направлению терапевтов – также не в полной мере поддерживается врачами. Более половины опрошенных медиков вне зависимости от их специализации считают, что лучше предоставлять право пациентам напрямую записываться на приём к узким специалистам (см. рис. 25). Перегруженность первичного звена, в частности, терапевтических ставок не позволяет своевременно получать необходимую помощь для пациентов.

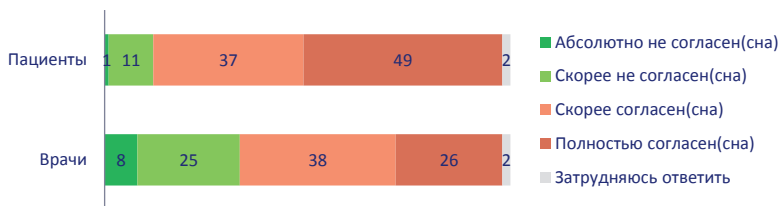
Согласно государственным программам развития здравоохранения приоритетным направлением является усиление первичной медико-санитарной помощи. 53 % врачей стационарного звена говорят о том, что меньше половины больных, поступивших в стационар, получили все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе (см. рис. 26). Данная ситуация, с одной стороны, подтверждает потребность в укреплении первичного амбулаторного звена, и с другой, показывает, что заявленный в качестве приоритетного направления данный шаг пока не был широко реализован на практике.



**Рис. 26. Распределение ответов на вопрос: «Исходя из вашего опыта, примерно какая часть больных, поступающих в стационар, получает все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до поступления в стационар?», % от тех, кто работает в стационаре**

*Источник: данные Левада-Центра*

В оценках увеличения платности медицины медики в целом солидарны с пациентами – две трети врачей согласны с мнением, что получить качественную помощь в нашей стране могут только те, у кого есть деньги (см. рис. 27).



**Рис. 27. Распределение ответов на вопрос: «В какой степени вы согласны с суждением, что в нашей стране качественную медицинскую помощь могут получить только те, у кого есть деньги?»**, %

*Источник: данные Левада-Центра*

Ожидания медицинского сообщества от внедряемых преобразований крайне пессимистичны – 46 % врачей считают, что через 5 лет результаты данной реформы приведут только к ухудшению ситуации в здравоохранении. Четверть врачей затруднились высказать свои прогнозы о будущем системы здравоохранения. Пятая часть врачей не ожидает никаких изменений на ближайшие пять лет, и только каждый десятый проявляет оптимизм и надеется на улучшение ситуации (см. рис. 28).



**Рис. 28. Распределение ответов на вопрос: «Как, по вашему мнению, в ближайшие пять лет изменится ситуация в оказании качественной медицинской помощи в результате реорганизации учреждений и перехода на одноканальную систему финансирования?»**, %

*Источник: данные Левада-Центра*

Таким образом, проведённый обзор позволяет сделать вывод о том, что врачи и потребители медицинских услуг во многом солидарны относительно положения дел в здравоохранении. Две трети оценивают текущую ситуацию в медицине как «плохую» или «неудовлетворительную». Новая реформа здравоохранения также вызывает недовольство как врачей, так и пациентов, которые полагают, что за последние 5 лет произошли ухудшения как качества, так и доступности медицинской помощи.



## Политика в области охраны здоровья населения

Политика властей в области охраны здоровья населения (здравоохранительная политика) решает следующие задачи:

- выбор модели здравоохранения и медицинского обслуживания и законодательное, нормативно-правовое обеспечение функционирования выбранной модели;

- выбор приоритетов развития системы здравоохранения, что фактически демонстрирует видение будущего и, как следствие, предопределяет цели и ориентиры для краткосрочной и среднесрочной перспективы развития;

- согласование интересов различных групп населения и политических сил при выборе стратегий и конкретных программ, формирование консенсуса между властью и гражданскими структурами, распространение информации, помогающей людям точнее представить и сформулировать свои интересы;

- способ принятия политических решений по вопросам здоровья и здравоохранения и их встраивание в контекст общего политического поля страны.

Одна из важных сегодняшних задач – перевести перспективное видение здравоохранения в конкретные действия в плане доступа, справедливости, эффективности и качества. Это требует адекватных форм руководства и управления, включая управление политическим процессом. Политика государства в области здравоохранения относится к решениям, планам и действиям, которые предпринимаются для достижения конкретных целей в этой сфере. Во всех случаях участие государства является системообразующим элементом.

При этом политика в области здравоохранения связана с другими направлениями политики государства, которые лежат за пределами непосредственно медицины и учреждений здравоохранения. Кроме того, следует учитывать специфику здравоохранения как отрасли, где часто невозможно применение стандартных теорий, работающих в других отраслях экономики. Поэтому вопрос о роли здравоохранения как системы обеспечения здоровья населения является актуальным всегда и нуждается в поиске и применении адекватных управленческих технологий, которые бы обеспечивали эффективную работу отрасли при соблюдении базовых принципов социальных систем. Эти задачи определяют важность эффективной государственной политики в области здравоохранения. Важно не просто целеполагание, выбранные методы должны быть адекватны целям и способствовать реализации общественных интересов. Применительно к здравоохранительной политике, цель не оправдывает средства, способы её достижения должны быть социально приемлемы для населения.

Государственная политика в области здравоохранения в Российской Федерации направлена на соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья населения; обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, а также соблюдение социальной справедливости при реализации этих прав; ответственность органов государственной власти, юридических и должностных лиц за принимаемые меры по сохранению и укреплению здоровья населения; ресурсное обеспечение системы здравоохранения; разграничение полномочий и предметов ведения в области здравоохранения между субъектами Федерации, субъектами и органами местного самоуправления; контроль над исполнением законодательства и установленных стандартов качества медицинской помощи, её доступности гражданам на всей территории Российской Федерации и т. д. В конечном итоге,

государственная политика в сфере здравоохранения относится к факторам обеспечения национальной безопасности Российской Федерации.

Несмотря на специфику, общие принципы политической науки применимы и к здравоохранению. Для объяснения политических процессов, которые «работают» на формирование государственной политики в сфере здравоохранения и принятие политических решений используются различные теоретические подходы. Причём, решения, так или иначе, всегда опосредованы общественным мнением, оказывающим существенное влияние на их целевое содержание. Необходимо в нужный момент соединить профессиональные и общественные подходы к проблемам, решаемым в русле государственной политики. В этом плане предназначение экспертов, аналитиков и теоретиков – выработка обоснованных рекомендаций относительно того, как наилучшим образом соединить эти позиции, чтобы достичь наибольшего эффекта. Центральное место при этом имеют связи между различными площадками действий, а также между стратегическими и оперативными решениями, принимаемыми на всех уровнях государственного управления.

Уникальной особенностью здравоохранения в России является мировоззренческое двоевластие, препятствующее его эффективному развитию. Оно сохраняется с самого начала реформ, хотя в публичной сфере чаще всего замалчивается. В основе – противоборство между двумя различными подходами (культурами) в понимании медицины, врача, пациента, наконец, здравоохранения. Согласно первой, медицина есть сфера экономики, разновидность бизнеса, в которой должны действовать правила ведения бизнеса. На практике господство такого подхода закреплено либеральными политиками в частной и страховой модели здравоохранения. Врач – это поставщик медицинских услуг, пациент – их потребитель и отношения между ними базируются на рыночных принципах.

Согласно второй, медицина есть сфера бескорыстного служения страдающему человеку (образ врача, многократно описанный в русской (советской) классической литературе). В традиции этой мировоззренческой культуры (российской в том числе) признание общественной значимости медицинской помощи тому, кто в ней нуждается. На практике господство такого подхода закреплено социалистическими, социал-демократическими политиками в государственной (бюджетной) модели здравоохранения, в том числе и в форме обязательного медицинского страхования.

В истории здравоохранения Россия, по крайней мере, трижды играла на опережение, предлагая мировому сообществу принципиально иные формы государственной политики и организации здравоохранения. Во-первых, это была земская медицина, как особая форма медико-санитарного обеспечения сельского населения. В результате, впервые в истории медицины и здравоохранения была разработана и внедрена новая форма организации медицинской помощи, в основу которой был положен территориальный принцип. Во-вторых, фабрично-заводская медицина, как форма оказания медицинской и профилактической помощи работникам (и членам их семей) непосредственно на предприятиях и исключительно за счёт их владельцев. В-третьих, это модель государственного здравоохранения (модель Семашко), в рамках которой впервые в мире была провозглашена политическая ответственность государства за «проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний».

Процессы трансформации государственной политики в секторе здравоохранения в России в период с начала 1990-х гг. и по настоящее время привели к про-

тиворечивым результатам и породили новые проблемы. Эта политика характеризовалась спонтанностью и бессистемностью, одновременно сочетая частично патерналистский характер и многочисленные попытки придания ей адресного – характерного для рыночных условий – характера.

В целом проблемы формирования государственной политики в области здравоохранения (и выбора соответствующих форм принятия решений в этой сфере) в России можно условно разделить на четыре большие группы.

Первая группа проблем связана с общеполитическими подходами государства в секторе здравоохранения. В российской науке политика здравоохранения рассматривается в общем контексте социальной политики государства и в этом смысле подчиняется тем решениям, которые принимаются в социальной сфере. Однако представители медицинского сегмента профессионального сообщества выступают скорее как (символично, что они так себя и называют) «организаторы здравоохранения», по сути, не занимаясь исследованиями политических аспектов этого типа государственной деятельности.

Вторая группа проблем связана с трансформационными процессами, протекающими в России с начала 1990-х гг. Россия выбрала страховую модель в виде обязательного медицинского страхования (ОМС), но практические шаги по её воплощению были противоречивыми и разновекторными, не способствовали выработке единой логики политических решений. Практически весь постсоветский период в политике и действиях властей преобладает стремление что-то подправить, скорректировать, перенести, согласовать, перераспределить, а не создать стройную и логичную схему деятельности государственных органов, в том числе и во взаимодействии с гражданскими структурами.

Эта «традиция» превалирует и сегодня. Характерный пример: в 2010 г. принимается закон об ОМС, а год спустя, в 2011 г. Закон «Об основах охраны здоровья граждан». Иными словами, сначала разрабатывается механизм, а потом закон, определяющий цели и задачи развития здравоохранения, согласно которым этот механизм и должен работать. Подобная связка по принципу «телега стоит впереди лошади» уже наблюдалась в 1990-х гг., когда вопреки логике принятия управленческих решений сначала был принят закон, определяющий механизмы регулирования этой сферы, и только 1997 г. Правительство Российской Федерации утвердило Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г., которая так и осталась нереализованной. Возможно дело в том, что при такой последовательности принятия законов легче скрыть недостатки обоих документов и сохранить резерв для дальнейших поправок и необходимой коррекции. В политической науке такой приём получил название «политического сокрытия». Однако создаются все условия для вымывания заявленных политических целей (хотя бы за счёт долговременных согласований положений того и другого документа или, наоборот, за счёт излишней спешки).

Третья группа проблем связана со столкновением разных интересов в процессе формирования и принятия государственных решений в секторе здравоохранения, носителями которых выступают разные акторы, заинтересованные, так или иначе, в решении задач в данном секторе. В условиях неподготовленности политических акторов к самостоятельным действиям, наличия вето-игроков, блокирующих усилия партнёров, неумения участников согласовывать различные интересы и достигать консенсуса, издержки такого процесса целеполагания оказываются чрезвычайно высокими. Такая ситуация проявляется на федеральном,

региональном и местном уровнях. Децентрализация, которая представлялась выходом из ситуации жёсткой вертикали власти, породила конфликты между центром и регионами, между разными территориями, между муниципальными образованиями внутри регионов. Зачастую они носят скрытый характер и чреваты латентной, плохо регулируемой конфронтацией сторон.

Четвёртая группа проблем связана с принятием решений даже в ситуации, когда их целесообразность находится под вопросом. Появление этой группы проблем в России было предопределено разновекторностью идеологических конструкций в самой здравоохранительной политике страны. Начало этому было положено ещё в 1991 г., когда Правительство РСФСР принимало закон о медицинском страховании в РСФСР (на тот момент она находилась в составе СССР), прежде всего по идеологическим соображениям, как знак своего противостояния Правительству СССР. Правительство не должно было принимать решений о смене модели, пока не разобралось с качеством назревших вопросов, не оценило способы их решения и не выстроило сценарий своей деятельности. Однако власти всё же пошли по пути принятия непроработанных до конца решений.

В начале 1990-х гг. велико было желание «взять лучшее» от разных моделей здравоохранения. Но это не дало ожидаемых результатов, напротив, скорее привело к дезорганизации социальной жизни и деформации многих ценностных ориентаций и ожиданий населения. Этот процесс в несколько ином виде продолжается и поныне. Однако политика, проводимая по принципу «взять от всех моделей понемногу», вряд ли получит успешное завершение, поскольку каждая из зарубежных схем здравоохранительной политики предполагает ориентацию на разные базовые ценности (и, следовательно, на приоритеты разных социальных групп, по отношению к которым выстраиваются обязанности государства).

Основными игроками на поле российской здравоохранительной политики сегодня высказываются различные, порой противоположные, мнения по поводу её будущего. В Государственной Думе все четыре фракции имеют свои программы по развитию здравоохранения в Российской Федерации, но при существующем формате представительства в палате Федерального Собрания шансы у партий разные. Кроме того, свои программы предлагают различные общественные организации, объединения, группы экспертов.

С точки зрения целей, эти программы практически ничем не отличаются друг от друга. Декларируется тезис «всё – для человека». Но механизмы достижения этой цели предлагаются разные: альтернативные (переход к другой модели) или корректирующие (ОМС не может проводиться через частные страховые компании). И по этому вопросу согласия пока нет. В этом плане пример партии «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ» представляет комбинацию первого и второго. Партия считает, что «основой для отечественного здравоохранения должна стать модель государственного страхования, где страховщиком является государство» (переход к другой модели) и, например, «исключить платные медицинские услуги из деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (корректирующий механизм).

Корректирующей по своей сути является и предвыборная программа партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ» (2016), содержащая специальный раздел «Здоровое будущее». Он состоит из двух частей: в первой приводятся результаты деятельности

Правительства Российской Федерации в сфере здравоохранения и по выполнению майских (2012) указов Президента России; во второй – перечислены направления будущей деятельности. Отметим, что эти направления не содержат индикаторов, по которым можно было бы оценить выполнимость программы. В то же время представители партии официально говорят о том, что «как результат деятельности партии можно будет предложить народу объективные показатели здоровья». Такое мнение высказал помощник Председателя Правительства Российской Федерации Г. Онищенко, выступая на дискуссионной площадке «Здоровое будущее», которая проходила в рамках второго этапа XV съезда партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ» (26.06.2016).

Переход к рыночным отношениям потребовал не только разработки адекватной политики в сфере здравоохранения и формулировки адекватных ситуации целей, но и упрочение управленческих режимов, среди которых можно выделить клановый, бюрократический, рыночный и сетевой. В этом смысле динамика государственного управления сферой здравоохранения может рассматриваться как процесс, учитывающий изменения конфигурации (баланса) между этими формами управления.

Метафора «клан» относится к управлению на основе общих ценностей и высокого уровня доверия среди его членов, которые знают друг друга. И медицина, как профессия, демонстрирует примеры сильной «клановой» принадлежности. «Клановость» в медицинском сообществе может иметь институциональный характер, который усиливается в случае совмещения функциональных обязанностей. В России главный врач муниципальной организации (представитель «клана») исполняет обязанности директора (бюрократа), а в рыночных условиях менеджера, в задачу которого входит обязанность создавать условия, привлекательные для потенциальных клиентов, путём совершенствования отношений «купли-продажи» услуги. Но «три в одном» – это не окончательный вариант, поскольку данное учреждение (больница, поликлиника) может приобретать услуги у сторонних организаций и стать частью более масштабной сети контрактов, субконтрактов, союзов, товариществ и отдельных операторов.

Введение тендера в условиях конкуренции частных поставщиков услуг, а также создание внутренних рынков (квазирынков) – пример замены кланового и бюрократического режимов рыночным. Однако этот процесс далёк от завершения, что мешает функционированию как подсистем, так и системы здравоохранения в целом. В условиях неопределённости политика в сфере здравоохранения вынуждена ограничиваться только принятием корректирующих решений.

Российская практика показала, что приватизационные сделки, введённые в рамках этого процесса в сфере здравоохранения, не смогли создать конкурентные рынки, в лучшем случае возникали несовершенные рынки, а в худшем приходилось сталкиваться с монопольными практиками производителей услуг. Причина, возможно, состоит в том, что рынок сам по себе воспроизводит собственные провалы, которые приходится исправлять путём централизованного регулирования, которое, по сути, является формой административного вмешательства и государственного регулирования. В современном здравоохранении России наблюдается примерно равно-пропорциональное представительство всех режимов, с преобладанием того или иного «по ситуации».

Государственное управление в области здравоохранения демонстрирует усложнение взаимоотношений между государственными и негосударственными

ми участниками. Для реализации решений создаются возможности перешагнуть рамки одного ведомства и сформировать реальные сети межпрофессионального и межсекторального характера. В рамках такого подхода государство предстаёт как специфическое социальное пространство, совмещающее суммарные связи и отношения властей со всеми иными агентами, влияющими на формирование стратегий и целей. В этом смысле именно сетевой подход позволяет создавать в нашем государстве различные модификации страховой медицины. Однако если речь идёт о сильном влиянии государства, то государство заинтересовано в формировании государственной (национальной) сети управления. В этих условиях усиление его роли как гражданского антрепренёра в регулировании социальных отношений является залогом роста благосостояния граждан.

Четыре режима управления и их сочетание образуют конструктивные эвристические рамки для анализа многочисленных попыток контроля над данной сферой, осуществления реформ, изменений и совершенствовании государственных услуг в сфере здравоохранения и механизмов для их предоставления потребителю. В политике здравоохранения использование этих когнитивных схем может происходить через выдвижение объясняющих гипотез.

Так, сочетание кланового управления с элементами иерархической бюрократии (особенно в распределении и контроле финансов) демонстрирует определённое напряжение (что в сфере здравоохранения проявляется в трениях между представителями (видами) медицинских профессий и бюрократии в лице Министерства здравоохранения Российской Федерации).

Введение правил, стандартов, инструкций, протоколов, целевых показателей профессионального толка, их постоянное воспроизводство и уточнение является частью перехода от клановых к бюрократическим схемам управления. В этом случае цели и стандарты выдвигаются и оформляются в русле организационных требований, административными кадрами, а не специалистами.

Дилемма прав и обязанностей, закреплённых Конституцией Российской Федерации и в политике защиты прав потребителей, исходит из принципов рыночной ориентации и лежит в основе взаимосвязи между отдельными лицами и общественными социальными услугами. Иначе говоря, если гражданские права являются по существу коллективными и осуществляются в рамках политического процесса, то права потребителей являются индивидуальными. Такое сложное диалектическое единство не всегда адекватно отражается в различных конкретно-исторических форматах. В силу этого для объективной оценки мониторинг общественного мнения об услугах здравоохранения обязательно должен быть дополнен профессиональным и социальным мониторингом.

Термин «принятие решений» имеет, по крайней мере, два толкования. Это выбор цели, влекущий за собой поиск соответствующих методов её реализации, ресурсов, форм контроля и т. д.; или процесс «формирования политики» государства, с акцентом на коллективных действиях разнообразных участников (акторов), их конкуренции.

Дальнейшие действия в плане совершенствования, развития здравоохранения России могут столкнуться с проблемой выбора: смена модели (1) или дальнейшие приращения, изменения, коррекции и т. д. в рамках существующей модели (2). Он связан, по крайней мере, с двумя вариантами политики в сфере здравоохранения – разработка новой модели или «внесение поправок» в существующую (см. табл. 5).

## Варианты политики в сфере здравоохранения России

Вариант 1 (обсуждение)	Вариант 2 (обсуждение)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Страховая модель в России вводилась трижды, дважды от неё пришлось отказаться, т. к. она не приводила к ожидаемым результатам.</li> <li>После 25 лет реформ эффективность модели находится под вопросом.</li> <li>– По сути это не страховая модель, точнее не совсем страховая.</li> <li>– Изменение модели, вероятно, произойдёт (вопрос времени).</li> <li>– Многочисленные поправки, которые вносятся в базовые законы здравоохранения, их постоянные модификации и т. д. приведут в действие законы диалектики – количественные показатели могут привести к изменению качества, и в этом случае это будет управляемый процесс, тогда невозможно заранее задать необходимые параметры этого качества.</li> <li>– Нам не нужен возврат к старому, нужны новые решения.</li> <li>– Нужны правдивые цифры и факты, только при этом условии можно требовать от политиков увеличения расходов на здравоохранение.</li> <li>– Современные инновации (телемедицина) могут послужить стартом для появления новой модели здравоохранения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Резервы для поправок в действующее законодательство есть, определённое время с помощью этих поправок и модификаций современного российского законодательства отрасль будет работать.</li> <li>– Изменение приоритетов – переход от строительства крупных, высокотехнологических центров (центров вообще) к ПМП, т. н. ресурсный разворот.</li> <li>– Сделать упор на здоровье и распределить ответственность за это между различными участниками, охрана здоровья как межсекторальная и межпрофессиональная проблема.</li> <li>– Политика выравнивания во множестве её проявлений, поэтому необходимо выстраивание приоритетов для принятия решения, что выравнивать – зарплаты, ресурсы, оборудование или сделать упор на социальное выравнивание.</li> <li>– Есть резервы в подходах к доступу и качеству медицинской помощи (услуг). Руководители здравоохранения используют эти приёмы в вариантах оптимизации, модернизации и т. д. здравоохранения.</li> </ul>

Кроме того, Россия – федеративное государство, что диктует свои правила в развитии российского здравоохранения в условиях федерализма, когда оба уровня власти претендуют на политическое доверие со стороны населения за вводимые программы, в то же время пытаются переложить друг на друга ответственность за возросшие расходы. Но пока в таком «политическом футболе» счёт идёт в пользу федерального правительства, завоевавшего большее доверие (свидетельство тому и «открытая линия» с Президентом России В. В. Путиным 15 июня 2017 года).

Федеральная региональная политика должна выбирать или сочетать меры стимулирования и выравнивания. Стимулирующая политика направлена на сокращение институциональных барьеров на пути развития территорий для того, чтобы более быстрый рост некоторых регионов способствовал общему развитию Российской Федерации в целом. Она доминирует в догоняющих экономиках, к которым сегодня относится Россия. Политика выравнивания направлена на обеспечение более справедливого доступа к государственным услугам людям, живущим в регионах с разным уровнем развития, что является наиболее важной задачей для сглаживания социального неравенства. Это способствует росту человеческого капи-



тала, социальной и территориальной мобильности, модернизации ценностей и образа жизни. Политика выравнивания носит социальный характер, но она требует больше средств. Политическая задача состоит в достижении оптимального баланса между этими политиками. Это перспективная задача для российского федерализма.

Сложившиеся и действующие в мире модели здравоохранения уже продемонстрировали свои возможности, равно как и свои пределы. В этих условиях у России есть реальный шанс стать одним из лидеров в создании инновационной современной модели здравоохранения XXI века. Сейчас Россия идёт по пути догоняющего движения, но представляется, что при таком подходе догнать мировых лидеров невозможно. Необходимы прорывные решения, которые дали бы выигрыш на порядок выше, действие на опережение.

Для выявления зон стабильной работы и основных проблемных областей, ведущих к неэффективности функционирования системы здравоохранения в России, в работе использована методологическая основа, предложенная ВОЗ. Согласно этой методологии, система здравоохранения включает все организации, кадры и мероприятия, основной целью которых является продвижение, восстановление или поддержание здоровья. Система здравоохранения включает две основных составляющих – цели и блоки.

Цели системы здравоохранения:

- улучшение здоровья населения страны;
- ответ / соответствие на ожидания граждан;
- обеспечение финансовой защиты от затрат на болезнь;
- эффективность.

ВОЗ выделяет шесть блоков системы здравоохранения.

– Организации здравоохранения – услуги эффективные, безопасные, качественные, индивидуальные и общественные для тех, кто, где и когда в них нуждается, с минимальной потерей ресурсов.

– Кадры, медицинский персонал – отзывчивый, справедливый и эффективный в достижении наилучшего возможного результата здоровья при данных ресурсах и обстоятельствах. Необходимо наличие достаточного числа, состава и распределения медицинских кадров, компетентных, отзывчивых на нужды пациентов и продуктивных.

– Информационная система для обеспечения производства, анализа, распределения и использования достоверной и своевременной информации по детерминантам здоровья, работе системы здравоохранения и состоянию здоровья населения.

– Медицинские продукты, вакцинация и технологии – необходим справедливый доступ для обеспечения качества, безопасности, эффективности и эффективности по затратам, научное обоснование потребления.

– Система финансирования здравоохранения – мобилизация адекватных ресурсов для здравоохранения способами, которые обеспечивают людям возможность получать необходимые услуги и защищают их от обеднения в случае наступления болезни.

– Лидерство и руководство – разработка стратегии развития в сочетании с эффективным контролем, создание коалиций, разработка регулирования и стимулов, внимание к дизайну системы и подотчётности.

В таблице ниже представлен анализ работы системы здравоохранения по вышеуказанным целям.



### Реализация целей системы здравоохранения в Российской Федерации

1. Улучшение состояния здоровья населения	
<b>Достижения:</b>	<b>Проблемы:</b>
<p>Определённое улучшение в области медико-демографической ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– повышение продолжительности жизни населения;</li> <li>– снижение уровня смертности в целом и трудоспособного населения, материнской и младенческой смертности;</li> <li>– снижение уровня заболеваемости по таким болезням как некоторые инфекционные и паразитарные болезни;</li> <li>– некоторая стабилизация уровня первичной заболеваемости детей и подростков;</li> <li>– снижение первичной заболеваемости детей 0–14 лет по всем классам болезней (за исключением новообразований).</li> </ul>	<p>Несмотря на то, что в последние годы в России было достигнуто некоторое улучшение состояния здоровья населения, по большинству показателей мы отстаём от развитых стран. В настоящее время отмечается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– замедление темпов роста ОПЖ;</li> <li>– замедление темпов снижения смертности;</li> <li>– повышение большой смертности;</li> <li>– повышение такого показателя как смертность от прочих причин;</li> <li>– постоянный рост заболеваемости населения, хотя и с некоторыми колебаниями.</li> </ul> <p>Рост заболеваемости с 1990 г. наблюдался практически по всем классам болезней. Значительно выросла заболеваемость патологиями, приводящими к смерти: болезнями кровообращения и онкологией. Следует отметить, что реальная заболеваемость может быть ещё выше, чем регистрируемая, в связи с тем, что значительная часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи не обращается в медицинские учреждения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– рост числа инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);</li> <li>– появление форм туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью и сочетанных с ВИЧ;</li> <li>– ухудшение репродуктивного здоровья женщин. Продолжается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в том числе органов половой системы, расстройствами менструации, бесплодиями, осложнениями беременности, родов и послеродового периода;</li> <li>– рождаются больными или болевают более трети новорождённых;</li> <li>– продолжающийся рост заболеваемости подростков 15–17 лет по многим классам болезней;</li> <li>– детский и подростковый травматизм остаётся на высоком уровне;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– рост заболеваемости детей, особенно подросткового возраста, существенно влияющей на реализацию репродуктивной функции;</li> <li>– увеличение количества детей и подростков, страдающих расстройствами психики;</li> <li>– рост инвалидности детей от 0 до 18 лет. При этом на фоне стагнации уровня общей детской инвалидности увеличивается распространённость инвалидности в подростковом возрасте;</li> <li>– сохранение неравенства в состоянии здоровья по социальным показателям, что подрывает общий положительный результат.</li> </ul>
<b>2. Ответ на соответствие ожиданиям граждан</b>	
<b>Достижения:</b>	<b>Проблемы:</b>
<p>Расширяется спектр предоставляемых услуг по лечению и диагностике, в том числе высококвалифицированная помощь по ряду заболеваний.</p> <p>Проводятся кампании по диспансеризации, в том числе работающих и детей.</p> <p>Реализуется идея о системе здравоохранения, центрированной на пациентах.</p>	<p>Не удовлетворены положением дел в отечественном здравоохранении две трети россиян,</p> <p>в том числе не удовлетворены сроками ожидания медицинской помощи (43 %), низким профессиональным уровнем врачей (41 %), плохим оснащением больниц современным оборудованием (37 %), большими очередями в поликлиниках (33 %), дефицитом медицинских кадров (29 %).</p> <p>Неудовлетворённость качеством получаемой помощи в государственных / муниципальных учреждениях приводит, чаще всего, к отказу от медицинской помощи в принципе.</p> <p>Среди причин необращения за медицинской помощью, когда она требуется, отмечается отсутствие времени на посещение медицинских учреждений (24 %), недовольство работой медицинских организаций (29 %), неверие в эффективность лечения (20 %), возможность получить лечение только на платной основе (12 %).</p> <p>Положительные изменения за последние 5 лет в доступности медицинской помощи отмечают всего 16 % россиян. Треть россиян отмечает ухудшение ситуации – 36 %.</p> <p>Бюрократизация процедур получения медпомощи.</p> <p>По-прежнему многие учреждения здравоохранения плохо отремонтированы и оснащены.</p>

<p><b>3. Обеспечение финансовой защиты граждан от затрат на болезнь</b></p>	<p><b>Достижения:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– наличие в стране системы ОМС и сохранение каналов бюджетного финансирования, в рамках которой происходит обобщение средств, обеспечивающих определённый уровень бесплатной медицинской помощи;</li> <li>– наличие нормативов финансового обеспечения в Программе госгарантий.</li> </ul> <p>На основе проектного подхода осуществлены крупные финансовые вливания – проект «Здоровье» и программа модернизации здравоохранения.</p>	<p><b>Проблемы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– недостаточное общественное финансирование;</li> <li>– рост личных платежей граждан, что свидетельствует о неравенстве доступа к медицинской помощи;</li> <li>– рост доли платных услуг вообще в бюджетах домохозяйств и у богатых, что говорит об ограниченности перераспределения средств и солидарности в системе;</li> <li>– проектный подход имеет свои ограничения, особенно в плане устойчивости финансирования;</li> <li>– неравнозначность добровольного медицинского страхования.</li> </ul> <p>Возможности альтернативных способов получения помощи крайне ограничены – получают помощь по полису ДМС 6 % россиян. Примерно столько же россиян (7 %) имеет возможность регулярно обращаться в частные клиники. Иными словами, только 13 % населения пользуется платными медицинскими услугами.</p>
<p><b>4. Обеспечение эффективности системы здравоохранения</b></p>	<p><b>Достижения:</b></p> <p>При низком финансировании тем не менее система обеспечивает определённый уровень удовлетворения потребностей населения, то есть можно сказать, что наличие соотношения результатов и финансирования по факту: какое финансирование, такой и результат. Разработана система стандартов и протоколов лечения и тарифов оплаты.</p> <p>Программа государственных гарантий бесплатной мед. помощи конкретизирует государственные обязательства и по объёмам, и по финансированию. Введение критериев доступности и качества в программу госгарантий.</p> <p>Внедряются современные технологии в лечение и управление, в том числе ИТ. Активно продвигается идея здорового образа жизни.</p>	<p><b>Проблемы:</b></p> <p>Не все потребности удовлетворяются за счёт общественных средств, при высокой доле платных услуг можно предположить, что граждане сами решают свои медицинские проблемы. По данным опроса 33 % респондентов не обращались за медицинской помощью, когда в ней была потребность, из них половина лечится самостоятельно (53 %).</p> <p>Модель страхования с посредниками более затратная, чем государственная с единым плательщиком. Причём посредниками в государственной системе являются частные страховые компании. Сохраняется перевес высокотехнологичной против первичной мед. помощи. Оптимизация медицинских учреждений (или их закрытие) привели к ухудшению доступности медицинской помощи для значительной части граждан, особенно в сельской местности. Сохраняется не только достаточно низкий уровень оплаты медицинского персонала, особенно среднего, но и существенные различия в оплате между рядовыми медиками и руководящими кадрами. Здоровый образ жизни – не только медицинская проблема, нет механизма взаимодействия всех участников.</p>

## Проблемы российской системы здравоохранения

Проводя общую оценку работы системы здравоохранения, надо разделять:

- собственно результат (результативность);
- какими усилиями (ресурсами) он достигнут (эффективность).

Сложившаяся в России система здравоохранения решает определённые задачи по охране здоровья населения, но требует совершенствования для того, чтобы обеспечить более полную реализацию тех целей, которые она должна выполнять в соответствии как с политикой, декларируемой российским руководством, так и высокими мировыми стандартами.

При этом нельзя однозначно утверждать, что система здравоохранения не работает вообще или неэффективна в заданных параметрах, однако для получения реального результата, зафиксированного в позитивных целях, закреплённых в политических документах и законодательстве, необходимо менять эти параметры, в том числе увеличивать финансирование, последовательно добиваться приоритета охраны здоровья.

С точки зрения результативности главные показатели «нерезультативности» – существующие проблемы с состоянием здоровья населения, с доступом к медицинским услугам и их качеством, и на этом фоне – неудовлетворённость населения. Поэтому проблемы, выявляемые в опросах населения, требуют внимания.

С точки зрения эффективности главные показатели «неэффективности» следующие – система подстраивается под ресурсы, а не наоборот. Она формируется уже с учётом доплат граждан, роста личного финансирования. При этом государство экономит свои средства, думает об их эффективности, но не занимается контролем личных трат граждан по принципу: если хочешь потратить, то заплати. Поэтому реально по имеющимся данным невозможно определить эффективность именно государственной системы здравоохранения. В итоге сложно сказать, за счёт чего решаются проблемы населения – во всяком случае, в значительной степени за счёт граждан, государство здесь оказывается в общем-то ни при чём. Особые вопросы вызывает введение платы в государственных медицинских организациях. При этом все граждане платят налоги, из которых регионы оплачивают медицинское обслуживание неработающего населения, а за работающих платят работодатели из фонда оплаты труда, что тоже в итоге ложится на плечи работников.

Рационирование медицинских услуг происходит в любых системах, однако применение принятых в развитых странах методов рационирования выступает в условиях гораздо более низкого финансирования в России уже как прямой ограничитель, выдавливающий население в систему доплат или в частную медицину. На этом фоне происходит разделение системы здравоохранения для богатых и бедных, что неизбежно приводит к деградации бесплатных государственных медицинских услуг.

При этом в России все проблемы усугубляются по таким направлениям как – региональный срез; «город-село»; высокодоходные и низкодоходные группы населения. В результате по всем показателям системы здравоохранения проявляются различия в получении медицинских услуг между регионами страны, городской и сельской местностью, состоятельными и малообеспеченными гражданами.

При постановке задач по изменению системы здравоохранения России необходимо учитывать влияние двух групп факторов.

Объективные проблемы, с которыми сталкивается здравоохранение как система и которые должны учитываться при развитии любой системы независимо от её других параметров, включают:

- старение населения;

- быстрое развитие новых технологий и необходимость их адаптировать в имеющиеся системы (среди важнейших – ИТ и генетика);
- многофакторность здоровья и сложность выявления влияния отдельного и совместного факторов на здоровье человека;
- изменение характера болезней: переход на хронические и так называемые *multipledisease*, когда у человека не одна, а несколько болезней одновременно и новые болезни так называемого социального типа – диабет и т. п.;
- объективная неоднозначность оценки результата – как количественного, так и качественного – работы системы здравоохранения и, соответственно, её эффективности.

Специфически российские проблемы / ограничения для будущих реформ / совершенствования:

- учитывать фактор неравенства и его отражение в здравоохранении, открыто ставить эту цель в политике;
- ограничения финансирования – согласно экспертным оценкам, в сложившейся ситуации вряд ли можно ожидать серьёзного увеличения затрат на здравоохранение. Об этом свидетельствует и проект бюджета на 2018 и до 2020 г.;
- формирование за 25 лет реформ системы интересов и соответствующей инфраструктуры, в том числе в области ОМС, лекарственного обеспечения;
- несмотря на риторику, здравоохранение не является приоритетом. Об этом свидетельствует и устойчиво низкое общественное финансирование, и озвученные Президентом России последние инициативы о доплатах населения. При этом очевидно, что речь о том, какие резервы можно задействовать для увеличения финансирования, не идёт;
- столкновение различных групп интересов в вопросах формирования здравоохранительной политики, носителями которых выступают разные акторы, заинтересованные, так или иначе, в решении задач в данном секторе. Основными игроками на поле политики в сфере здравоохранения сегодня высказываются различные, порой противоположные, мнения по поводу развития системы российского здравоохранения. В Государственной Думе все четыре фракции имеют свои программы по развитию здравоохранения в Российской Федерации, но при существующем формате представительства в этой палате Федерального Собрания шансы у партий разные.

К парадоксам российской системы здравоохранения в первую очередь относятся имеющееся противоречие между целями здравоохранительной политики и механизмами её исполнения. Характерный пример: в 2010 г. принимается закон об обязательном медицинском страховании (ОМС), а год спустя, в 2011 г. – закон «Об основах охраны здоровья граждан...». Иными словами, сначала «узаконивается» механизм, а потом, в соответствии с принятым механизмом, обосновываются цели. Подобная связка уже наблюдалась в 1990-х гг., когда вопреки логике принятия управленческих решений сначала был принят закон, определяющий механизмы регулирования этой сферы, а позднее в 1997 г. Правительство Российской Федерации утвердило Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г., которая так и осталась нереализованной:

1. С одной стороны, ужесточается контроль за использованием общественных средств, а с другой, государство не только допускает, но и рассчитывает на увеличение личного вклада граждан в получение ими медицинских услуг.

2. С одной стороны, система развивается в условиях ограниченного финансирования, ниже стандартов для развитой страны, с другой стороны, она формируется

с включением многочисленных посредников, что объективно её удорожает и отвлекает средства от непосредственного оказания медицинских услуг населению.

3. С одной стороны, ставится задача развития системы профилактики и первичной помощи, а с другой – в качестве главных отчётных показателей выступает увеличение высокотехнологичной помощи, строительство крупных учреждений и т. д.

4. С одной стороны, некоторые меры противоречивы с методологической точки зрения (например, введение платы в госучреждениях), а с другой – их отмена без увеличения расходов на здравоохранение, скорее всего, приведёт к ещё более худшим результатам – в нашем случае к недофинансированию и даже закрытию государственных медицинских организаций.

5. С одной стороны, декларируется необходимость доступности и надлежащего качества медицинской помощи, с другой – проводится «оптимизация» медицинских организаций, что приводит к их ликвидации или ограничению их деятельности, особенно в сельской местности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в настоящее время состояние здоровья россиян и самого здравоохранения настоятельно диктуют необходимость совершенствования здравоохранительной политики, и на этой основе – повышения уровня защищённости граждан в системе здравоохранения. Практика показывает, что в рамках существующих экономических и организационных структур и решений проблема обеспечения здоровья россиян принципиально не решается.

В результате сохраняется насущная необходимость:

- повышения уровня здоровья нации;
- сохранения социальной стабильности в обществе;
- повышения качества медицинского обслуживания;
- увеличения и оптимизации государственных расходов на здравоохранение при повышении эффективности инвестиций;
- уменьшения структурных диспропорций.

Центральными и наиболее дискутируемыми проблемами современной российской системы здравоохранения являются:

- отсутствие единой системы охраны здоровья; нарастание объёма платных услуг, снижение государственных расходов, преимущественное финансирование стационарной помощи, а не первичного звена и профилактики;
- слабое развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения (оно, в основном, зарубежное – лекарства, медицинская аппаратура и изделия);
- резкие различия доступности и качества медпомощи между муниципалитетами, регионами, городом и селом, бедными и богатыми;
- дефицит кадров в первичном звене и квалифицированных кадров в больничном сегменте при низкой мотивации руководителей и работников (зарплата) и неразвитости элементов профессионального саморегулирования, страховщиков к обеспечению интересов граждан;
- отсутствие единого информационного пространства (реестр застрахованных, больных, мощностей, лекарств, телемедицины и др.);
- неразвитость общественных институтов контроля за системой здравоохранения и фактическое отсутствие реальной ответственности властей за состояние здоровья населения.

К важнейшей роли среди проблем, которые в итоге приводят к проявлению указанных выше парадоксов, следует отнести неверные методологические подходы, которые закладываются в модель здравоохранения.

Главная ошибка – отношение к системе здравоохранения как к рыночной системе, а не системе социального выравнивания, компоненту социальной защиты. Предполагается, что система здравоохранения в России должна быть дешевле, чем в развитых странах, и медики должны руководствоваться принципом «дешево, но высокого качества». Но в условиях глобализации, высокого уровня цен на медицинские услуги, оборудование и лекарства это, в принципе, невозможно. Доказано и постулируется ВОЗ, что стабильная работа здравоохранения начинается с финансирования на уровне более 1300 долларов на душу населения в год (у нас в 2016 г. – только 850 долларов). Обязательное медицинское страхование в том виде, в котором оно сложилось, и на которое делает ставку Правительство Российской Федерации, не в состоянии покрыть все затраты на медицинскую помощь. Система ОМС обеспечивает сейчас чуть более 50 % финансирования медпомощи. В таком случае необходимо поднять страховые взносы в ОМС до 10–12 % от фонда заработной платы, что неизбежно вызовет отрицательную реакцию бизнеса и работодателей.

Кризис в социальной сфере отождествляется с ситуацией в развитых странах. Однако «общество всеобщего благоденствия» достигло высоких социальных стандартов для большинства населения (включая безработных) и в период кризиса лишь замораживает социальные затраты (их доля в ВВП не снижается, а увеличивается!).

Это вызывает негативное отношение в обществе, и медиков, и пациентов, поскольку государство уходит от ответственности за здоровье населения. Начались протестные движения, конференции и съезды отнюдь не оппозиционных прежде обществ и некоммерческих организаций, направляющих письма протеста и резолюции в адрес Правительства Российской Федерации и Президента России (Союз пациентских организаций, Союз онкологов, Общество врачей России и др.). Критика в прессе и в сети «Интернет», нападения на медиков – всё это говорит о росте недовольства ситуацией в сфере здравоохранения. Это требует принятия мер по поддержке здравоохранения.

Проблемы, накопившиеся в системе здравоохранения России, могут в настоящее время решаться по двум направлениям, а именно:

- разработка новой модели, основанной на иных принципах;
- смягчение негативных моментов, инкрементальное улучшение в отдельных областях путём совершенствования существующего законодательства.

Два этих направления не являются взаимоисключающими. Так как разработка новой модели требует серьёзной работы, в том числе по согласованию позиций различных политических сил, на данном этапе представляется целесообразным принимать меры, которые помогут изменить ситуацию в системе здравоохранения к лучшему и подготовить основу для новой модели.

Для выработки рекомендаций по этому вопросу необходимо:

- проанализировать состояние российского законодательства в сфере охраны здоровья;
- рассмотреть современные методологические подходы к организации и финансированию здравоохранения с учётом мирового опыта.

## **Финансирование российской системы здравоохранения**

Финансирование системы здравоохранения России основано на следующих источниках:

- страховые взносы работодателей на ОМС работающего населения;



- страховые взносы из бюджетов субъектов Федерации на ОМС неработающего населения;
- расходы региональных бюджетов;
- межбюджетные трансферты, которые подразделяются на общие дотации регионам, не привязанные напрямую к здравоохранению, но определяющие состояние его бюджета; трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ ОМС и проведение специальных мероприятий в сфере здравоохранения.

В 1990-е гг. в стране сложилась двухканальная система финансирования здравоохранения из общественных средств – за счёт и бюджета, и ОМС. В фонды ОМС поступали страховые взносы на ОМС работающих граждан, которые уплачивали их работодатели, взносы самозанятых, которые платили сами за себя, а также взносы за неработающее население – средства перечислялись из соответствующего бюджета субъекта Федерации. Первоначально, когда взносы работодателей составляли 3,6 % фонда заработной платы, а региональные власти сами определяли размер взноса и выплаты, были проблемы с получением средств.

При этом, во-первых, за счёт средств ОМС оплачивались расходы, связанные непосредственно с лечебным процессом: заработная плата, начисления на неё, лекарства, питание, мягкий инвентарь и иные. При этом крупные расходы, включая оборудование и содержание зданий, финансировались из региональных бюджетов, а во-вторых, из средств работодателей только 0,2 % отчислялись непосредственно в Федеральный фонд, остальные шли прямо в региональный фонд ОМС.

К началу 2010-х гг. доля ОМС в финансировании здравоохранения составляла только 35 % общих расходов на здравоохранение, остальные расходы несли федеральный и региональный бюджеты.

В 2001 г. система уплаты взносов для работодателей была изменена – они проходили через налоговую систему и были включены в состав так называемого Единого социального налога в Федеральный фонд ОМС 0,8 %; в территориальные фонды ОМС 2 %. Налог был регрессивный, то есть был установлен определённый порог заработной платы (нарастающий итог с начала года), выше которого не применялась указанная ставка, а просто была установлена твёрдая сумма.

В 2011 г. был проведён комплекс мер по изменению потоков финансирования в здравоохранении, цели которого – обеспечение финансовой устойчивости ОМС за счёт достижения сбалансированности территориальных программ ОМС, централизации средств ОМС в бюджете Федерального фонда ОМС, предоставления субвенций регионам на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС по единой методике, устанавливаемой Правительством Российской Федерации; установление единых требований к субъектам Федерации по определению размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и ответственности за своевременность и полноту их уплаты.

Единый социальный налог был отменён и произошёл возврат к страховым взносам. Тарифы взносов на ОМС для работодателей были повышены до 5,1 %. Одновременно был увеличен и порог, свыше которого не применяется тариф – примерно до 500 000 руб., начиная с 2015–2016 гг. он был вообще отменён. Планово изменялись и фиксированные взносы в ОМС, уплачиваемые индивидуальными предпринимателями и самозанятыми гражданами (частными адвокатами, нотариусами и др.). За период 2014–2016 гг. они росли ежегодно: с 3 399,05 до 3 796,85 руб.

В федеральном законодательстве впервые были закреплены размеры взносов за неработающее население. Ранее региональные власти решали этот вопрос по сво-



ему усмотрению – на местном уровне сложились различные тарифы страховых взносов, что приводило к разбросу финансового обеспечения системы ОМС, причём ряд регионов вообще не переводили средства или только символически. В результате страховые взносы за неработающее население составляли около четверти всех доходов фондов. Проблема обострена ещё и тем фактом, что неработающее население в последние десятилетия составляет половину и более населения страны.

С 1 января 2012 г. были изменены потоки средств в системе, все взносы – из территориальных фондов ОМС и региональных бюджетов – поступают в ФФ ОМС, который на основании нормативов распределяет их по регионам. Взносы в территориальные фонды были отменены. В результате ФФ ОМС получил полное право контроля за уплатой взносов и их расходованием.

Основными источниками формирования доходов бюджетов ТФ ОМС становятся средства, предоставляемые из бюджета ФФ ОМС в форме субвенций на территориальную программу ОМС (640,6 млрд руб., или 61,5 % от общего объёма доходов ТФ ОМС в 2012 г.), и региональную программу модернизации (229,7 млрд рублей, или 22,0 % в 2012 г.). Средства регионов составили только 109,1 млрд руб., или 10,5 %.

Был начат поэтапный переход на одноканальное финансирование, когда в тариф ОМС постепенно будут включены заболевания и виды медицинской помощи, в том числе высокотехнологичная помощь, которая ранее финансировалась за счёт бюджетов соответствующих уровней, а также оплата коммунальных и транспортных услуг, услуг связи и другие расходы по содержанию имущества и социальному обеспечению работников. Основная идея такого нововведения – одноканальное финансирование позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские организации, с объёмами и сложностью оказываемой ими медицинской помощи и достигаемыми результатами, то есть расходовать государственные средства эффективно.

Медицинская организация как самостоятельный хозяйствующий субъект получает право планировать и самостоятельно распределять заработанные деньги, решать, на какие статьи расходов их в первую очередь направить. Одновременно повышается ответственность главных врачей за соблюдение сроков выдачи заработной платы и организацию контроля за кредиторской задолженностью при ведении хозяйственной деятельности.

Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, начиная с 1999 г., ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации, и в соответствии с ней регионы разрабатывают территориальные программы, в которых могут определять, при наличии соответствующих ресурсов, дополнительные виды и объёмы медицинской помощи. Программа включает два блока, то есть разграничивает сферы ответственности бюджета и ОМС. Постепенно роль ОМС повышается, что выражается, в том числе, и в повышении его доли в общем финансировании здравоохранения. Вместе с тем, из региональных бюджетов продолжает финансироваться оказание социально значимых видов медицинской помощи (больным туберкулёзом, психическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированным и т. д.), лекарственное обеспечение определённых категорий населения, приобретение медицинского оборудования стоимостью более ста тысяч рублей, а также капитальный ремонт.

Однако подушевые нормативы, включённые в программу, определены в среднем по России, они не дифференцированы по регионам в зависимости от территориальной доступности бюджетных услуг (плотности транспортных

путей постоянного действия; расселения и проживания жителей региона в труднодоступных районах, горных районах, районах с ограниченными сроками завоза груза; доли населения, проживающего в мелких населённых пунктах), а также демографических особенностей региона, изменения в технологиях диагностики и лечения заболеваний. Это может вызвать нежелательные последствия «подгонки» показателей под средний «стандарт».

Подушевое финансовое обеспечение МП из государственных источников за 11 лет выросло более чем в 6 раз. При этом наименьшие темпы роста составили средства консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации – в 4 раза. Поступления из системы ОМС увеличились в 7 раз.

В 2006 г. финансирование высокотехнологичной помощи было выделено в отдельное направление – составной частью в Программу госгарантий на основе специальных списков заболеваний (более 1000), которые признавались высокотехнологичными и лечение которых финансировалось из федерального и региональных бюджетов на основе специальных квот в организациях здравоохранения различных организационно-правовых форм и уровней подчинённости. Это позволяет обеспечить направленное государственное регулирование, повышение доступности и качества этого вида медицинской помощи всем гражданам страны, независимо от места их проживания. При переходе к одноканальному финансированию, с 2014 г. они постепенно стали включаться в систему ОМС и финансироваться из фонда ОМС.

Вместе с тем, возникла проблема финансирования медицинских учреждений, которые находятся в федеральном подчинении, но расположены в регионах. До 2014 г. они получали средства из федерального бюджета за оказание высокотехнологичной медицинской помощи. С 2014 г. финансирование ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи было передано в систему ОМС. Из-за недостатка денег и федерального регулирования в ряде территориальных фондов ОМС были запланированы для федеральных медицинских учреждений меньшие, чем ранее, объёмы высокотехнологичной помощи, и по тарифам, не возмещающим их объективно более высокие по сравнению с региональными клиниками затраты. Поэтому в 2014 г. была выделена субсидия из ФФ ОМС в федеральный бюджет в размере 77,1 млрд руб. для оплаты высокотехнологичной помощи, которая продолжала осуществляться Минздравом России. Получилась интересная ситуация – с одной стороны, высокотехнологичная помощь была профинансирована, как планировали, за счёт средств ОМС, но сам механизм финансирования федеральных медицинских учреждений (плательщик в лице Минздрава России и метод оплаты) остался прежним.

Важная новация во взаимоотношениях Федерации и регионов – ужесточение сбора средств с регионов на неработающих. С 2015 г. регионы могут перечислять больше средств за неработающее население, но не могут меньше суммы, гарантированной законом. Средние подушевые нормативы финансирования Программы государственных гарантий составляли 10 200 рублей в 2014 г., в 2015 г. – 11 599 рублей, а в 2016 г. – 12 600 рублей.

Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в 2011 г. был установлен в размере 18864,6 рубля. Он корректируется на специальный коэффициент дифференциации для каждого региона и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемый федеральным законом с учётом параметров, определяемых в базовой программе ОМС.

Значение коэффициента дифференциации рассчитывается по специальной формуле, которая учитывает различия в заработной плате по регионам. Он варьи-

руется от 0,3333 в большинстве регионов до 0,7667 (Ямало-Ненецкий автономный округ), 0,7628 (Республика Саха (Якутия), 0,7341 (Мурманская область), 0,6297 (Республика Коми), 0,6582 (Сахалинская область), 0,6653 (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра). Самый высокий – 1 – в Чукотском автономном округе. Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2017 г. составил 1,0, на 2018 г. – 1,0816, на 2019 г. – 1,0816.

Субвенции на выполнение территориальной программы ОМС предоставляются при условии соответствия объёма бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения, утверждённого законом о бюджете субъекта Федерации, размеру страхового взноса на ОМС неработающего населения, рассчитанному в соответствии с федеральным законодательством и ежемесячному перечислению средств. В целом объём указанных субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС составил в 2015 г. – 1 351,8 млрд рублей, в 2016 г. – 1 588,6 млрд рублей, в 2017 г. – 1 675,8 млрд рублей.

Следует отметить, что изменение потоков финансирования в системе здравоохранения привело к формированию достаточно сложной системы финансовых взаимоотношений центра и регионов. Безусловным положительным моментом стало повышение дисциплины регионов в части уплаты взносов на ОМС неработающего населения и упрощение порядка оказания высокотехнологичной помощи в связи с её включением в систему ОМС. При этом большинство регионов являются дотационными и не собирают налогов достаточно, чтобы обеспечить соблюдение федерального норматива, что в свою очередь ставит исполнение их финансовых обязательств в системе ОМС в зависимость от трансферов из федерального бюджета.

Так, законом о бюджете фонда ФФ ОМС предусмотрено, что в случае снижения доходов от уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения в 2019 г. ниже 1 321 011 148,7 тыс. рублей необходимо предусмотреть повышение тарифа страховых взносов на ОМС неработающего населения с установлением субсидии из федерального бюджета на софинансирование расходных обязательств субъектов Федерации по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Вместе с тем в федеральной Программе госгарантий на 2017 г. впервые было зафиксировано, что регионы могут снижать средние нормативы в зависимости от состояния здоровья населения и потребности в медицинской помощи.

Финансовые отношения в сфере здравоохранения должны обсуждаться в контексте основных проблем федерального фискального федерализма, возникающего в поиске оптимального разделения финансовых прав и возможностей между Федерацией и регионами для содействия экономическому росту и социальному развитию в регионах. В условиях высокой дифференциации между регионами довольно сложно найти подходящие механизмы перераспределения ресурсов между регионами с совершенно разным потенциалом сбора налогов. Ситуация хорошо иллюстрируется тем фактом, что в зависимости от года считается, что донорами (не нуждаются в переводах из федерального бюджета) считаются только около 10–14 регионов.

В последнее время в области финансирования были выдвинуты новые инициативы, например, введение системы страхования «ОМС плюс»; разработка проекта закона об исключении частных медицинских страховых компаний из системы ОМС. Вместе с тем, одной из наиболее серьёзных угроз для системы

российского здравоохранения в настоящее время является увеличение платежей населения «из кармана», что в условиях общего высокого уровня неравенства в стране может стать фактором ограничения доступности медицинских услуг по признаку дохода, и тем самым подорвать основы социальной справедливости в российском обществе.

Главная проблема финансирования здравоохранения состоит в том, как обеспечить здравоохранение необходимыми финансами на фоне роста спроса на медицинские услуги и их стоимости при объективной ограниченности ресурсов, которые общество может выделить на охрану здоровья населения.

Возможные варианты увеличения средств на здравоохранение, которые предлагают эксперты, включают:

– *Введение целевых налогов* в двух формах: либо целевые налоги непосредственно для здравоохранения, либо процедуры отчисления части других налогов на её нужды (прежде всего, акциза на так называемые демериторные товары, в первую очередь на табак и алкоголь).

– *Введение со-платежей и доплат населения* в различных формах, в том числе в форме фиксированной платы за посещение врача. Важное значение имеет размер такой выплаты, то, насколько она покрывает реальную стоимость услуги. В пользу введения таких доплат приводят два основных аргумента, а именно получение дополнительных средств и рационализирование потребления медицинских услуг, их более ответственное использование населением.

ВОЗ настаивает, что введение со-платежей может привести к рационарированию специфических услуг, но не обеспечит рационализации общего спроса потребителей. Снижение уровня потребления и ограничение доступа, особенно к профилактическим услугам, может перенести спрос на более дорогие части системы здравоохранения и привести в перспективе к повышению затрат. В то же время, если со-платежи будут установлены на низком уровне, полученные от них средства будут «съедены» административными расходами по их сбору. Показателен пример Новой Зеландии, где в 1992 г. ввели плату с пациентов за пользование койками в больницах, однако трудности в её сборе привели к отмене этой платы меньше чем через год. Во Франции для перечисления различного рода со-платежей население приобретает дополнительную медицинскую страховку, тем самым отрицая саму идею их введения.

При этом нарушается и принцип справедливости. Со-платежи ухудшают доступ к медицинским услугам, прежде всего, социально уязвимых слоёв населения, бедных и престарелых. Однако освобождение этих групп граждан от перечисления со-платежей, что обычно основано на показателях бедности, ставит в неравное положение тех граждан, у которых доходы чуть выше порога исключения. Их материальное положение не отличается от льготников, но они уже не имеют право на льготы. Это является одной из основных проблем адресных систем.

– *Развитие добровольного медицинского страхования.* В условиях ограниченности общественного перераспределения оно может рассматриваться как источник финансирования, но необходимо развитие именно групповых форм по месту работы или на уровне местных сообществ. Одна из проблем, которая здесь возникает в российской практике – соотношение ОМС и ДМС. Ассоциации бизнеса и работодателей предлагают снижать взносы на ОМС тем, кто обеспечивает своих работников ДМС.

Для стимулирования развития ДМС многие страны используют такой инструмент как налоговые льготы, в том числе для работодателей, организующих

такие программы для своих работников. Однако следует иметь в виду проблемы, которые могут при этом возникнуть с точки зрения общей ситуации в экономике.

Опыт показывает, что без существенных стимулирующих мер можно добиться лишь незначительного результата. При этом налоговые льготы выгодны, прежде всего, более обеспеченным гражданам, у которых уже есть страховой полис. В то же время поддержка налоговых льгот в конечном итоге увеличивает общественные расходы. Это связано с использованием общественных средств для оплаты налоговых льгот, что в результате уменьшает государственный бюджет здравоохранения, и чтобы компенсировать выпадающие доходы необходимо повышать налоги или снижать расходы по другим направлениям.

Развитие генного тестирования окажет влияние на частное медицинское страхование, так как риски заболеваемости станут более прозрачными, а это неизбежно приведёт к увеличению стоимости страхового полиса и эрозии рискованного пула, который является его основой.

При частном медицинском страховании выше административные расходы, так как необходима организационная система для оценки риска, определения премий, разработки сложных планов, оплаты, разбора претензий без увеличения прямой выгоды для пациентов. Так, административные расходы в здравоохранении США в целом на 15 % выше, чем в Канаде ввиду высоких затрат на организацию процедуры страхования.

Частная модель медицинского страхования по существу переносит бремя оплаты со здоровых, молодых и состоятельных на бедных, старых и больных, поэтому не может рассматриваться как справедливая. Стоимость страхового полиса повышается для более возрастных и менее здоровых граждан, прежде всего страдающих хроническими заболеваниями. Налоговые льготы в данном случае регрессивны, предоставляя общественные субсидии более состоятельным гражданам и не имеют смысла для менее обеспеченных. В результате налогоплательщики оплачивают «лучший» доступ для определённых категорий населения, нарушая справедливость в получении необходимой медицинской помощи.

Исследование затрат на здравоохранение различных социальных групп населения в США и европейских странах, проведённое в начале в 1990-х гг., подтвердило, что в таких странах как США и Швейцария, с преимущественно частным медицинским страхованием, системы финансирования здравоохранения являются наиболее регрессивными. За ними следуют страны со страховыми моделями, а финансирование здравоохранения в государствах с бюджетной медициной имеет наименее регрессивный характер.

– *Сберегательные медицинские счета и деривативы* в настоящее время могут также рассматриваться как формы финансирования здравоохранения. Однако они неразрывно связаны с уровнем развития и состоянием финансовой системы той или иной страны, степенью доверия к ней населения, и поэтому в настоящее время имеют весьма ограниченное распространение в мире и, как представляется, пока не имеют перспектив в России.

Финансирование здравоохранения включает в себя несколько аспектов, а именно:

- мобилизация общих средств на здравоохранение;
- их последующее распределение в системе здравоохранения (территории, группы населения или формы помощи);
- механизмы оплаты непосредственно тех, кто оказывает услуги, как частных, так и государственных поставщиков.

Мобилизация средств включает в себя формы как сбора доходов из различных источников, прежде всего домашних хозяйств и предприятий, так и их объединения в интересах накопления и управления собранными финансами. Задача состоит в том, чтобы обеспечить такое объединение полученных средств, чтобы распределить риски между гражданами, тем самым защищая отдельных членов общества от крупных непредсказуемых расходов на здравоохранение. Важным механизмом для решения этой задачи является предоплата, которая даёт людям возможность оплачивать средние ожидаемые затраты на медицинские услуги заранее, освобождая их от неопределённости и обеспечивая компенсацию в случае наступления болезни. Объединение в сочетании с предоплатой позволяет обеспечить перераспределение расходов на здравоохранение между гражданами с учётом уровня риска и дохода.

С точки зрения финансирования, задачи политики в сфере здравоохранения заключаются в том, чтобы на всех уровнях системы здравоохранения обеспечить достаточные и устойчивые доходы и на этой основе справедливое и эффективное распределение средств для удовлетворения потребностей населения в необходимой медицинской помощи, финансовую защиту от непредсказуемых финансовых потерь, вызванных болезнью или травмой.

В вопросах финансирования здравоохранения отчётливо проявляются общие проблемы современной экономики, прежде всего, обеспечения связи макро- и микроуровня. На макроуровне речь идёт об общем объёме средств, которое общество может выделить на здравоохранение, в то время как на микроуровне решается вопрос, сколько и на что конкретно тратить выделенные на здравоохранение средства.

Современное здравоохранение финансируется из следующих основных источников: налогообложение (общее или специальное); взносы в фонды социального страхования; добровольная покупка частного страхования; личные средства граждан, то есть платежи из собственного кармана в момент получения услуги (см. табл. 7). При этом каждый метод имеет свои особенности в том, как происходит распределение финансового бремени и получаемых средств, кто получает доступ к услугам, какой уровень финансовой защиты при этом обеспечивается.

*Таблица 7*

### **Источники финансирования здравоохранения**

	<b>Источник средств</b>	<b>Получатели помощи</b>	<b>Уровень объединения</b>
<b>Частная медицина</b>	личные средства	отдельные граждане	нет, индивидуальная ответственность
<b>Частное медицинское страхование</b>	личные страховые взносы	только те граждане, которые вносят средства	группа застрахованных на добровольной основе
<b>Социальное медицинское страхование</b>	% заработной платы или налоги на фонд заработной платы	отдельные группы по закону (работающие)	специальные фонды, обычно некоммерческие
<b>Бюджетная медицина</b>	общие налоги	все или большинство населения	государство

*Источник: составлено автором*

Функции финансирования находят своё отражение в построении моделей систем здравоохранения. Особое внимание обращается на то, кто оказывает услуги – государственные, частные или некоммерческие неправительственные организации. Именно на основе сочетания способов финансирования и организации западными исследователями выделяют традиционные модели систем здравоохранения:

- национальная служба здравоохранения: обязательный всеобщий охват, общенациональное финансирование за счёт налогов и социальная ответственность за охрану здоровья населения;

- социальное страхование: обязательный всеобщий охват в рамках системы социального обеспечения (публично санкционированной), финансируемой за счёт взносов работников и работодателей в фонды некоммерческого страхования с государственной и частной собственностью;

- частное страхование: покупка частного медицинского страхования самим получателем индивидуально или работодателем, акцент на частной собственности в здравоохранении и индивидуальную ответственность за состояние здоровья.

Только промышленно развитые страны создали у себя то, что можно определить как системы здравоохранения, и соответственно используют разнообразные механизмы финансирования, основанные на предоплате и объединении рисков. В большинстве стран, прежде всего развивающихся, преобладает частная медицина, основанная на личных средствах пациентов, государственные системы обычно есть для отдельных категорий граждан, прежде всего государственных служащих. В этих странах в сельской местности есть серьёзные проблемы с возможностью получить какую-либо медицинскую помощь. В настоящее время в этих странах развиваются различные формы объединения ресурсов, такие как, например, медицинское страхование на уровне общины.

Однако рассмотренные модели систем здравоохранения и их финансовых функций являются скорее эталонными, поскольку на практике в системах здравоохранения во всех странах можно найти элементы различных моделей. При этом и плюсы, и минусы рассмотренных моделей уже хорошо известны. Многие зависят именно от национального контекста, траектории развития политики в сфере здравоохранения и её приоритетов, состояния экономики страны и т. д. В настоящее время в здравоохранительной политике распространено убеждение, что ключевая проблема заключается не в том, какие именно механизмы используются, а обеспечивает ли это на практике решение тех задач, для которых, собственно, и создаётся система здравоохранения – доступ, справедливость и эффективность.

Перераспределение средств внутри системы здравоохранения включает четыре основных аспекта, а именно:

- между территориями;
- между уровнями системы – амбулаторная, стационарная, профилактика;
- между отдельными заболеваниями;
- между группами населения.

Безусловно, спецификой России является её федеративное устройство, что требует перераспределения ресурсов между уровнями государственного управления. Эта проблема развивается в общих рамках бюджетного федерализма. Однако, поскольку здравоохранение является важнейшей областью социального развития общества, особенно сложно разделение обязанностей между Федерацией и её субъектами. В данном контексте следует отметить, что основное направление развития – поиск способов распределения ресурсов между уровнями Федерации на основе максимальной объективизации критериев. Обычно для этого разрабатываются специальные формулы и методики.



Но важна и постановка политической задачи. Централизация средств на уровне Федерации позволяет обеспечить равные услуги для граждан, независимо от места их проживания. В то же время, это может подавлять инициативу на местах. Поэтому более полному учёту специфики потребностей населения способствуют расширение прав регионов в плане сбора и расходования средств на своей территории. В России, как представляется, действуют разнонаправленные тенденции. С одной стороны, высокий уровень социально-экономического неравенства регионов и неравная способность собирать доходы требует перераспределения средств между субъектами Федерации. С другой стороны, государство пытается активизировать регионы в вопросах финансирования здравоохранения, о чём, в частности, свидетельствует придание обязательного характера платежам в ОМС за неработающее население. Однако финансовое положение регионов сложное, они зависят от различных форм финансовой помощи со стороны федерального центра, в среднем только около 10 регионов России не являются дотационными.

Распределение средств между уровнями, заболеваниями и группами населения в значительной мере определяется конкретными условиями той или иной страны. Однако необходимо помнить, что:

- общепризнано, что профилактика и амбулаторная медицинская помощь обходятся обществу дешевле, чем стационарная;
- выделение приоритетных заболеваний (чаще всего на основе данных по заболеваемости и смертности населения) или групп населения автоматически подразумевает в условиях ограниченности средств их перераспределение в пользу приоритетных задач и, соответственно, ограничения в финансировании других задач системы здравоохранения.

Так, в России в настоящее время под особым контролем находятся сердечно-сосудистые заболевания, что может быть оправдано высоким уровнем заболеваемости и смертности населения. Другой приоритет – строительство крупных перинатальных центров нельзя оценить однозначно, так как это ведёт к развитию более дорогой стационарной помощи в ущерб более экономной амбулаторной помощи на местах и ведёт к излишней медикализации родовспоможения.

Большое значение имеют конкретные формы оплаты деятельности тех, кто оказывает услуги здравоохранения – медицинских организаций и непосредственно врачей. В этой области уже сложились устоявшиеся системы, и важную роль играет мотивационный аспект, при этом каждый из методов оплаты влияет на определённые параметры работы, например, оплата за услугу объективно ведёт к увеличению предложения услуг (см. табл. 8).

*Таблица 8*

**Методы оплаты поставщиков медицинских услуг**

<b>Врачей</b>	<b>Медицинских учреждений</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– заработная плата</li> <li>– подушевая оплата</li> <li>– оплата за услугу</li> <li>– оплата за случай</li> <li>– смешанные системы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– смета</li> <li>– оплата за процедуру</li> <li>– оплата за день пребывания</li> <li>– оплата за случай</li> <li>– подушевая оплата</li> <li>– глобальный бюджет</li> </ul>

*Источник: составлено авторами*



В России в данной области были предприняты следующие важные инициативы, а именно:

- развитие института врачей общей практики в противовес принципу участковой службы;
- врач первичной помощи, участковый терапевт или врач общей практики осуществляет первый контакт пациента и системы здравоохранения и по существу занимается рაციонированием оказания услуг, так как даёт направление пациенту для посещения других врачей-специалистов;
- введение различных систем стимулирования, прежде всего так называемый эффективный контракт.

В настоящее время в системах здравоохранения идёт поиск новых финансовых и управленческих инструментов. Причём следует отметить их диалектическую связь.

Сама сущность здравоохранения требует участия государства в оказании медицинской помощи. Однако в последнее время всё чаще речь идёт о возможности и необходимости усиления роли других секторов, прежде всего частного, с целью повышения качества и эффективности здравоохранения, обеспечения выбора и привлечения в здравоохранение дополнительных ресурсов. Такие предложения необходимо обсуждать в более широком контексте влияния практик частного сектора на деятельность государственного сектора, прежде всего это квазирынки и новое государственное управление.

На фоне усиления роли частного сектора в здравоохранении возникает необходимость найти правильный баланс между различными секторами с тем, чтобы не пострадали доступ к медицинскому обслуживанию и его качество. Современные системы здравоохранения так или иначе включают элементы различных систем, и масштабы участия частного сектора в здравоохранении являются одним из критериев выделения различных моделей.

Методологическая основа – смешанная экономика благосостояния и плюрализм. Смешанная экономика благосостояния характеризуется тем, что в современном обществе источниками социального благосостояния становятся государство, бизнес, сам человек и его семья, а также различные общественные организации или местные сообщества. Все они вносят свой вклад в обеспечение социального благосостояния и решения социальных проблем в обществе.

Плюрализм, в свою очередь, подразумевает:

- сосуществование различных организаций, которые сохраняют при этом свои особые характеристики;
- признание наличия конкурирующих интересов, различных идей и подходов.

Хотя в системе здравоохранения оперируют различные акторы, лидирующая роль государства должна сохраняться, хотя инструменты, которые оно использует, меняются, это скорее регулирование и контрактация.

Важно различать «государственное» и «частное» в экономическом и юридическом смыслах. В экономике действуют три сектора – государственный, частный и некоммерческий. Основной водораздел между ними – получение прибыли. Частные поставщики всегда имеют целью прибыль, независимо от того, какие цели они провозглашают. Это может приводить к проблемам в секторе здравоохранения, так как не совпадает с главной целью государственного сектора – обеспечении всеобщего доступа к системе здравоохранения. Пользование услугами частного сектора напрямую зависит от возможности платить за них. Более того, частный сектор переманивает врачей, предлагая им более высокую зарплату.

Но и у государства есть проблемы, прежде всего ограниченная способность мобилизовывать ресурсы, так как это напрямую связано с перераспределением в той или иной форме.

В настоящее время происходит усиление влияния частного сектора как на управление, так и на финансирование услуг. В рыночной парадигме государство не может ни отменить, ни игнорировать частный сектор. Оно регулирует поведение частных поставщиков, чтобы использовать их потенциал и возможности для достижения общественных интересов.

Следует также отметить особую роль НКО в здравоохранении, причём важно, что юридическая форма их организации может быть частной. Это может приводить к путанице в понимании его сущности. В России НКО в здравоохранении практически не развиты, в отличие от западных стран, где такая форма организации хозяйственной деятельности довольно распространена.

Одна из основных тенденций – внедрение механизмов рыночного типа в государственную систему здравоохранения, которая включает:

- введение элементов конкуренции в работу государственного сектора (квазирынки);

- предоставление пациенту возможности выбора врача или медицинского учреждения.

Однако необходим серьёзный методологический анализ, чтобы избежать подмены понятий.

В экономической теории конкуренция рассматривается как важнейший механизм частного сектора, создающий стимулы для инноваций и обеспечивающий оказание услуг более высокого качества с меньшими затратами, способствуя повышению производительности системы, способный быстро изменять предложение и повышать эффективность. При этом подразумевается, что конкуренция может реализовать свои преимущества в любой отрасли хозяйственной деятельности. Поэтому предлагается использовать его для повышения эффективности государственного сектора здравоохранения. Однако с методологической точки зрения их нужно называть механизмами рыночного типа, так как при переносе из рыночной среды в государственную они неизбежно видоизменяются. Возможно также расширение коммерческого сектора в здравоохранении путём создания частных или приватизации государственных медицинских организаций.

Однако базовые методологические положения, которые лежат в основе рыночных подходов к оказанию медицинских услуг, подвергаются критике в экономической науке. Помимо признания социального характера медицинских услуг, наличия у них особых свойств, вызывает сомнения утверждение о том, что государственные организации по своей сути менее эффективны, чем частные или предоставляют услуги более низкого качества.

Такое положение не находит однозначного эмпирического подтверждения. Одна из методологических проблем состоит в проведении сравнения производительности и качества в государственном и частном секторе в социальной сфере. В здравоохранении сложно определить в какой степени успех лечения следует отнести непосредственно на счёт медицинских услуг. Качество вспомогательных услуг, как правило, в частном секторе выше, но не ясно каков вклад комфортности условий медицинского лечения в его положительные результаты. Частные медицинские организации могут выбирать выгодных пациентов, тогда как государственные организации обязаны оказать помощь любому гражданину страны.

Ввиду особенностей медицинской услуги как товара введение конкуренции может привести к созданию дополнительных мощностей и их дублированию,

к увеличению спроса на услуги за счёт роста предложения. В оказании некоторых медицинских услуг существует естественная монополия, и введение конкуренции, наоборот, приведёт к снижению качества обслуживания, и в итоге к росту неравенства в состоянии здоровья. В странах с общественными системами граждане опасаются, что введение в этой сфере рынка приведёт к развитию частного сектора и, в конечном счёте, к приватизации медицинских учреждений, в результате которой главным мотивом деятельности медицинской организации как коммерческого предприятия станет прибыль.

Здравоохранение в этом смысле очень чувствительная отрасль в силу особых отношений, которые складываются между врачом и пациентом. Пациенты склонны больше доверять врачу, не имеющему мотива получения прибыли, а у врача есть объективная возможность «пополнить свой счёт». Это объективно требует жёсткого регулирования бизнеса в медицине, возможно на уровне нормы прибыли. Более того, поскольку пациенты не имеют достаточной информации, не в состоянии сделать рациональный выбор, как того требует экономическая теория, результатом может стать недостаточное или наоборот чрезмерное потребление.

Обсуждение данной проблемы связано с этическими и идеологическими мотивами, пониманием ценностей, которые лежат в основе формирования системы здравоохранения, задач, которые общество перед ней ставит. Поэтому рыночные механизмы в государственном здравоохранении могут быть отвергнуты в интересах обеспечения социальной справедливости и равенства.

Однако поскольку в настоящее время рыночная парадигма является господствующей в экономической теории, рыночное мышление с неизбежностью оказывает влияние на развитие здравоохранения. Поэтому обсуждения сводятся к компромиссу. Признаётся, что конкуренция сама по себе и является неплохим механизмом, однако нужно определить, в каких ситуациях она может принести пользу в здравоохранении и решить те задачи, которые на неё возлагают. Например, степень конкуренции может зависеть от уровня специализации клинической помощи. При оказании высокоспециализированной медицинской помощи конкуренция может быть ограничена, а вот для менее специализированной, особенно внебольничной, она может рассматриваться как способ повышения качества услуг.

Практической формой введения механизмов рыночного типа в государственный сектор стали квазирынки. Они получили наибольшее распространение в таких странах, как Великобритания, Швеция, Япония, где в здравоохранении сложился сильный государственный сектор.

Квазирынки основаны на разделении двух функций – оказания услуг и их финансирования. Государственное финансирование сохраняется, а вот система оказания услуг принципиально меняется. Государство становится покупателем услуг, а в области их предоставления его место должны занять некоммерческие и частные организации, конкурирующие за получение государственного заказа. Таким образом, медицинские учреждения независимо от формы собственности могут конкурировать между собой за привлечение клиентов, оказание услуг которым оплачивается за счёт государственных средств. Это призвано сформировать конкурентную среду, повысить ответственность за удовлетворение потребностей граждан.

В результате, рыночная система, со свойственной ей конкуренцией, создаётся только в области предложения при сохранении государственного контроля над спросом на социальные услуги. Именно поэтому квазирынки часто называют внутренними, так как они финансируются государством и используются им для распределения ресурсов между организациями, оказывающими медицинские услуги.

Следует отметить, что услуги, оказываемые в рамках квазирынков, бесплатны для граждан в момент получения, хотя уже оплачены ими через налоговую систему.

В системе квазирынков отношения между поставщиками и теми, кто оказывает услуги, приобретают контрактный характер, что создаёт условия для замены существующих иерархических методов управления. В этой модели функции центра включают стратегическое планирование, постановку целей и задач, определение стандартов, координацию покупки услуг и общий бюджетный контроль.

Квазирынки подразумевают конкуренцию тех, кто оказывает медицинские услуги, и обеспечение гражданам выбора, где получать необходимые им услуги. Одновременно может измениться и метод финансирования, когда государство поддерживает не организацию, а непосредственно пациентов или их агентов (брокеров). В России такая ситуация определяется как «деньги следуют за пациентом».

Наиболее последовательный опыт внедрения квазирынков имеет Великобритания, где они активно использовались в здравоохранении ещё на рубеже 1980–1990-х гг. В рамках Национальной службы здравоохранения (НСЗ), основанной на государственной (бюджетной) модели, в качестве покупателей медицинских услуг стали выступать местные органы здравоохранения и врачи общей практики (ВОП). Последние получили право самостоятельно распоряжаться финансовыми средствами, так называемое фондодержание. За счёт выделяемых НСЗ средств ВОП – держатели фондов могли приобретать по своему выбору услуги других медицинских учреждений, необходимые для лечения пациентов.

Однако введение квазирынков в здравоохранении Великобритании выявило ряд проблем, показавших, что рынки медицинских услуг значительно отличаются от традиционных рынков. При этом негосударственный сектор не обязательно является более рентабельным, обеспечивающим клиентам больший выбор, более демократичным, чем государственный, а государственные учреждения могут оказывать услуги высокого качества.

Среди основных проблем следует отметить отсутствие достаточного числа негосударственных медицинских организаций, соответствующих «контрактным» навыкам и умения делегировать полномочия у государственных служащих, информационной базы, организации контроля со стороны пациентов. В частности, возник вопрос: как учесть в рамках жёстких контрактных отношений индивидуальные потребности в медицинской помощи, возникновение которых плохо предсказуемо. Внедрение контрактной системы взаимоотношений привело к увеличению численности административно-технического персонала и соответствующих расходов. Организационное разделение на практике привело к разрыву между оценкой потребностей клиентов, оказанием услуг, контролем и последующей переоценкой потребностей, фрагментации обслуживания и утрате преемственности заботы о пациентах. Между тем, для здравоохранения взаимодействие специалистов различных специальностей особенно важно, так как положительный результат во многом зависит от того, насколько скоординирована их работа.

Более того, положительные результаты квазирынков в плане ресурсосбережения могут быть нивелированы затратами на их внедрение, в том числе трансакционными издержками. Это неизбежно потребует институциональных изменений в социальной сфере, которые должны сопровождаться сопутствующей политикой по развитию информационных систем, гибкости в работе персонала, управления входом и выходом частных поставщиков.

В самом государственном секторе возникла неопределённость, связанная с отсутствием понимания его текущего функционала и перспектив на будущее,

идеологическими установками, убеждённо, что медицинские услуги являются особым видом деятельности, которая не поддается логике рынка; гордостью за достижения государственного сектора.

Предполагается, что введение конкуренции в социальной сфере в России обеспечит эффективное распределение ресурсов. Однако квазирынки подразумевают, что финансирование остаётся за государством прежде всего за счёт налоговых поступлений и поэтому остаётся вопрос об общем уровне общественного финансирования здравоохранения, который в России достаточно низкий по сравнению с другими странами с соответствующим уровнем дохода. Это может привести к переносу расходов как на сторону спроса (увеличение выплат «из кармана», ограничения на возмещение, вычеты или встречное страхование; уменьшение объёма услуг, покрываемых за счёт общественных источников; введение годового потолка на национальные расходы на здравоохранение; увеличение доплат за брендовые лекарства путём возмещения пациенту только до определённого уровня стоимости более дешёвого препарата или дженерика; разрешение доплат пациентам через дополнительное частное страхование для уменьшения очередей или расширения выбора), так и на сторону предложения (заключение договоров на предоставление амбулаторной помощи с частными провайдерами для снижения спроса на более дорогостоящую больничную помощь).

## **Пути решения проблем финансирования российской системы здравоохранения**

При анализе опыта зарубежных стран нужно учитывать, что их институциональная среда существенно отличается от российской. При этом в социальной сфере нужно проводить различие между частными коммерческими (которые действуют самостоятельно на коммерческих принципах, то есть получают плату с клиентов) и некоммерческими учреждениями, последние достаточно хорошо развиты в социальном секторе в развитых странах. Такие организации хотя и рассматриваются как частные, или точнее независимые от государства, но с экономической точки зрения не получают прибыль, а весь доход направляют на развитие организации и обеспечение уставной деятельности, в том числе на оказание услуг. В России частные коммерческие и некоммерческие организации в социальной сфере, на наш взгляд, развиты недостаточно хорошо для того, чтобы составить реальную конкуренцию государственному сектору.

В предлагаемом Минфином России законопроекте «Об оказании государственных (муниципальных) услуг физическим лицам на конкурентной основе» предусматривается использовать для оценки конкурентной среды те же методы и индексы, как и для рыночных отраслей экономики без учёта специфики отраслей социального сектора, т. е. это означает применение к социальной сфере подходов обычных товарных рынков.

Теоретически условия участия частных и государственных организаций в конкуренции за государственные средства должны быть равными. В такой системе создаётся иллюзия о возможности технической эффективности. Однако безусловным приоритетом частных организаций является получение прибыли для своих инвесторов. Возникает закономерный вопрос о том, за счёт чего будут получать прибыль частные организации, которые работают на бюджетные средства, полученные от налогоплательщиков. Можно предположить, что для этого частные организации могут снижать качество оказываемых услуг.

Внедрение механизмов рыночного типа ставит вопрос о судьбе государственного сектора. Поворот к рыночным формам на практике означает признание того, что традиционные формы государственного оказания медицинских услуг не способны меняться в лучшую сторону, обеспечить внедрение новых управленческих механизмов. Складывается парадоксальная ситуация, когда государство по существу «высказывает недоверие» своим собственным службам.

В настоящее время широко обсуждается обеспечение выбора в системе здравоохранения. Это подразумевает, прежде всего, выбор пациентом врача или/и медицинского учреждения, где будет оказана помощь. Сюда можно отнести и отказ от лечения, связанный с информированным согласием, когда для проведения того или иного медицинского вмешательства требуется письменное согласие пациента.

Однако реально выбор в здравоохранении осуществляется на различных уровнях – как непосредственно пациента, так и системы в целом, где он связан с выделением приоритетов при формировании и реализации политики охраны здоровья населения.

Основной аргумент в пользу расширения индивидуального выбора состоит в том, что это даёт больше контроля за тем, сколько и на что тратится средства, что, по крайней мере в теории, должно привести к снижению затрат, повышению качества и удовлетворённости оказанной услугой. В результате граждане получают больше контроля над принятием решений, непосредственно касающихся их жизни.

Возможность выбора врача или медицинского учреждения обычно связывают с обеспечением доступа. Однако поскольку возможности «хороших» медицинских учреждений или врачей по оказанию медицинской помощи ограничены, положительное влияние выбора на доступность медицинских услуг для большинства населения будет проявляться только при общем высоком уровне их работы и адекватном территориальном распределении.

Выбор является одним из «китов» теории рыночной экономики. При этом подразумевается – рациональный выбор потребителя на рынке, или так называемый суверенитет потребителя. С экономической точки зрения необходимость выбора возникает в связи с ограниченностью ресурсов, которыми располагает общество. Она имеет две стороны – с одной стороны, неограниченность человеческих желаний и, с другой стороны, ограниченность ресурсов, доступных для производства товаров и услуг.

Здравоохранение необходимо людям, чтобы быть здоровыми, что создаёт постоянный спрос на его услуги. Причём в развитых странах в последнее время он существенно возрастает. Среди причин – изменения возрастной структуры населения, рост реальных доходов, улучшение медицинской технологии. Однако ресурсов для удовлетворения всех желаний не хватает, поэтому нужно делать выбор, который всегда сочетается с альтернативами, то есть теми вариантами, из которых нужно выбирать. Конечно, в общественных схемах здравоохранения целью является удовлетворение потребностей, а не желаний. Однако следует помнить, что удовлетворение одной потребности будет означать, что другая потребность не будет удовлетворена. Поэтому ввиду ограниченности ресурсов, которыми располагает система здравоохранения, нужно выбирать: какие потребности удовлетворять, а какие – нет.

Для полноценного индивидуального выбора в экономике нужно соблюдение ряда условий, а именно: наличие полной и объективной информации по рассматриваемому вопросу и средств для реализации выбора; способность выразить свои предпочтения. Эти положения в здравоохранении нарушаются из-за асимметрии информации. Гражданину трудно получить полную информацию для того, чтобы

сделать свой выбор. Реклама плохо работает, так как многие считают, что хорошие услуги в рекламе не нуждаются, зато развито «сарафанное» радио. При этом следует помнить, что состояния пациентов и ситуации, в которых они оказываются, очень индивидуальны, и трудно опираться на чужой опыт.

Причём пациенту проще оценить качество дополнительных услуг, прежде всего повышение уровня комфорта, чем собственно качество оказанной ему помощи и набор необходимых услуг. Для этого нужны клинические знания. Неясно, как нужно оценивать врача – по продолжительности стажа работы, формальному уровню квалификации или мнению пациентов.

Постоянная смена врача нарушает преемственность лечения, создаёт дополнительные административные сложности и финансовые затраты. Необходимо физическое наличие соответствующих ресурсов, в том числе и медицинского персонала, а они объективно ограничены и более того, ставится задача их рационализации. Когда спрос превышает предложение, человек просто не может попасть к нужному ему врачу. Сложность медицинской услуги, неадекватное предложение надёжной и доступной информации осложняют оптимальный выбор гражданина.

Выбор в здравоохранении связан с его коммерциализацией, так как невозможно обеспечить неограниченный выбор в условиях жёсткого бюджета общественно-го здравоохранения. В такой ситуации, услуги, которые входят в страховой пакет или государственные гарантии, оказываются бесплатно «у источника», а остальные за деньги самого пациента, или в виде прямой оплаты «из кармана», или дополнительного частного страхования. Однако необходимость доплаты подразумевает финансовое ограничение выбора. Поэтому основа реального выбора в здравоохранении – обеспечение населения услугами независимо от способности платить.

Помимо индивидуального, в экономике принимается общественный выбор, который общество делает коллективно, через механизм политического решения. Причём коллективное оказание услуг развивает чувство единства и тем самым определяет саму сущность общества. Поэтому в здравоохранении очень важно ещё одно измерение выбора – соотношение между индивидуальным выбором, общественной выгодой и улучшением здоровья населения, достижение баланса между ними.

В этом контексте нужно проводить различие между выбором здоровья и выбором медицинских услуг. Состояние здоровья зависит от многих факторов, имеющих социально-экономический характер, которые часто лежат вне контроля человека. Поэтому даже изменение поведения по отношению к здоровью зависит не только от освоения обучающих программ по здоровому образу жизни. Нужна реальная работа, изменение всей инфраструктуры той или иной территории, чтобы поддержать людей в правильном выборе.

Установление приоритетов приобретает всё большее значение в здравоохранении, особенно в условиях ограниченности ресурсов и роста спроса. В ряде стран, таких как Нидерланды, Новая Зеландия, Швеция, Великобритания и штат Орегон в США, предпринимаются меры к тому, чтобы выделение приоритетов проходило на более открытой и прозрачной основе.

Подходы к решению этой проблемы связаны с определением общих принципов, которые должны быть положены в основу выделения приоритетов, основанных на анализе конкретных практик. Один из принципов – издержки выбора – означает, что вложение ресурсов в одну сферу, приводит к потере выгоды, которую можно было бы получить, вложив эти средства во что-то другое, то есть, используя их альтернативным способом. Поэтому необходимо измерить или взвесить затраты и выгоды от реализации всех возможных альтернатив.



Второй принцип прироста, или маржи, связан с изменением соотношения ресурсов, точнее, с эффективным использованием дополнительных ресурсов. Если бюджет увеличится, нужно понять, как лучше потратить «лишние» средства. Соответственно, если бюджет уменьшается, нужно сократить ресурсы, прежде всего там, где выгода от их использования наименьшая. Если бюджет не изменяется, то остаётся вопрос о том, нужно ли перераспределить ресурсы так, чтобы повысить выгоду для обслуживаемого населения. Поэтому идея маржи является ключевой для экономического подхода к установлению приоритетов. При этом лучший набор услуг определяется путём изучения относительных затрат и выгод различных вариантов по марже, то есть на каждую последующую единицу прироста.

Традиционно экономическая перспектива на установление приоритетов подразумевает выбор оптимального портфеля программ, который ограниченный национальный бюджет здравоохранения может себе позволить. Необходимо максимизировать улучшение здоровья, а для этого необходимо ранжирование программ в зависимости от эффективности по затратам. Однако у этого подхода есть ряд проблем, которые можно сгруппировать по трём направлениям – оценка альтернатив, включение этических принципов, практические ограничения при принятии и реализации соответствующих решений.

Без учёта экономических принципов ресурсы не будут распределены наилучшим образом. Однако приоритеты могут устанавливаться исходя из других критериев, когда происходит отклонение от рационального экономического решения в зависимости от конкретного политического контекста принятия решений. Сюда можно отнести:

- необходимость получения политической поддержки для переизбрания;
- влияние групп интересов;
- бюрократическое принятие решений;
- поведение, направленное на извлечение ренты.

Можно также отметить такие факторы, как транзакционные издержки, связанные с изменениями в политике, внешние эффекты, возникающие при некоторых расходах в здравоохранении (например, повышение производительности в результате улучшения здоровья); ограничения, выдвигаемые донорами или кредиторами, например, международными организациями; конкретные механизмы реализации политических изменений (например, способы формирования бюджета).

В условиях недостаточного общественного финансирования остро стоит вопрос о привлечении инвестиций в систему здравоохранения России. Одним из наиболее перспективных и эффективных направлений привлечения инвестиций в сферу здравоохранения является создание и улучшение условий и возможностей для расширения взаимодействия государства и частного капитала на основе механизма государственно-частного партнёрства (ГЧП).

ГЧП представляет собой механизм гармоничного и эффективного развития экономики, гарантирующего защиту интересов людей, разрешая противоречия между обслуживанием общественных интересов и обеспечением прибыли при динамике развития, формируя культуру взаимодействия власти и бизнеса, позитивно влияя на социально-экономические отношения в России.

Государственно-частное партнёрство является инструментом совершенствования системы здравоохранения, который даёт возможность повысить уровень доступности медицинских услуг при сохранении контроля над медицинскими учреждениями и их собственностью. Важным условием каждого проекта ГЧП является его общественная полезность и улучшение условий предоставления услуг населению.



нию. В связи с этим, государству необходимо жёстко контролировать выполнение общественных обязательств частного партнёра. Ведь «распределение задач и ответственности между государством и частным сектором зависит от сферы реализации проекта. Чем большее значение имеет общественная услуга, тем ниже рыночные риски, связанные с её оказанием и тем выше потребности в государственном регулировании». Государство снижает финансовые затраты на сферу здравоохранения, одновременно сохраняя и даже повышая уровень доступности медицинских услуг, при условии установления жёсткого и эффективного контроля за соблюдением прав и интересов всех слоёв общества. Также повышается качество услуг, и оснащаются передовой материально-технической базой медицинские организации страны. К тому же для государства механизмы и формы государственно-частного партнёрства могут обеспечить не только регулярное, устойчивое по годам поступление доходов в бюджет, но и повышение эффективности использования государственной собственности. При этом, «участвуя в инвестиционных ГЧП-проектах, государство делит с бизнесом, во-первых, финансовое бремя развития территории, во-вторых, риски и к тому же происходит распределение необходимых затрат во времени, что выгодно всем участникам проекта».

Государственно-частное партнёрство даёт каждой из сторон возможность получения выгоды и пользы от партнёрства: государство привлекает ресурсы и финансы частного бизнеса в сферы, которые нуждаются в финансировании, но не получают его в должной мере от государства, при этом сохраняя за собой право контроля, частный партнёр извлекает прибыль в процессе реализации проектов, а обществу предоставляются высококачественные медицинские услуги.

В 2004 г. был согласован один из первых проектов по реконструкции здания в СПб ГУЗ «Городская больница № 14» и реконструкции здания СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр». Администрация города передала права собственности на здание бывшей городской больницы № 5 частному партнёру. Этот проект стал прообразом для последующих проектов ГЧП.

Концессионные соглашения являются одной из самых распространённых форм ГЧП, в том числе, в сфере здравоохранения. По конкурсу выбирается частный партнёр для заключения концессионного соглашения, который инвестирует средства в строительство, реконструкцию и оснащение медицинского учреждения согласно договору, получая права управления на установленный соглашением срок, а учреждение оказывает в рамках ОМС медицинские услуги населению, получая также возможность извлекать дополнительный доход путём предоставления платных медицинских услуг без снижения уровня их доступности для граждан с любым уровнем дохода.

Привлекательной стороной концессионных соглашений для частного партнёра является чёткое и ясное закрепление прав и обязанностей каждой стороны в концессионном соглашении, чтобы таким образом закрепить доверие между сторонами и повысить будущую эффективность партнёрства. В Российской Федерации Федеральный закон «О концессионных соглашениях» создаёт «правила игры» для партнёров в рамках данной формы государственно-частного партнёрства. Частный партнёр, заключающий концессионное соглашение, идёт на определённый риск, вкладывая свои ресурсы, и он должен понимать, каким образом будет возвращать свои инвестиции. С учётом того, что сфера здравоохранения предполагает длительные сроки окупаемости, действующий закон значительно облегчает создание и стабильное функционирование проектов.

В Татарстане активно и успешно создаются и развиваются проекты ГЧП в здравоохранении. Успешно реализуется проект Центра планирования семьи

и репродукции в Казани. Проект заключён на 10 лет. Компания ОАО «АВА-Петер» вступила в партнёрство по концессионному соглашению с администрацией Казани. Частная компания инвестировала средства (41,2 млн руб.) и управленческий опыт, а городом для реализации проекта были переданы помещения «Центра планирования семьи», также частной компании было гарантировано финансирование не менее 400 циклов ЭКО в год. По условиям концессии новый центр также вправе предоставлять платные медицинские услуги. В 2013 г. уже было проведено 830 циклов, которые были реализованы в рамках государственных программ высокотехнологичной медицинской помощи и ОМС. Было проведено 490 платных циклов ЭКО. Компания «АВА-Петер» получает стабильный доход и в кратчайшие сроки планирует начать получать прибыль со своих инвестиций. Местные власти смогли организовать для всех слоёв населения предоставление качественных и доступных медицинских услуг, оказываемых квалифицированными специалистами в современном медицинском учреждении.

Городская клиническая больница № 63 по условиям концессионного соглашения была передана Европейскому медицинскому центру (ЕМС). Договор сроком на 49 лет подписан в рамках открытого конкурса на заключение концессионного соглашения, объявленного правительством Москвы 15 ноября 2012 г. В состав больницы входили пять объектов недвижимости: два медицинских корпуса, лабораторный корпус и постройки хозяйственного назначения. Начальные четыре года частный партнёр будет реконструировать строения учреждения.

Открытие и функционирование многофункционального медицинского центра, предоставляющего медицинские услуги по современным технологиям в сфере здравоохранения, является важнейшим результатом данного соглашения с ЕМС для руководства города. Частный бизнес не только получает в управление инфраструктуру учреждения, но и реконструирует объект. По условиям договора общая сумма ожидаемых частных вложений будет составлять 4,37 млрд рублей. На реконструкцию объекта будет затрачено порядка 2,88 млрд рублей, а на проведение технического оснащения больницы – 1,49 млрд рублей.

Главным условием в концессионном соглашении стало обязательство частного партнёра оказывать услуги населению в рамках системы ОМС в объёме 20–30 % от общего числа пациентов.

В Новосибирске компания «Авиценна» заключила договор концессии с городским руководством. По соглашению город передаёт здание роддома № 1 в управление на 20 лет, а частный партнёр осуществляет его ремонт, реконструкцию и оснащение. По соглашению предполагается инвестирование частной компанией 60 млн рублей, но ремонт и оснащение потребовали дополнительных инвестиций в размере 10 млн долларов. Создающееся медицинское учреждение будет осуществлять в рамках ОМС 48 процедур ЭКО в год, а также передавать в казну администрации города концессионную плату.

Строительство и функционирование отдельного корпуса Самарского Центра экстракорпоральной гемокоррекции и трансклинической физиологии является примером успешного проекта ГЧП в сфере здравоохранения. В 2014 г. концессионером по данному проекту выступило ООО «Фарм СКД», с которым было заключено соглашение о концессии на 15-летний срок. Частным партнёром с 2014 по 2016 год был построен новый корпус медицинского учреждения на предоставленном правительством Самарской области участке земли. Стоимость проекта составляет 350 млн рублей, техническое оснащение объекта было также произведено за счёт средств частного партнёра.

Ещё одной формой ГЧП является совместное предприятие. Данная форма ГЧП начинает активно использоваться в последние годы. Страховая компания «МАКС» и ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» стали учредителями Белгородской клиники «Гармония здоровья». Взносом руководства области в предприятие было предоставление здания и земли, а страховая компания передала финансовые ресурсы на оснащение и ремонт клиники. Частный партнёр получает права управления предприятием и извлекает доход от предоставления платных услуг совместно с услугами по системе ОМС. Однако данная форма ГЧП применяется довольно редко, поскольку частный партнёр должен согласовывать с государством множество различных вопросов и проблем, что усложняет развитие совместного предприятия.

Проект по строительству лечебно-реабилитационного корпуса СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» Курортного района Санкт-Петербурга будет осуществлён по иному механизму. В 2015 г. было заключено Соглашение о ГЧП между городом Санкт-Петербургом, ООО «Невская медицинская инфраструктура» (созданная итальянским строительным концерном PizzarottiGroup вместе с ООО «Газпромбанк – Инвест Девелопмент Северо-Запад») и городской больницей № 40.

Частному партнёру передаются права собственности на возведённый ими корпус, а также частной стороной будет осуществляться техническое обслуживание объекта. А городская больница № 40 будет предоставлять медицинские услуги населению. Срок реализации проекта – 11 лет, общий объём инвестиций на создание объекта соглашения предполагается в размере 8,2 млрд рублей.

Также существует такая форма ГЧП как аренда – передача государственного имущества во временное владение и пользование. Например, московское правительство активно развивает проект ГЧП «Доктор рядом», который стартовал в 2013 году. Проект «Доктор рядом» предполагает создание сети частных медицинских клиник, которые будут осуществлять первичный приём пациентов терапевтом или педиатром по полису ОМС. Таким образом планируется снизить уровень нагрузки на государственные медицинские организации, которые с ней не справляются. Со стороны московского правительства частным партнёрам предоставляются помещения на первых этажах жилых домов в аренду на 20 лет по льготной ставке (1 рубль за 1 кв. м в год). Льготная ставка применяется только с начала эксплуатации объекта. Частному инвестору, со своей стороны, необходимо полностью отремонтировать помещения, оснастить их всем необходимым медицинским оборудованием и открыть в соответствующем помещении частную клинику. Согласно условиям партнёрства, клиника должна предоставлять в рамках ОМС услуги приёма врача общей практики не менее 8 тысячам пациентов в год. В то же время частный инвестор получает право взимать плату за предоставление иных медицинских услуг. Согласно данным правительства Москвы, за время реализации проекта 62 помещения было передано инвесторам в аренду, а 41 помещение реконструировано, введено в эксплуатацию и переведено на льготную арендную ставку.

Данный проект успешно развивается и распространяется на региональный уровень, в частности в Ульяновской области создаются частные клиники, участвующие в проекте «Доктор рядом».

Развиваются сети гемодиализных центров в регионах Российской Федерации с использованием механизмов ГЧП. Оплатить услуги лечения гемодиализом для большинства пациентов затруднительно, и чаще всего лечение оказывается по системе ОМС. Частный предприниматель довольно часто сам возводит здание и под-

бирает персонал. Государство направляет сюда пациентов, которые обслуживаются по системе ОМС. Однако некоторые регионы не имеют возможности создания и распространения подобного рода проектов ГЧП в связи с низкими тарифными ставками ОМС на данные услуги. Частный капитал в таких случаях сложно заинтересовать в осуществлении таких проектов, но всё-таки уже есть примеры их успешной реализации даже в подобной ситуации. Также как и перинатальная медицина, эти сферы здравоохранения вызывают особую заинтересованность частных инвесторов.

Развитие законодательства в сфере ГЧП в России начиналось с разработки и вступления в силу Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», который законодательно оформил одну из форм ГЧП, что дало возможность для осуществления и интенсификации взаимодействия государства и частного бизнеса.

С целью дальнейшего развития форм и механизмов ГЧП и ввиду отсутствия федерального закона на этот счёт начинают разрабатываться и приниматься законы о ГЧП в субъектах Федерации. Первым из них стал закон Санкт-Петербурга от 25.12.2006 № 627-100 «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частных партнёрствах». В дальнейшем законы о ГЧП были разработаны и приняты в большинстве регионов России.

Наконец, в 2015 г. был принят Федеральный закон № 224-ФЗ «О государственно-частном партнёрстве, муниципально-частном партнёрстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», вступивший в силу 1 января 2016 г. Закон даёт определение ГЧП и набор основных понятий. Реализация проекта осуществляется по договору в виде Соглашения о ГЧП (МЧП). Срок заключения договора – не менее трёх лет. В законе была закреплена возможность частного партнёра в результате осуществления проекта получить права собственника объектов соглашения, но лишь в случае превышения его расходов над расходами государства.

Данный закон расширяет возможности для частного капитала инвестировать средства в рамках ГЧП и таким образом реализовывать разрешающие острые общественные проблемы проекты, которые не могут быть на данный момент профинансированы государством.

Однако федеральный закон о ГЧП имеет несколько основных недостатков:

1. Исключение коммерческих организаций, подконтрольных государству, из списка возможных частных партнёров значительно ограничивает число потенциальных инвесторов. В число организаций с участием государства, дающим право на вмешательство во внутреннюю деятельность, входят крупнейшие банки, корпорации России, которые не смогут участвовать в проектах ГЧП (соглашениях).

2. Из участия в проектах исключены зарубежные компании. Это не только значительно снижает объём потенциальных инвестиций, но и лишает Россию возможности получить новейшие технологии в рамках механизма ГЧП, таким образом, снижается эффективность проектов.

3. В перечне объектов, предполагаемых для осуществления ГЧП-проектов, отсутствуют объекты, осуществляющие теплоснабжение, энергоснабжение, водоснабжение. Хотя ЖКХ в этой части крайне нуждается в увеличении объёмов финансирования.

4. Федеральный закон в отличие от региональных является более закрытым и жёстким в части условий участия в проекте. Например, в некоторых регионах была возможность участия без капитальных вложений, передачи объектов интеллектуальной собственности.

Однако федеральный закон о ГЧП при всех его недостатках создаёт правовое поле для развития взаимодействия государства и бизнеса, единое для всей страны. Региональные законы о ГЧП должны будут приведены в соответствие с федеральным, что снизит правовые риски частного партнёра, в частности риски противоречия с федеральными законами.

ГЧП, безусловно, является эффективным инструментом государственного регулирования здравоохранением с минимизированными рисками потери доступности медицинских услуг и прав владения медицинскими учреждениями. Однако при реализации проектов ГЧП в здравоохранении должна учитываться общественная значимость данной сферы и жёсткая необходимость государственного регулирования данных проектов. Ведь «распределение задач и ответственности между государством и частным сектором зависит от сферы реализации проекта. Чем большее значение имеет общественная услуга, тем ниже рыночные риски, связанные с её оказанием и тем выше потребности в государственном регулировании». К тому же, для государства механизмы и формы государственно-частного партнёрства могут обеспечить «не только регулярное, устойчивое по годам поступление доходов в бюджет, но и повышение эффективности использования государственной собственности». Государство обретает возможность значительно снизить бюджетные затраты без снижения доступности медицинских услуг, при условии жёсткого контроля за соблюдением интересов общества, также восстанавливая и оснащая передовой материально-технической базой медицинские учреждения страны.

ГЧП может устранить или, по крайней мере, облегчить решение наиболее сложной проблемы – недостатка финансового обеспечения системы здравоохранения, привлекая частный капитал в условиях планируемого сокращения расходов на здравоохранение и нестабильной международной и внутренней экономической обстановки. Необходимо учитывать риски потери контроля со стороны государства и дальнейшей «скрытой» приватизации объектов инфраструктуры государственных медицинских учреждений. И, в связи с этим, должны быть закреплены законодательно чёткие и действенные механизмы привлечения к ответственности лиц, отвечающих за контроль и сохранность государственной собственности.

На наш взгляд, государственно-частное партнёрство даёт возможность в значительной степени решить проблему дефицита финансирования здравоохранения и оказывает помощь в создании в России высококачественной и доступной гражданам системы здравоохранения.

Опыт реализации проектов ГЧП в Европе говорит о значительной распространённости применения механизмов государственно-частного партнёрства в привлечении финансирования системы здравоохранения. Число ГЧП в области здравоохранения в развитых странах стабильно растёт. Страны с наибольшим распространением использования механизмов ГЧП: Австралия, Великобритания, Германия и Швеция. Так, за последние 20 лет в Великобритании с использованием частных средств было построено более 130 больниц.

Наибольшую распространённость в развитых странах получили следующие модели ГЧП:

1. BOLB – частный партнёр строит больницу за средства государства, права собственности передаются государству, но больница на правах аренды управляется частной стороной.

2. Alzira – частный инвестор осуществляет строительство и управление больницей, при этом заключает контракт на предоставление медицинских услуг определённой группе населения.

Эти формы ГЧП, на наш взгляд, актуальны и для государства, и для бизнеса в России.

Проекты ГЧП активно развиваются в Российской Федерации, но существует ряд причин, ограничивающих развитие и распространение механизмов государственно-частного партнёрства:

- длительный срок окупаемости проектов социальной сферы;
- слабые гарантии со стороны государства и высокие риски проектов в здравоохранении.

Инвесторы, вступающие в ГЧП-проекты, заинтересованы в быстром возврате затраченных средств и в получении выгоды с наименьшими рисками и естественным образом выбирают наиболее платёжеспособные регионы и города, наиболее востребованные и дорогие виды медицинских услуг для населения. Таким образом, регионы с наиболее острой потребностью в повышении объёмов услуг сферы здравоохранения могут остаться невостребованными частными инвесторами.

В связи с этим, перспективным является создание льготных условий для инвестора в «бедных» регионах или для предоставления таких видов услуг, которые необходимы населению, но слабо финансируются государством и недостаточно «прибыльны» для частного партнёра. Это могут быть налоговые льготы, инвестиционная составляющая ОМС, льготы на кредит. Инвестиционная составляющая ОМС, с одной стороны, повысила бы прибыльность и сократила сроки окупаемости проекта для частного бизнеса, с другой стороны, вызвала интерес в увеличении объёмов услуг в рамках ОМС, т. е. повысила доступность медицинских услуг для граждан России.

Главной целью пилотного проекта является совершенствование существующей системы здравоохранения, механизмов управления, форм и методов оказания медицинской помощи. Они являются важным инструментом государственного управления здравоохранением, который позволяет нивелировать возможные ошибки в процессе его совершенствования.

Преимуществами пилотных проектов являются:

- краткие сроки получения опыта практического применения внедряемых изменений;
- относительно невысокая цена эксперимента;
- высокая ценность полученных сведений;
- возможность коррекции нововведений в соответствии с полученными результатами и создание эффективной рабочей модели изменений;
- минимизация потерь в случае негативных результатов по сравнению с возможными при полномасштабном применении.

Вместе с тем, пилотные проекты имеют и ряд недостатков. Среди основных необходимо отметить следующие:

- Возможны негативные результаты. В случае эксперимента в сфере здравоохранения ошибки могут быть необратимыми, а ведь объектом эксперимента являются граждане и их здоровье.

- Зависимость успеха проекта как от объективных, так и от субъективных факторов, особенностей конкретного медицинского учреждения, территории, региона. В связи с этим возможны низкие результаты в другом объекте эксперимента. При распространении опыта пилотного проекта в других условиях – территориальных, экономических, социально-демографических – можно не получить искомого результата.

- Внимание к проекту руководства отрасли и региона и желание непременно получить положительный результат могут вызывать определённые «подтасовки» с показателями итогов проведения эксперимента в нужную сторону.

Пилотные проекты направлены на поиск оптимальных методов и инструментов решения проблемы эффективности системы здравоохранения. Экспериментальное внедрение на определённых территориях, регионах страны новых методов управления, финансирования медицинских учреждений, моделей организации деятельности служит опытом для анализа результатов внесённых изменений. В случае позитивных результатов эксперимента происходит поиск отдельных ошибок и недостатков с дальнейшим их исправлением и распространением улучшенных версий в целом на российскую систему здравоохранения. В случае негативных последствий данный опыт учитывается в дальнейшем и позволяет прекратить проект, не нанося вреда всей сфере здравоохранения.

Однако в процессе распространения успешных проектов на всю сферу здравоохранения необходимо изучать специфику каждого региона, местности и разрабатывать программу нововведений с учётом особенностей территории, на которой она реализуется.

В России в сфере здравоохранения на данный момент активно используется данный инструмент и приносит определённые положительные результаты. В 2015 г. был запущен проект «Идеальная поликлиника» в поликлинике № 64 г. Москвы. Главная задача проекта – создание комфортных условий для пациентов. Была упрощена процедура выписки льготных рецептов для больных – этим занимаются фельдшеры в отдельном помещении. Создана система выездных бригад, осуществляющих приём на дому. За счёт этого удаётся производить непрерывный приём врачами-терапевтами в течение всего рабочего дня.

В случае успеха предполагается распространение опыта данного проекта на другие поликлиники.

Новый проект ОМС+ начался в 2015 г. в пяти субъектах (Тюменской, Кировской, Белгородской, Липецкой областях и Татарстане) Российской Федерации. Проект ОМС+ предлагает каждому гражданину, обладающему обязательной медицинской страховкой, возможность приобрести дополнительный полис, по которому предоставляются услуги, отсутствующие в программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Были разработаны совместно с региональными администрациями министерствами здравоохранения, территориальными фондами обязательного медицинского страхования 16 программ страхования. Они были рассчитаны и разработаны совместно в соответствии с региональными особенностями.

Так, в Тюменской области были предложены населению программы для новорождённых: помощь на дому врачей-специалистов по назначению участкового педиатра. Программа была в трёх вариантах: базовый за 11 тыс. руб. предлагает консультации на дому врачей-специалистов; в расширенный за 16 тыс. руб. добавляется курс массажа и забор анализов на дому; за 44 тыс. руб. предлагается премиальный вариант с возможностью проведения на дому двух процедур ЭКГ и домашнего наблюдения узкими специалистами.

Вторая программа, предназначенная для взрослых, включала в себя видеоконсультацию врача после первичного приёма.

Две программы были запущены в Липецкой области – педиатрическая и стоматологическая для детей от двух до 18 лет. В Кировской области также апробируются две программы для новорождённых: осмотр узкими специалистами детского диагностического центра за 44 тыс. руб. и за 49 тыс. руб. с добавлением УЗИ-исследования.

В данных областях покупки носили единичный характер. Наиболее активно покупали полисы по программе ОМС+ в Татарстане. Республика предложила две



программы: «Сердце под контролем» за 10,7 тыс. руб. и «Медицинское сопровождение пациента» за 2 тыс. руб. В Татарстане были приобретены 594 полиса ОМС+.

Интересен опыт внедрения ОМС+ частными клиниками вне государственной программы. В 2015 г. в Москве сеть клиник «Доктор рядом» предложила возможность приобретения полисов по собственной программе ОМС+. Стоимость варьировалась от 7 тыс. до 14,5 тыс. руб. в зависимости от вида услуг. Часто полис ОМС+ приобретается бывшими пользователями услуг добровольного медицинского страхования. За год населению продано 377 полисов. В 2016 г. подобную программу создала ещё одна сеть клиник – «АВС-Медицина». Цена простого расширенного полиса составила 11 тыс. рублей.

В конце мая 2016 г. компания «ВТБ Страхование» открыла собственную программу продажи полисов «Отличная поликлиника». Данная программа имеет схожие с программой ОМС+ принципы. За три месяца было продано 6 тыс. полисов.

В целом на данный момент эксперимент нельзя назвать удачным. К осени 2016 г., то есть приблизительно за год действия проекта, было куплено всего несколько сотен полисов ОМС+.

Выделяются несколько причин слабой востребованности программы:

- Слабая информационная освещённость программы. Отсутствие у населения понимания сути и необходимости данного полиса.
- Относительно высокая цена полиса, сравнимая с ценой полиса ДМС.
- Отсутствие частных клиник в числе участников.
- Привычка обращения по ОМС.
- Основные необходимые медицинские услуги уже есть в ОМС, а ОМС+ предлагает, в основном, сервисные услуги, в которых мало заинтересованы.
- Низкая платёжеспособность населения.

Однако, несмотря на низкие результаты программы, Министерство здравоохранения Российской Федерации надеется на дальнейшее развитие проекта, возможно с некоторыми изменениями и дополнениями.

Важно заметить, что государство должно двигаться в сторону повышения эффективности и качества системы здравоохранения и сохранения хотя бы текущего уровня доступности. Необходимо проследить, чтобы в результате дальнейших реформ не было произведено сокращения объёмов услуг в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с последующим предоставлением «бывших» услуг ОМС в рамках программы ОМС+.

В ноябре 2016 г. был запущен пилотный проект «Бережливая поликлиника» в Ярославле, Калининграде и Севастополе. Проект, реализуемый совместно с государственной корпорацией «Росатом», имел своей целью оптимизировать работу регистратуры, врачей и лаборатории.

Деятельность учреждения, участвующего в пилотном проекте, была проанализирована экспертами, которые выявили основные проблемы и совместно с сотрудниками медицинских организаций обсудили пути решения, разработали схемы движения пациентов и документов.

Одной из важнейших целей было сокращение времени нахождения в медицинском учреждении для предоставления необходимой медицинской услуги. Также была внимательно изучена и усовершенствована работа регистратуры. Проект показал свою эффективность в краткие сроки. Сократилось время ожидания пациентов, время прохождения диспансеризации, повысилась пропускная способность специалистов. В связи с этим было решено распространить успешный опыт на регионы России, в частности, к федеральному проекту подключились Саратовская, Оренбургская области и Республика Карелия.



## Тенденции развития систем здравоохранения в зарубежных странах

Системы здравоохранения в мире в настоящее время сталкиваются с рядом общих проблем и вынуждены заниматься поиском путей их преодоления. При этом заслуживают внимание как позитивные, так и негативные аспекты опыта разных стран.

Несмотря на новые объективные ограничители здравоохранительной политики, связанные, в том числе, с обеспечением устойчивого финансирования, развитые страны продолжают демонстрировать свою приверженность принципам справедливости, социальной солидарности, сохраняя достаточно высокий уровень социальных гарантий. В то же время идёт поиск новых управленческих и инновационных технологий, которые позволят снизить расходы на систему здравоохранения при сохранении её высокой доступности и эффективности.

Две глобальные тенденции мировых реформ включают контроль стоимости оказываемых услуг и повышение результативности системы здравоохранения, что связано с обеспечением её доступности. Реформы в ряде случаев представляют собой попытку сохранить лучшие элементы уже существующих систем, адаптируя подходы и механизмы, которые хорошо проявили себя в других странах.

Однако в мире действуют разнонаправленные тенденции: в то время как в развитых странах на повестке дня остро стоит проблема контроля за расходами и изучение возможностей их снижения, в развивающихся странах, наоборот, речь идёт о необходимости увеличения расходов на здравоохранение, чтобы обеспечить доступ населения к медицинской помощи.

Задача сдерживания роста расходов на здравоохранение поставлена в развитых государствах неслучайно. Темпы роста расходов на здравоохранение в странах ОЭСР в 2000 гг., причём в странах с различными моделями, опережали темпы экономического роста, что привело к увеличению доли здравоохранения в ВВП. Самый яркий пример в этой области – США, где к 2008 г. доля расходов на здравоохранение достигла 17 % ВВП. Переломной точкой стал кризис 2009 г., когда рост почти затормозился. Однако в настоящее время расходы, определяемые как доля ВВП, опять увеличиваются практически во всех странах ОЭСР, хотя и гораздо медленнее, и поэтому проблема не снята с повестки дня.

В условиях ограниченных возможностей серьёзного увеличения средств можно рассматривать вариант перераспределения ресурсов из других областей, однако возникает серьёзная проблема приоритетов государственной не только здравоохранительной, но и социально-экономической политики. Поиск способов оптимизации расходов идёт по нескольким направлениям. Прежде всего, это так называемый перенос затрат на сторону спроса (пациенты) или предложения (поставщики медицинских услуг). Широкое распространение получают системы подушевой оплаты при оказании амбулаторной помощи, а для финансирования стационаров используются такие методы, как установление твёрдых бюджетов (Франция), лимитов роста издержек (Бельгия, Германия, Нидерланды), оплата по клинико-диагностическим группам (Австрия, Норвегия, Австралия).

Следует отметить инициативы, которые выходят непосредственно за рамки системы здравоохранения, но при этом оказывают влияние на состояние здоровья населения, это, прежде всего, забота об экологии и правильном питании, формирование здорового образа жизни. Причём в этой области исследователи видят серьёзные перспективы для использования налоговых механизмов.

Другой путь, который активно используется в здравоохранительной политике развитых стран – повышение эффективности использования имеющихся ресурсов. В этой связи предлагаются различные формы финансирования, такие как сберегательные медицинские счета, идут эксперименты и с формами оплаты тех, кто оказывает медицинские услуги.

Среди основных направлений совершенствования организации здравоохранения в зарубежных странах можно выделить следующие:

- внедрение инновационных технологий, прежде всего информационных;
- использование механизмов нового государственного управления, задача которого – адаптация успешных управленческих технологий бизнеса для целей управления в общественном секторе;
  - управление результатом работы персонала – как интерактивный процесс, в котором участвуют и менеджеры, и работники для определения целей работы, критериев отчётности и развития мер для повышения квалификации персонала;
  - бюджетирование, ориентированное на результат – подчёркивает важность определения измеряемых результатов, которые должны быть достигнуты за счёт бюджетных средств и тем самым обеспечивает больше прозрачности в процесс формирования бюджета и отчётности за достижение поставленных целей. Это включает управляемую конкуренцию, контрактацию, корпоратизацию;
  - новые методы оплаты труда врачей – акцент на оплату по результату, дополнительные платежи за достижение поставленных целей (профилактика, соответствие доказательной медицине, схемы «payforperformanceschemes (p4p)»). Среди основных целей – профилактика (вакцинация, скрининг) и хронические заболевания;
  - внедрение новых форм обслуживания пациентов (управление хроническими заболеваниями (астма, диабет), интегрированные системы обслуживания, управление болезнью).

Специально хотелось бы остановиться на системах оплаты по результату, российским аналогом которых стал эффективный контракт. Ряд зарубежных исследователей отмечает, что данные проверки использования новой системы не подтверждают однозначно, что она гарантирует повышение качества и/или снижение затрат на медицинские услуги. Для этого она, по крайней мере, должна быть правильно структурирована. В этом смысле показательно исследование, которое было проведено в 35 медицинских учреждениях США. Анализ опыта использования оплаты по результату в течение 10 лет показал, что если после её внедрения качество медицинского обслуживания повышалось, то после отмены сразу снижалось. Это означает, что оплата по результату требует постоянного применения, иначе теряется её стимулирующий характер. Возникает закономерный вопрос о том, почему нужно выплачивать премии врачам за работу, которую они должны выполнять хорошо в рамках своих профессиональных обязанностей.

В условиях глобализации и интенсивного обмена опытом и информацией диффузия передового опыта происходит очень быстро. Важную роль в этом играет ВОЗ. Россия является неотъемлемой частью мирового пространства, активно участвует в международном обмене на всех уровнях и уже неоднократно становилась площадкой для обсуждения самых злободневных проблем здравоохранения. Так, в ноябре 2017 г. в Москве прошёл крупный форум по проблеме туберкулёза.

Для России проблемой является ход реформ, точнее обратный ход, переход от более обобществлённых форм (государственной бюджетной системы) к более индивидуалистическим формам (страхованию), которые как будто больше соответствуют рыночным отношениям. Однако, как отмечает эксперты, такой переход был

инициирован в начале 1990-х гг. скорее по соображениям политическим и идеологическим и был связан с переходом к рыночной экономике на фоне распада СССР.

Но использование опыта развитых стран неоднозначно. Там на повестке дня остро стоит вопрос о сдерживании роста расходов на здравоохранение. Для этого используются меры и в том, что касается спроса, и в том, что касается предложения, включая введение лимитов на прирост государственных расходов или перенос затрат на пациентов. В России проблема другая – речь, скорее, идёт об оптимальном использовании весьма ограниченных средств, выделяемых государством на здравоохранение.

## **Пути совершенствования российской системы здравоохранения**

Для успешного совершенствования системы здравоохранения и формирования политики в сфере здравоохранения необходимо уточнение основных понятий, которые используются в системе управления здравоохранением. Это необходимо для выработки единого понимания оценки её основных параметров. Вместе с тем следует более детально проанализировать ключевые понятия, которые вызывают наибольшие методологические проблемы, такие как эффективность, результат и качество.

В здравоохранении возникает вопрос о связи между затратами и качеством медицинского обслуживания. Проблема состоит в том, насколько дополнительные вложения ведут к повышению качества оказываемых услуг. Традиционно подразумевалось наличие линейной связи, т. е. увеличение расходов ведёт к улучшению качества оказываемых услуг и, соответственно, меньший объём ресурсов ведёт к ухудшению результата. Однако связь между расходами и качеством в здравоохранении более сложная, и на практике на определённом этапе происходит снижение отдачи от дополнительных вложений.

Политики и управленцы стремятся направлять средства прежде всего туда, где можно обеспечить очевидный рост результата. Для этого традиционно используется целевой подход, когда выделяются наиболее перспективные с рассматриваемой точки зрения группы населения или виды заболеваний. В России пример такой политики – выделение сердечно-сосудистых заболеваний как приоритета и связанная с этим цепочка «цель-ресурсы-результат».

Перераспределение ресурсов остаётся важной проблемой для здравоохранительной политики, так как когда перераспределение происходит в рамках ограниченных средств, то это означает снижение ресурсов по другим направлениям. Поэтому выделение приоритетов является далеко не нейтральным процессом.

*Результативность* подразумевает, собственно, достижение цели, независимо от того, сколько было на это затрачено материальных и других ресурсов. Это может быть не только чисто профессиональное решение проблемы, но и личностное восприятие ситуации. Поэтому одним из основных методов оценки результативности в здравоохранении является анкетирование, т. е. выяснение отношения к происходящему у основных фигурантов (пользователи и те, кто оплачивает и предоставляет здравоохранительные услуги) с помощью оценки их субъективного отношения. В данном случае возникает ряд проблем, с которыми сталкиваются исследователи, работающие с социологическими методами, в частности, постановка вопроса и составление программы исследования.

*Эффективность* подразумевает решение проблемы по схеме «тот же результат с меньшими затратами» или «лучший результат с теми же затратами». Для

принятия рационального решения в данном случае необходимы экономические данные, в том числе показатели деятельности организации. Однако такие данные гораздо сложнее получить, ведь организации далеко не всегда готовы раскрывать информацию по своей финансовой деятельности.

Подмена рассмотренных выше понятий в российской теории и практике связана с тем, что многие современные экономические идеи пришли от западных специалистов, и возникает путаница с переводом терминов, в том числе двух совершенно разных английских слов, а именно результативность и эффективность, которые на русский язык часто переводятся одинаково: эффективность. На самом деле в англоязычной научной литературе эти два понятия разводятся достаточно чётко. Поэтому когда некоторые российские методики предлагают использовать анкету пациента для оценки эффективности работы той или иной программы, то речь по существу идёт о результативности.

В прикладном смысле эффективность деятельности системы здравоохранения подразумевает определение общего объёма ресурсов, выделяемых на охрану здоровья (макроэффективность) и возможных вариантов их использования (микроэффективность). Так как экономические проблемы решаются в специальных организационных формах, то решение экономических проблем здоровья неизбежно связано с выбором форм организации и финансирования.

Следует отметить, что применение понятия эффективности в работе системы здравоохранения вызывает ряд методологических сложностей, что связано с неоднозначностью зависимости между вкладом и результатом, которая определяется многофакторным воздействием на здоровье человека.

*Качество* в системе здравоохранения достаточно сложно определить, так как оно плохо поддаётся количественному анализу. В то же время ему уделяется всё больше внимания, особенно когда речь идёт о результате, достигнутом при произведённых затратах. Качество можно анализировать с разных точек зрения и понимать, как:

- поддающиеся измерению характеристики реальных ресурсов, использованных в производстве, например, уровень квалификации медицинского персонала, сложность оборудования;
- характеристику процесса, который используется для производства медицинской услуги, а именно сущность вмешательства, степень соответствия профессиональным нормам;
- результат работы. Это может быть профессиональная оценка или ценность, которую сам пациент придаёт улучшению качества своей жизни в результате вмешательства. Причём традиционная экономика признаёт оценку пациентом медицинского результата как наиболее теоретически правильную посылку, хотя и наиболее противоречивую в случае здравоохранения.

Однако такое достаточно узкое понимание качества можно определить как собственно медицинское. Вместе с тем качество необходимо рассматривать с точки зрения системы здравоохранения в целом и в таком контексте оно имеет, по крайней мере, три измерения.

Первое – это уже упомянутый медицинский аспект, точнее, клинический результат. Второе – это качество обслуживания, что включает условия пребывания в учреждениях здравоохранения, оперативность доступа, поведение медицинского персонала. Это особенно важно, когда есть избыток учреждений или пациента необходимо направить в конкретное учреждение. Третье – это социальное измерение, которое отражает степень, в которой система соответствует одобряемой на-

цией социальной этике здравоохранения. Социальное качество, например, может быть определено как обеспечение каждому гражданину доступа к медицинскому обслуживанию и защиты от финансовых проблем при наступлении болезни.

В условиях ограниченности ресурсов в здравоохранении возникает необходимость баланса между этими измерениями качества. Улучшение обслуживания может происходить за счёт клинического и социального качества. Вместе с тем достижение социального качества может происходить за счёт ограничения клинического качества или, по крайней мере, его неизменности. Возможно даже, что в условиях необходимости такого компромисса трудно говорить об общем качестве системы здравоохранения.

Для тех, кто оказывает медицинские услуги, важны как степень профессиональной свободы практики, так и экономической свободы устанавливать цены на медицинское обслуживание. Однако это может быть достигнуто за счёт социального и, возможно, клинического качества. Опыт США показывает, что усиление профессиональной и экономической свободы производителей и акцент на клиническом качестве и качестве обслуживания происходили за счёт социального качества здравоохранения как такового в плане охвата и доступа населения (до реформы Б. Обамы более 40 млн американцев не имели полиса медицинского страхования).

Одинаковое качество для всех означает, что каждый имеет право на равное отношение при оказании услуг в зависимости от потребности, а не социального положения. Особенно это становится важным в условиях ограниченности ресурсов и их уменьшения. Равное качество также подразумевает, что каждый получает услуги единого профессионального стандарта. Эта проблема возникает по отношению к более бедным пациентам и связана, в том числе, с трудностями в обеспечении медицинскими кадрами депривированных районов. Важным параметром равного качества является то, насколько услуги приемлемы, т. е. оказание услуг может быть организовано способом, неприемлемым для тех групп населения, которым они теоретически предназначены.

## Программно-целевой подход

В настоящее время в здравоохранении России используется или планируется достаточно широкий спектр новых форм организации здравоохранения.

В последние годы в Российской Федерации активно внедряются инструменты программно-целевого планирования. Программно-целевое планирование подразумевает достижение конкретных целей в установленные сроки с использованием инструментов и механизмов государственного управления.

Положительными сторонами управления в рамках программно-целевого подхода выделяются:

1. Возможность сконцентрировать доступные ресурсы на решении наиболее острых проблем.

2. Значительное повышение уровня прозрачности бюджетного планирования. Целевая программа содержит цели и задачи, которые необходимо выполнить, устанавливаются ресурсы и мероприятия для их достижения. Финансовые потоки жёстко распределены, что значительно упрощает контроль за их движением и поиск нарушений.

3. Чёткая установка целей даёт возможность быстро оценить эффективность деятельности исполнителей программы и определить источники неэффективного использования средств.

Выявляются такие недостатки программно-целевого планирования:

1. Программно-целевой метод планирования отличается недостаточной гибкостью и длительным периодом внесения корректив в программу. Создание и реализация программы является длительным и трудоёмким процессом. Таким образом, временной промежуток от выявления проблемы до её решения может быть достаточно продолжительным, а последствия ошибки принести значительный вред.

2. Программно-целевой подход в управлении не позволяет исключить фактор субъективности и низкого уровня компетентности лиц, разрабатывающих программу и принимающих решения по установке целевых показателей и задач. Выявление приоритетных направлений и задач является сложной задачей и требует комплексного изучения и анализа состояния объекта управления.

На данный момент в России в сфере здравоохранения действует Государственная программа «Развитие здравоохранения» со сроком реализации 2013–2020 гг. Целью программы является «обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объёмы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки».

Ещё одним методом государственного управления являются «дорожные карты». Это документ, который, с одной стороны, представляет собой план мероприятий соответствующего уровня государственного управления, но, с другой стороны, показывает каким путём будут решаться задачи, поставленные на более высоком управленческом уровне. Таким образом, задачи более высокого уровня согласовываются с условиями данного уровня.

На федеральном уровне в здравоохранении в России принято распоряжение «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Также должны быть созданы региональные «дорожные карты», соответствующие «дорожной карте» федерального уровня.

Важным направлением развития и оптимизации оказания медицинской помощи, наряду с повышением её качества и доступности, является сокращение неэффективных избыточных мощностей, прежде всего, нерационально работающих, простаивающих по 60–70 дней в году круглосуточных коек стационаров.

В результате целью программы модернизации здравоохранения стало выстраивание трёхуровневой системы оказания медицинской помощи, при которой экстренная специализированная медицинская помощь при острых сосудистых патологиях, комбинированных травмах и других состояниях оказывается, в том числе жителям сельской местности, на основе единых современных порядков и стандартов в межмуниципальных, межрайонных медицинских центрах второго уровня.

Однако Счётная палата Российской Федерации исследовала исполнение соглашений между Минздравом России, Минобрнауки России, Минкультуры России, Минтрудсоцзащитой России и высшими органами исполнительной власти регионов России по достижению целевых показателей оптимизации сети государственных и муниципальных медицинских, образовательных организаций, учреждений культуры, организаций социального обслуживания населения в 2013–2014 гг. Проверка показала, что изменение численности образовательных, медицинских организаций, учреждений культуры, организаций социального обслуживания и отдельных категорий работников было проведено без учёта социальных нормативов, утверждённых Правительством Российской Федерации. Субъекты Федерации проводили реформы без методического сопровождения со стороны федеральных органов исполнительной власти.

Данная реформа предполагает улучшение состояния системы в целом, однако проведённые в рамках оптимизации мероприятия в основном направлены на сокращение объектов, их реорганизацию или сокращение численности сотрудников, что приводит к снижению уровня доступности услуг населению и ухудшению показателей эффективности деятельности государственных и муниципальных организаций.

Оптимизации решено подвергнуть 952 медицинских учреждения, из них 472 – в 2015 г. Из 952 медицинских учреждений за 2014–2018 гг. планируется закрыть 41 медицинскую организацию, преобразовать в филиалы 911 медицинских учреждений. В 2014 г. было реформировано 359 медицинских учреждений, из них было закрыто 26, а 330 перестали быть самостоятельными. В процессе реформирования до конца 2018 г. будут ликвидированы ещё 15 медицинских учреждений и реорганизовано 581. С 1 января 2014 г. к концу 2018 г. число больничных учреждений планируется сократить на 11,2 %, амбулаторно-поликлинических организаций – на 7,2 %. Также с целью оптимизации до 2018 г. планируется ликвидировать фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, частично заменив их офисами врачей общей практики. При этом в России 17,5 тыс. населённых пунктов не обладают медицинской инфраструктурой. Из них более 11 тыс. находятся на расстоянии свыше 20 км от ближайшего медицинского учреждения, где есть доктор. 879 малых населённых пунктов не прикреплены ни к одному фельдшерско-акушерскому пункту или офису врачей общей практики. Снижается и количество больничных коек.

Сокращение количества медицинских учреждений и больничных коек объясняется Министерством здравоохранения Российской Федерации стремлением к снижению количества неэффективно используемых мощностей. Однако сокращение происходит в условиях роста заболеваемости населения, роста числа частных медицинских учреждений и увеличения расходов домашних хозяйств на медицинские услуги со 143 рублей на человека в 2000 г. до 2529,5 рублей в 2014 г.

При этом последние годы происходит снижение реальных доходов населения. Также в 2013–2015 гг. в России наблюдается естественный прирост населения и одновременно увеличивается доля населения старше трудоспособного возраста. Представляется, что необходимо дополнительно изучить действенность данных оптимизирующих мер, принятых с целью повышения доступности услуг здравоохранению. В рамках реформы предполагается открытие взамен старых новых медицинских учреждений, что на данный момент не прослеживается.

## **Мониторинг и независимая оценка качества работы медицинских организаций**

В настоящее время широкое распространение в системе здравоохранения получил мониторинг. Он включает постоянное наблюдение процессами для оценки их состояния и прогнозов развития и проводится для повышения качества управленческих решений. Поэтому результатом часто становится разработка рейтингов медицинских организаций. Они являются эффективным информационно-маркетинговым инструментом внешнего управления качеством медицинской помощи. Методологии ранжирования поставщиков медицинских услуг достаточно сильно различаются между собой, часто уточняется состав показателей и критериев.

Оценка результата работы медицинских организаций даёт возможность обеспечить улучшение их работы и подотчётность, повысить качество решений,



принимаемых различными акторами в системе здравоохранения, включая пациентов, медицинских работников, менеджеров, Правительство Российской Федерации на всех уровнях, страховщиков и плательщиков, политиков и просто граждан как налогоплательщиков.

Различные способы использования показателей оценки работы определяют и выбор методов измерения, индикаторов, аналитических технологий и подходов к представлению результатов. Это могут быть общенациональные обследования, опросы пациентов, базы данных самих учреждений и постоянно собираемая клиническая информация. Выбор метода определяется целью и применением результата. Например, когда измеряется отзывчивость на нужды пациентов, лучшими методами являются обследования домохозяйств или опросы пациентов, тогда как для рассмотрения отдельных клинических результатов использование клинических данных может быть более информативным и более ресурсосберегающим способом. На практике многие страны идут по пути сбора наиболее доступных данных.

Первым требованием к любой системе измерений является разработка ясной концептуальной основы для разработки показателей оценки. Проблемы методологии особенно остро возникают, когда стоит вопрос о разработке отдельных индикаторов. Важное замечание касается уровня, на котором предоставляются данные. Это может быть макроуровень (национальная продолжительность жизни), мезоуровень (уровень смертности после операций в больнице) и микроуровень (результаты здоровья пациентов, достигнутые отдельными врачами). Цель состоит в разработке показателей оценки работы, которые демонстрируют определённые признаки: приемлемость, выполнимость, надёжность, чувствительность к изменениям, достоверность.

Кроме того, необходимо обращать внимание на политический и организационный контекст, в рамках которого данные собираются, анализируются и распространяются. Ряд технических вопросов возникает при анализе и последующей интерпретации измерителей результата. При этом важно ответить на вопрос что вызвало такой результат, и кто внёс в него (его изменения) вклад конкретно. В некоторых областях были разработаны передовые техники анализа корректировки риска, которые помогают ответить на вопрос об атрибуции.

Внимание необходимо уделить предоставлению показателей и тому, как получатели их интерпретируют, и какое влияние это на них оказывает. Один из наиболее спорных вопросов это использование композитных индикаторов, которые стремятся объединить в один измеритель несколько показателей оценки работы организации или системы. Такие индикаторы особенно привлекательны, так как помогают суммировать уровни достижения результата в доступной форме, но они должны использоваться с осторожностью, так как могут приводить к искажённым выводам.

На политическом уровне показатели мониторинга могут быть использованы для постановки и решения ряда задач, в том числе для публичного представления информации. Таким путём можно способствовать созданию положительного имиджа поставщиков услуг. Однако это может привести к обратным результатам – для улучшения своих показателей организации могут стремиться избегать лечения пациентов со сложными проблемами.

Важная область использования оценки результатов – создание системы прямых финансовых стимулов для вознаграждения организаций по результатам работы. Однако такие схемы поднимают ряд важных вопросов, как то: какие аспекты работы учитывать, какими показателями измерять их достижение, как устанавливать цели, применять ли стимулы на индивидуальном или на группо-



вом уровне, насколько сильна должна быть связь между достижением и результатом и как выразить это в денежном выражении.

Показатели оценки работы используются для обратной связи с врачами, что по идее должно обеспечить значительные улучшения в работе. Однако для этого требуется серьёзная статистическая оценка риска, поскольку необходим учёт всех характеристик пациентов. Необходимость обратной связи, которая бы при этом непосредственно не затрагивала репутацию врача, может противоречить требованиям публичной отчётности.

В обязанности государства в области организации мониторинга в здравоохранении входит разработка ясной концепции и видения цели системы оценки работы; дизайн механизмов сбора данных, включая детальную спецификацию отдельных индикаторов с учётом мировой практики; аудит и контроль качества данных; обеспечение доверия общественности к информации; обеспечение понимания данных теми, кто их собирает и использует; развитие соответствующих методов агрегирования данных и их презентации, включая подготовку публичных отчётов и обеспечение сравнимости и преемственности информации; разработка стимулирующих мер на основе показателей работы учреждения для усиления положительных результатов работы и снижения отрицательных эффектов; обеспечение плюрализма мнений – специфические группы интересов не должны получать монопольное право контроля над информацией.

Причём эти функции не обязательно должны выполняться государством, но государство должно обеспечить, чтобы все они работали и приносили результат. В таблице 9 приведены требования, предъявляемые к информации о работе медицинских учреждений для участников, находящихся на различных уровнях системы здравоохранения.

Таблица 9

**Требования, предъявляемые к информации о работе медицинских учреждений для участников, находящихся на различных уровнях системы здравоохранения**

Субъект	Потребности и требования
Правительство / государство	Разработка политики здравоохранения. Мониторинг здоровья нации. Обеспечение расходования государственных средств по назначению. Мониторинг эффективности и результативности установленных мер регулирования. Информация по представлению данных на национальном и международном уровне. Информация об обеспечении доступа и достижения справедливости при обслуживании пациентов, а также использованию услуг и листам ожидания.
Министерство здравоохранения	Защита и обеспечение безопасности и благосостояния пациентов и более широкого круга граждан. Своевременная, надёжная и постоянная информация по вопросам безопасности пациентов и их благосостояния. Информация об эффективности финансовых потоков.

Плательщики (население как налогоплательщики и члены страховых фондов)	Обеспечение расходования средств эффективно, результативно и в соответствии с ожиданиями. Агрегированные сравнительные данные по результатам работы учреждений. Информация по производительности работы и эффективности затрат. Информация по доступу и справедливости.
Поставщики услуг	Обеспечение соответствия контрактов (пакета услуг), предлагаемых пациентам, его ожиданиям (пациента). Информация по поводу собственного опыта пациентов и их удовлетворённости полученной услугой. Информация о работе провайдеров. Информация по поводу эффективности произведённых затрат на лечение.
Медицинские организации	Мониторинг и улучшение предоставляемых услуг. Оценка местных потребностей. Агрегированные клинические данные. Информация об опыте пациентов и их удовлетворённости полученной услугой. Информация по доступу и справедливости, использованию услуг и листам ожидания.
Врачи	Соответствовать позиции, которую занимают в профессиональной деятельности. Способность улучшать работу. Информация по существующей практике и передовому опыту. Информация по лучшим достигнутым показателям, понимание, каким образом это было сделано.
Пациенты (потребители услуг)	Способность сделать выбор медицинской организации или врача, когда возникает потребность. Информация по альтернативным возможностям лечения, расположению близлежащих медицинских учреждений и качеству услуг, оказываемых в них, включая неотложную помощь. Информация по качеству и вариантам лечения по выбору.
Общественность	Уверенность в том, что необходимые услуги будут доступны гражданам страны и каждому конкретно в случае необходимости в настоящее время и в будущем. Контроль над действиями правительства и других государственных органов. Общие тенденции в развитии здравоохранения в стране, его сравнение с работой других систем на национальном и местном уровне. Информация по эффективности и безопасности.

*Источник: составлено авторами*

Из таблицы 9 следует, что требования участников процесса и их запрос на мониторинг и качество совпадают в своей основе, но существуют и специфические запросы. Поэтому возникает сложность формирования единой базы мониторинга, чтобы результаты удовлетворили всех участников. Поэтому важно при формирова-

нии задач на мониторинг чётко установить для решения каких задач он проводится, каковы потребности и требования этого конкретного участника к мониторингу.

Рекомендации по формированию рейтингов государственных (муниципальных) организаций, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, были утверждены приказом министра здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» от 12 сентября 2014 г. Они были разработаны достаточно быстро, поскольку ещё весной 2014 г. представители считали, что для них необходимой и достаточной является информация, полученная в результате мониторинга медицинских организаций через составление рейтингов мнения пациентов (субъективный имидж).

Данная методика была утверждена после выполнения пилотных проектов в девяти регионах страны в 2013 г. Обращаем внимание на общие недостатки, относящиеся к методологии выстраивания подобных документов. Они фиксируются уже в формулировке самого приказа: речь идёт о формировании рейтингов государственных (муниципальных) организаций, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, а далее в скобках идёт уточнение (медицинские организации). Понятие «медицинские организации» значительно уже понятия «организации, оказывающие услуги в сфере здравоохранения», что означает, что показатели, взятые для составления рейтинга, должны различаться. Однако из дальнейших позиций приказа это не следует. И таких «взаимозамещений» много. Вольное обращение с базовыми понятиями заранее вносит элемент недоверности в составление рейтингов.

Для оценки работы любого медицинского учреждения важное значение имеет оценка пациентов. Именно об этом, по существу, идёт речь, когда говорят о независимой оценке. Это форма социологического исследования получила широкое распространение в России. Сегодня на сайтах всех медицинских учреждений можно найти соответствующие ссылки. На первый взгляд, это положительное начинание, которое даёт возможность учесть мнение пациентов, получить обратную связь. Однако следует помнить, что это субъективная оценка конкретного лица, и в ряде случаев пациент не может объективно оценить оказанную ему медицинскую помощь, скорее он может оценить немедицинские вопросы, такие как отношение персонала, чистоту в палатах, наличие удобств и т. д. Это важно учитывать при составлении анкеты и интерпретации полученных результатов.

В последнее время в здравоохранении получает развитие такая новая организационная форма как кластер. По определению М. Портера, «кластер, или промышленная группа, – это группа географически соседствующих взаимосвязанных компаний и связанных с ними организаций, действующих в определённой сфере, характеризующихся общностью деятельности и взаимодополняющих друг друга».

Суть кластера в том, что большинство его участников не конкурируют между собой, а производят товары и услуги в разных сегментах отрасли. Они имеют общие возможности и одновременно сталкиваются с общими сложностями и препятствиями. Участие в кластере позволяет скоординировать намерения и наладить взаимодействие как между участниками, поставщиками и государственными структурами.

Характерными особенностями кластеров являются: территориальная локализация большинства организаций, стабильность и приоритетное значение хозяйственных связей между участниками, длительный период координирования намерений и действий между участниками кластера.

Преимуществом кластеров является эффективность инновационного развития в рамках данной формы взаимодействия организаций. Инновации нуждаются

в постоянных контактах участников между собой, которые позволяют в короткие сроки корректировать и вносить изменения в процесс разработки, исследования, производства. Также кластерная форма взаимодействия, с одной стороны, позволяет комфортно осуществлять свою деятельность малым и средним предприятиям, с другой стороны, именно малые и средние организации являются наиболее гибкими и приспособленными к внешним изменениям.

В России является интересным проект создания Международного медицинского кластера, который предполагает создание инфраструктуры для дальнейшего участия со стороны ведущих отечественных и зарубежных медицинских учреждений с целью привлечения инвестиций, технологий и инноваций, опыта и специалистов самого высокого уровня научной и практической направленности.

## Заключение

Таким образом, предлагаем следующие рекомендации для совершенствования законодательства путём, прежде всего, внесения поправок в уже имеющиеся статьи и включения дополнительных статей в действующие законодательные акты.

1. В настоящее время в России сформирована достаточно подробная законодательная база, которая регулирует основные вопросы развития здравоохранения. Это касается и законодательства по здравоохранению, и нормативно-правовых актов, которые регулируют другие сферы деятельности, но содержат положения, имеющие отношение к вопросам здоровья и здравоохранения.

Политика в области здравоохранения, очевидно, направлена на стабилизацию сложившейся системы, что на текущем этапе не предусматривает её существенных изменений. У политических сил отсутствует чёткое видение другой модели здравоохранения, она не сформирована на политическом уровне.

Общие цели, выдвигаемые на политическом уровне, вполне соответствуют современным реалиям и мировой практике. Вместе с тем, в ряде случаев, выбор приоритетов, конкретные механизмы, которые применяются для этого, не обеспечивают наилучшее решение поставленных задач. Поэтому отмечаются расхождения между целями и задачами и теми методами, которыми предлагается их достигать. В этих условиях представляется целесообразным принять меры, которые бы максимально способствовали решению общих задач, стоящих перед российским здравоохранением, хотя вопрос о необходимости новой модели остаётся открытым.

В этом контексте следует подчеркнуть, что здравоохранительная политика выступает как важнейший детерминант развития современных систем здравоохранения. Для обеспечения здоровья граждан нужны целенаправленные усилия, а качество собственно политики, реализации политического цикла во многом определяют состояние и успехи развития системы здравоохранения. При этом государство по-прежнему рассматривается как лидер в вопросе формирования здравоохранительной политики. Проблемы российской системы здравоохранения связаны, в том числе, с недооценкой её роли в развитии здравоохранения, что выражается в нарушении политического цикла и т. д.

Важно, что усиление социального неравенства в России ведёт к необходимости осознанной стратегии интеграции в рамках рыночной экономики. Экономический рост и развитие непосредственно связываются с социальной справедливостью. В этих условиях система здравоохранения может выступить основой социального консенсуса и преодоления социальной разобщённости современного российского общества.

Очевидно, что политические решения в системе здравоохранения должны приниматься на основе общественного договора населения (в т. ч. пациентских организаций, представляющих больных), медицинского сообщества (в перспективе саморегулируемого), предпринимателей и органов власти (представительной и исполнительной) с учётом мнения и прогнозов политологов и экономистов. К сожалению, такой общественный договор в России пока не сформировался и решения в сфере здравоохранения носят либо вынужденный, либо спонтанный характер с последующим обоснованием уже принятых решений. В то же время наиболее правильный подход – это прогнозирование и социальное конструирование возможных социальных последствий принимаемых решений. Это тем более важно, поскольку предстоящие десятилетия будут проходить при интерференции различных новых и старых законов, резко усложняющих взаимоотношения общества и государственных институтов.

2. Необходимо открыто включить в обсуждение социальную составляющую здравоохранения, прежде всего неравенства в состоянии здоровья и доступа к системе здравоохранения, подчеркнуть важность подхода к охране здоровья как целостной системы с учётом широкого спектра факторов здоровья, в рамках которого отрасль оказания медицинских услуг (система здравоохранения) является лишь частью.

Исследования не оставляют повода для сомнений в том, что социально-экономические факторы являются мощными детерминантами здоровья. И поэтому реально проблема преодоления неравенства в состоянии здоровья находится во введении многих министерств и ведомств, которые не могут непосредственно предотвратить смертность и обеспечить здоровье, но могут воздействовать на лежащие в их основе причины.

3. В этом контексте представляются важными следующие направления деятельности:

*На политическом уровне.* Разработка новой концепции развития системы здравоохранения с учётом реалий текущей ситуации, ресурсного обеспечения и перспективного видения её целей и задач.

Концепция должна содержать реальную оценку ситуации, сложившейся в отрасли, и на основе научного анализа предложить программу эффективных действий. Только так можно остановить истощение «запасов прочности» здравоохранения и понизить градус напряжения в обществе.

Необходимо преодолеть узковедомственный подход, так как охрана здоровья требует межсекторных решений, не связанных напрямую с оказанием медицинской помощи населению. Главные из них: смягчение бедности и экономического неравенства, обеспечение доступности образования, адекватного жилья, занятости, улучшение условий труда, содействие выбору здорового образа жизни, наращиванию социального капитала.

Необходимо отметить, что концепция здравоохранения, в основе которой лежит межсекторный подход, соответствует статье 7 Конституции Российской Федерации, которая гласит, что «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека».

*На законодательном уровне.* Кодификация законов о здоровье и его охране.

Кодификация предусматривает деятельность, направленную на создание объединённого и упорядоченного свода законов, который бы заменял все предшествующие законодательные нормы, содержащиеся в российском законодательстве

и содержание положения о здоровье и здравоохранении в систематической и усовершенствованной форме. При этом важно, что кодификация – это не просто механическое объединение законов, она связана с их упорядочением, что важно в настоящее время для российского законодательства об охране здоровья. Разработка кодекса может способствовать систематизации и даже переоценке существующего законодательства. Однако важное условие для успеха такого начинания – чёткий запрос политического уровня, определяющий контуры модели здравоохранения.

*На уровне управления* представляется целесообразным создание специального межведомственного органа, который бы координировал здравоохранительную работу. Руководство таким органом целесообразно возложить на премьер-министра с тем, чтобы обеспечить контроль работы участвующих министерств и ведомств. Подобные предложения уже высказывались, например, Лигой защиты пациентов. В состав такого органа необходимо ввести представителей общественности.

Первой его задачей могла бы стать разработка новой национальной стратегии в сфере здравоохранения. В этом плане следует поддержать инициативу «СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ» по разработке стратегии охраны общественного здоровья и оказания медицинских услуг.

Одновременно необходимо введение обязательной публичной отчётности Председателя Правительства Российской Федерации, глав субъектов Федерации, глав муниципальных образований за состояние охраны здоровья населения.

Целесообразно разработать межведомственные программы охраны здоровья населения с привлечением всех заинтересованных сторон, в том числе при активном участии глав регионов и муниципальных образований. Предлагаются следующие актуальные программы: «Здоровье российских мужчин»; по медико-социальному уходу и реабилитации (в том числе на дому) для старшего поколения российских граждан; «Здоровье детей и подростков», «Здоровый образ жизни – это наш стиль». Это потребует объединения усилий Минздрава России, Минспорта России, Минобрнауки России, МВД России, Государственной Думы Российской Федерации, крупных работодателей (ОАО «РЖД», Сбербанк, Газпром и др.), объединений работодателей (РСПП, «Опора России», «Деловая Россия»), различных организаций в защиту детей и др. В период 2018–2019 гг. необходимо сформировать вышеназванные программы, определив, какие ресурсы и механизмы, в том числе мотивации и контроля, необходимы для достижения поставленных Президентом России целей по увеличению ОПЖ до 76 лет.

4. В условиях рыночной экономики представляется неизбежным взаимодействие государства с негосударственными как частными, так и некоммерческими организациями, действующими в сфере охраны здоровья населения. В последнее время рост доли платных медицинских услуг практически свидетельствует о том, что государство устранилось из области контроля расходов граждан на медицинское обслуживание. Необходимо чётко определить позицию государства в сложившейся смешанной экономике и принять меры для обеспечения его лидирующей роли в системе здравоохранения. В этой связи возможно:

- укреплять роль государства в формировании цен на платные медицинские услуги. Возможный вариант – ценообразование по примеру ЖНВЛП;
- введение лимита трат семейного бюджета на оказание медицинских услуг (по примеру ЖКХ) на уровне не более 15 % бюджета домохозяйства. В противном случае предусмотреть специальные выплаты;
- увеличение лимита налоговых вычетов при оказании медицинских услуг; предусмотренных Бюджетным кодексом Российской Федерации;

– развитие государственно-частного партнёрства в оказании медицинской помощи населению (однако нужно понимать ограниченность решаемых им задач как вспомогательного механизма привлечения инвестиций в здравоохранение). В соответствии с зарубежным опытом следует регулировать практику введения платных коек при реализации проектов ГЧП;

– льготное кредитование (по примеру ипотеки для молодых) и инвестиционных проектов в здравоохранении и льготное налогообложение медицинских услуг как в частном, так и бюджетном секторах;

– полная отчётность негосударственных медицинских организаций и включение их в общую информационную базу с целью более рационального распределения медицинских организаций и врачебного персонала, независимо от принадлежности;

– возможно введение элементов софинансирования оказания медицинской помощи государством с учётом уровня дохода граждан. Однако такие со-платежи целесообразно устанавливать для медицинской помощи, основанной на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии бесплатной медицинской помощи.

5. Большое значение в современных условиях имеет кадровое обеспечение здравоохранения, развитие человеческого потенциала отрасли.

Для реализации этой задачи необходимо:

– реформирование системы медицинского и дополнительного профессионального образования и порядка определения и подтверждения квалификационного уровня, реализации масштабных федеральных государственных программ повышения квалификации врачей, в первую очередь участковой службы;

– внедрение системы аккредитации специалистов, с набором требований к специалисту (знаний, навыков, компетенций), позволяющие осуществлять трудовую деятельность и отражать траекторию его дальнейшего профессионального роста и развития;

– развитие общественных медицинских организаций, сформированных по территориальному и профессиональному принципам, создание вертикальных профильных медицинских интеграционных систем.

Вместе с тем, необходимо ввести:

– юридическую ответственность учредителей медицинских организаций (а не врачей и медперсонала) за дефекты оказания медицинской помощи вследствие недостатка необходимых помещений, транспорта, расходных материалов, оборудования, лекарств и др.;

– обязательность обучения определённых законодательством контингентов работников (полицейские, пожарные, учителя, стюардессы, проводницы вагонов и др.) навыкам оказания первой доврачебной помощи с выдачей соответствующих сертификатов.

В области оплаты труда медицинского персонала должна ставиться многоплановая задача – и обеспечение достойной оплаты труда, и стимулирование ответственной и качественной работы, и обеспечение притока кадров на территории с нехваткой медицинских кадров.

Как было показано, многие регионы уже принимают соответствующие меры. Однако в настоящее время в этой области возникает напряжение, связанное с необходимостью повышения зарплаты в государственных медицинских организациях в соответствии с указами Президента России. Представляется необходимым:



– выйти с инициативой по переносу срока реализации положений, закреплённых в указе, предусматривающем повышение заработной платы работников бюджетной сферы или её корректировку, и оказать помощь регионам в выстраивании своей работы в этом направлении.

Для улучшения ситуации в данной сфере можно рекомендовать такие меры, как:

– введение стимулирующих надбавок в зависимости от потребности в медицинских кадрах;

– введение жёстких ограничений по уровню заработной платы руководителей медицинских организаций и органов здравоохранения;

– введение обязательности предоставления повышенных социальных гарантий для отдельных категорий врачей, прежде всего работающих в сельской местности, в соответствии с региональными потребностями.

6. В самой системе здравоохранения необходима концентрация усилий на нескольких направлениях:

– эффективная организация работы первичного звена здравоохранения. Для этого необходимо ликвидировать дефицит медицинских кадров, создать условия для достойной оплаты их труда и повышения квалификации; укрепить участковую службу для повышения уровня доступности и качества первичной медико-санитарной помощи; восстановить фельдшерские пункты и врачебные амбулатории в сельской местности. Возможна или разработка специальной целевой программы по повышению эффективности работы первичного звена здравоохранения и доступности медицинской помощи на селе, или усиление соответствующих разделов ГП «Развитие здравоохранения»;

– реализация комплекса взаимосвязанных мероприятий, направленных на создание интегрированной системы инновационной медицины и здравоохранения, на основе единых приоритетов, координации инновационной деятельности, общих принципов внедрения результатов исследований в практическое здравоохранение. Необходимо интегрировать медицинские научные исследования, инновационную клиническую деятельность и высокотехнологичную медицинскую помощь, что обеспечит включение результатов инновационных разработок в практическое здравоохранение, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Особую роль в этом процессе должна сыграть Национальная технологическая инициатива и развитие ориентированных на человека программ, таких как «Хелснет», «Нейронет», «Фуднет», направленных на ускорение трансляции научных разработок в здравоохранение, внедрение дистанционных методов диагностики и слежения за пациентом, в особенности для людей с ограниченными возможностями и проживающих в удалённых и труднодоступных территориях:

– создание при федеральной поддержке самодостаточных региональных (федеральных) медицинских кластеров в составе крупных госпиталей, НИИ и вузов с централизацией высокотехнологической и специализированной медицинской помощи, диагностической и консультативной амбулаторной помощи, что снимет ненужные потоки больных в мегаполисы и сделает медицинскую помощь более доступной.

Предложенные выше рекомендации свидетельствуют о том, что в российском здравоохранении существуют ещё возможности и резервы совершенствования действующего законодательства, что позволит обеспечить более полную реализацию права граждан на охрану здоровья, закреплённого в Конституции Российской Федерации.



Современные тенденции  
в системе здравоохранения  
Российской Федерации

Редактор В. В. Нарбут  
Корректор Т. Д. Романосова  
Компьютерная вёрстка Л. А. Дерр

Оригинал-макет подготовлен  
ООО «Новосибирский издательский дом»  
630048, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104

---

Подписано в печать 25.06.2019  
Формат 60x90/16. Печ. л. 5,0. Печать офсетная. Тираж 500 экз. Заказ № 808

---

Отпечатано с оригинал-макета: ИП Мочалов С. В.  
162626, Вологодская область, г. Череповец, ул. Сергея Перца, 3