

ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА ПРОЕКТ «СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ на ПЕРИОД до 2025 г.», ПОДГОТОВЛЕННЫЙ МИНЗДРАВОМ РОССИИ, ВЕРСИЯ от СЕНТЯБРЯ 2017 г. (ДАЛЕЕ – СТРАТЕГИЯ)

Стратегия – это план развития отрасли (или организации), который **приведет ее к цели**. Для формирования Стратегии сначала необходимо провести детальный **анализ** внешних и внутренних **вызовов** (проблем). На основании проведенного анализа определяются **приоритеты** развития, формулируются главные **задачи** и **индикаторы** для контроля, рассчитываются необходимые **ресурсы**. Стратегия обычно формируется на среднесрочную и долгосрочную перспективу, то есть на срок от 3-х до 10 лет.

Разработка Стратегии очень **ответственное дело**, особенно в такой социально значимой отрасли, как здравоохранение. Если будут неверно выбраны приоритеты и направления развития, то поставленные цели достигнуты не будут, а ресурсы будут потрачены впустую. Для отрасли это означает **ухудшение положения** всех ее участников – пациентов и медицинских работников, а также рост напряжения в обществе. Если же не будут просчитаны кадровые, материально-технические и соответствующие им финансовые ресурсы, то Стратегия превратится в **декларацию**, и ее цели также не будут достигнуты. В этой связи разработкой проекта Стратегии должна заниматься междисциплинарная команда, владеющая соответствующими навыками, которая включает организаторов здравоохранения, ведущих специалистов по ключевым направлениям медицины, экономистов, демографов и др. Для разработки Стратегии необходимо время и вдумчивое отношение, поэтому этот документ просто по определению **не может быть разработан работниками Минздрава**, которые заняты решением оперативных задач. Стратегия должна быть изложена ясно, в ней не должно быть противоречий, малопонятных терминов и ложных сведений.

До утверждения Правительством проект Стратегии должен пройти **неформальные публичные обсуждения** – с профессиональным медицинским сообществом, с организаторами здравоохранения в регионах, с организациями пациентов. После утверждения Стратегии Правительством по ее основным направлениям Минздравом на федеральном уровне и в регионах должны быть разработаны детальные **программы** с участием соответствующих специалистов.

Цели развития здравоохранения РФ до 2024 г.

Цель российскому здравоохранению поставлена Президентом РФ В.В. Путиным. К 2024 году интегральный показатель здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни граждан – должна возрасти с нынешних **73 до 78 лет** (то есть за 6 лет на 5 лет). Есть еще одна важнейшая цель для здравоохранения России – это **успокоить население**, или добиться того, чтобы доля удовлетворенных доступностью медицинской помощи возросла с нынешних **9% или 30 %** (по разным оценкам) как минимум до **50-60%**, как в развитых странах.

В предложенной Минздравом Стратегии вместо конкретной цели приведено только одно из средств достижения цели – «создание условий, способствующих обеспечению доступности и качества медицинской помощи населения...». Причем, механизмом достижения этой цели, вместо последовательного описания приоритетов, задач и необходимых для их достижения ресурсов, приведена **общая фраза**: «создание пациентоориентированной системы здравоохранения, объединяющей все медицинские организации, независимо от форм собственности, действующих единых правил и норм...».

Анализ состояния здравоохранения РФ в Стратегии

Этот раздел представлен на 8 стр. (части «Современное состояние системы здравоохранения в РФ» и «Вызовы и угрозы развития системы здравоохранения») и **не является анализом** как таковым. В таком разделе сначала должны были быть проанализированы результаты деятельности системы охраны здоровья населения в РФ – это состояние здоровья населения. Затем необходимо проанализировать факторы на него влияющие: образ жизни населения, политика государства и регионов по охране здоровья населения, деятельность системы здравоохранения, экологические условия. Анализ здравоохранения должен быть разложен на блоки, как это принято при анализе многофункциональных систем: 1) инфраструктура (здания и сооружения, их износ, расположение, обеспеченность койками и оборудованием); 2) кадры (обеспеченность, распределение, квалификация); 3) объемы и организация медицинской помощи; 4) нормативная база и 5) управление.

Однако в названных частях документа анализа здоровья населения РФ – **нет** (даны только отдельные показатели за 2015 и 2016 г.). Анализа факторов, влияющих на здоровье населения РФ, – **нет**. Анализа внешних вызовов отрасли – **нет**. Анализа деятельности системы здравоохранения – **нет**. Вместо анализа системы здравоохранения дано неструктурированное выборочное описание проделанной ведомством работы, зачастую в сравнении с 2006 г. Во-первых, сравнение результатов деятельности с 2006 г. **некорректно**, поскольку в период с 2006 по 2012 г. в здравоохранении реализовывались инициированные руководством страны приоритетные целевые проекты, которые привели к улучшению положения в отрасли, и которые не связаны с деятельностью ее нынешнего руководства.

Во-вторых, анализ здравоохранения подразумевает выявление ключевых проблем, а они **не выявлены**. Более того проблемы, представлены как достижения. Например, указано, что созданная нормативная база определяет единые требования к инфраструктуре, кадрам и системе организации здравоохранения и др. Однако, принятые Минздравом требования нормативных документов **не согласованы между собой, научно не обоснованы, не просчитаны и не обеспечены** необходимыми ресурсами, и как следствие, зачастую, **неисполнимы**. Так, не просчитаны ресурсы, необходимые для выполнения требований обязательных порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Требования самих порядков в ряде случаев противоречат показателям, установленным в информационных письмах Минздрава по

формированию территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ). Критерии качества медицинской помощи, разработанные на основе рекомендованных клинических рекомендаций, являются обязательными к исполнению. Многочисленные отчетные формы дублируются и **не согласованы** между собой. Установленные сроки ожидания пациентами медицинской помощи **не согласованы** с имеющейся обеспеченностью медицинскими кадрами и установленными показателями функции врачебной должности (подробнее см. главу X).

Далее, **не обсуждена** важнейшая проблема здравоохранения – недостаточный объем финансирования территориальных программ государственных гарантий. Эта проблема указана как достижение (см. стр. 3): *«внедрен принцип единого подушевого финансирования, что позволяет обеспечивать сбалансированность и бездефицитность территориальных программ ОМС»*. Однако, на стр. 9 указано, что имеет место *«дефицит большинства территориальных программ государственных гарантий»*. **Для справки:** территориальные программы ОМС являются большей составной частью территориальных программ государственных гарантий.

Не указана следующая системная проблема управления здравоохранением – разделение организации, финансирования, учета и контроля медицинской помощи исходя из источника финансирования: ОМС и средства бюджетов. Так, территориальные программы ОМС администрируются Федеральным фондом ОМС, территориальными фондами ОМС, а также частными страховыми медицинскими организациями. Оставшаяся часть программы государственных гарантий (ПГГ) управляется региональными Минздравами, соответственно, управление ПГГ **не осуществляется** из единого центра.

Не указаны внешние демографические, экономические и социальные вызовы системе здравоохранения РФ до 2024 г. Финансово-экономическому блоку страны не представлено веских доказательств необходимости увеличения государственного финансирования здравоохранения, как следствие государственные расходы на здравоохранение с 2012 по 2017 г. сократились на 15% в постоянных ценах (и это без учета дополнительной внутриотраслевой инфляции). Соответственно, за этот период **сократились объемы бесплатной медицинской помощи** по программе государственных гарантий: посещения амбулаторно-поликлинических учреждений – **на 12%**, а число госпитализаций в стационар – **на 13%**. Как следствие, выросло недовольство населения медицинской помощью (см. далее).

Такой подход в анализе не позволяет выявить главные внешние и внутренние вызовы, стоящие перед отраслью, соответственно, правильно определить направления ее развития.

Приоритеты и задачи Стратегии, предложенные Минздравом

Приоритеты в Стратегии необходимы для того, чтобы сконцентрировать усилия и ограниченные ресурсы на самом главном. Обычно их бывает несколько – **до пяти**. Затем в рамках приоритетов формируются задачи.

В Стратегии, подготовленной Минздравом, сначала в п. 22 указано **17 задач**, затем, в п. 23 – **8 приоритетных направлений**. После этого следует еще **14 пунктов** (с 24 по 37), причем неясно, к чему они относятся – к задачам, к приоритетам, или к мероприятиям. По сути содержания этих пунктов – **общие фразы**, которые **повторяются** с небольшими итерациями. Например, необходимость создания трехуровневой системы медицинской помощи (существует с Советских времен) упомянута **4 раза**. Один раз в п. 7 раздела «Современное состояние здравоохранение», второй раз – в задаче 22, третий раз – в приоритетном направлении п. 23, четвертый раз – в п. 24, причем там для объема добавлена информация из действующих нормативных документов Минздрава¹.

Аналогично **5 раз** упоминается единая государственная информационная система (ЕГИС) и информатизация здравоохранения. Как, развивающаяся система (п. 16), как задача (п. 22), как приоритет (п. 23) и еще частями в пп. 27 и 29. Внедрение информационно-аналитической системы закупки лекарственных препаратов без изменений дублируется в п. 32 и п. 35. Итак, касательно практически всех пунктов.

Сами задачи и приоритеты не только **изложены обобщенно и дублируют друг друга, но и неверны**. Например, создание **ненужного института страховых представителей**, который никак не может повлиять на увеличение доступности медицинской помощи, упомянуто 2 раза без изменений формулировок (в задаче 22 и в п. 33). Непонятен приоритет *«личной ответственности граждан за свое здоровье»*, что имеется в виду – не предоставление медицинской помощи за нездоровый образ жизни? **Для справки:** такие меры не принимаются ни в одной развитой стране. Задача «развитие государственного-частного партнерства» в части строительства инфраструктуры здравоохранения и задача «участие частных медицинских организаций» в реализации программы государственных гарантий не сопровождаются указанием направлений, по которым необходимы такое участие и партнерство.

Хаотичное, невнятное и неверное изложение приоритетов и задач неприемлемо в подобного рода документах.

Какие должны быть главные приоритеты Стратегии развития здравоохранения РФ

Если бы раздел Стратегии «Анализ» был проведен правильно, то стало бы ясно, что необходимо выделить три главных приоритета развития здравоохранения РФ.

Первый – необходимо заняться здоровьем **российских мужчин**, которые сегодня живут **на 6 лет меньше**, чем мужчины в «новых-8» странах ЕС (имеющих близкий с РФ уровень экономического развития) и почти **на 10 лет меньше**, чем российские женщины.

Второе – надо заняться здоровьем российских **детей**, смертность среди которых **в 1,9 раза выше**, чем в этих странах, а не только здоровьем младенцев с экстремально низкой массой тела, как это делалось в последние 5 лет.

¹ Письмо Министерства здравоохранения РФ от 13 декабря 2017 г. № 11-7/10/2-8616.

Третье – **надо успокоить население**. К сожалению, сегодня напряжение и недовольство здравоохранением среди населения очень высоко. Так, по опросам ВЦИОМ, только **2%** граждан гордятся системой здравоохранения РФ, и здравоохранение – это третья по важности проблема, которая беспокоит россиян (после отсутствия роста заработных плат и стагнации экономики). Большинство граждан жалуется на низкую доступность специалистов, высокие цены на лекарства, «недружелюбие» медицинских работников. Другими словами, граждане хотят иметь **возможность попасть к врачу**, получить **сочувствие**, и быть уверенным, что ими занимаются профессионалы. И маловероятно, чтобы сегодня граждан заботили *«высокоскоростные технологии секвенирования», «чувствительные системы биомаркеров», «киберпротезы и человеко-машинные интерфейсы»,* и другие подобные дорогостоящие вмешательства, которые предлагается реализовать в Стратегии в качестве приоритета (п. 22) или задачи (п. 30).

Направления развития здравоохранения РФ, которые мы выносим на обсуждение

Наши расчеты показывают, что из **пяти лет**, на которые должна вырасти продолжительность жизни россиян, примерно 2,5 года можно обеспечить за счет **снижения потребления алкоголя**, а оставшиеся 2,5 года – за счет повышения **доступности медицинской помощи** для большинства населения. Исходя из этого, вытекают **2 важнейших направления** деятельности по охране здоровья населения (подробнее см. глава X).

Первое направление – это **снижение потребления алкоголя населением**. Научные данные свидетельствуют, что **более 50%** смертей граждан трудоспособного возраста в РФ напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением алкоголя и табакокурением. И хотя на федеральном уровне сегодня **принято жесткое антиалкогольное и антитабачное законодательство**, необходимы дополнительные системные меры на региональном и муниципальном уровнях. Реализация программ по снижению потребления алкоголя среди населения должна стать прямой зоной ответственности **глав регионов и глав муниципальных образований**.

Второе направление деятельности – это **повышение доступности и качества медицинской помощи**. Очевидно, что главным приоритетом должна стать медицинская помощь, к которой население обращается чаще всего. Например, поликлиники граждане России посещают почти **1,5 млрд раз** в году. И лекарства потребляют практически **все**. Значит, чтобы **повлиять на настроения людей**, надо заниматься именно этими видами медицинской помощи. А расширение объемов ЭКО и интенсивное выхаживание маловесных младенцев, которые исчисляются только в нескольких тысячах пациентов, придется отложить до лучших времен.

Для того чтобы обеспечить доступную и квалифицированную помощь в первичном звене, а также дружелюбное отношение медицинского персонала к пациентам, нужны **дополнительные кадры** – врачи и медицинские сестры. Большинство из них не имеют возможности постоянно повышать свою квалификацию. Теория эффективного управления гласит – **нельзя нагружать** дополнительной работой людей, которые и так работают на пределе своей производительности,

это приведет к **снижению качества их труда**. Поэтому возлагая новые задачи на первичное звено, необходимо одновременно создавать благоприятные условия для труда медицинских работников, в том числе уважение со стороны общества. Особый акцент в развитии здравоохранения необходимо сделать на обеспечении кадрами и материально-техническими ресурсами **ЦРБ** (центральные районные больницы) и их структурные подразделения (ФАП, врачебные амбулатории) – оплота сельской медицины.

Дополнительно потребуется разработать программу по снижению смертности от онкологических заболеваний, а также от инфекционных заболеваний. В связи с ростом доли населения старше пенсионного возраста потребуется организация **медико-социальной службы на дому** для этой категории граждан.

Расчет необходимых ресурсов и пути повышения эффективности расходов в здравоохранении

В Стратегии, представленной Минздравом, расчета необходимых ресурсов – **не сделано**. Наши расчеты показывают, что для достижения к 2024 году ОПЖ равной 78 лет, государственные расходы на здравоохранение должны поэтапно вырасти на 15% в постоянных ценах 2016 г. Увеличение финансирования – это необходимое условие достижения целей. Но эти дополнительные средства только тогда принесут ожидаемый результат, когда оперативное управление ими будет правильным. Даже обоснованные приоритеты не приведут к результату, если руководящие кадры не будут владеть современными управленческими технологиями.

Медицинское образование это необходимое, но далеко недостаточное условие для эффективного управления здравоохранением. Обучение руководящих кадров в здравоохранении придется срочно поднять на принципиально новый уровень. Организатор здравоохранения должен быть зрелым руководителем, что означает иметь системный взгляд, уметь выделять приоритеты, налаживать обратную связь со всеми заинтересованными сторонами, быть открытым для обсуждений, гибким и решительным в своих действиях, не говоря уже о необходимости иметь знания в экономике, финансах, юридических вопросах, а также владеть навыками управления персоналом. Разработка такой необоснованной Стратегии – яркий пример не владения управленческими подходами руководящих специалистов Минздрава.