

# АНАЛИЗ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

## 5.1. Государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года»

Государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» (далее — Госпрограмма) утверждена Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 с последними изменениями от июля 2014 г. и января 2015 г. Данная Госпрограмма оценена по следующим пунктам:

- 1) цели, структура и содержание;
- 2) анализ подпрограмм;
- 3) целевые показатели;
- 4) финансовое обеспечение;
- 5) соотношение Госпрограммы-2020 с другими программами в здравоохранении.

### Цели, структура и содержание Госпрограммы

В целом эта программа построена по такому же принципу, как раньше строились федеральные целевые программы (ФЦП), финансируемые преимущественно за счет средств федерального бюджета на условиях софинансирования субъектами РФ. Эти целевые программы обычно формировались с целью улучшить медицинскую помощь по определенному направлению, например ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в 2007–2011 годах» (утверждена Постановлением Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280), программа «Модернизация здравоохранения 2011–2012 гг.» (утверждена Федеральным законом от 29 ноября 2011 г. № 326–ФЗ). Эти целевые программы носили **корректирующий характер** и были направлены преимущественно на улучшение инфраструктуры по оказанию медицинской помощи по определенному направлению (оснащение дорогостоящим оборудованием, строительство новых мощностей здравоохранения, закупку дорогостоящих лекарственных средств или вакцин).

Отличие этой Госпрограммы — по названию она претендует на охват всей отрасли здравоохранения. Но при анализе, который проведен ниже, выясняется, что это **обычная целевая программа, которая охватывает только**

**отдельные направления**, финансируется из федерального бюджета полностью или на условиях софинансирования из консолидированных бюджетов субъектов РФ.

Госпрограмма состоит из паспорта всей программы, паспортов 11 подпрограмм и 5 приложений. Каждый паспорт состоит из следующих рубрик: ответственный исполнитель и участники, программно-целевые инструменты, цели, задачи, целевые индикаторы и показатели, этапы и сроки реализации, объемы бюджетных ассигнований из федерального бюджета, ожидаемые результаты реализации. В приложения к Госпрограмме вынесены: целевые значения показателей всех подпрограмм с 2013 по 2020 г. по РФ в среднем, целевые значения показателей всей программы с 2012 по 2020 г. по субъектам РФ, перечень основных мероприятий подпрограмм с описанием их содержания, сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации Госпрограммы, ресурсное обеспечение реализации программы с 2014 по 2020 г. за счет средств федерального бюджета.

**Анализ целей Госпрограммы.** Заявленная цель — *«обеспечение доступности медицинской помощи, повышение эффективности медицинских услуг»*. При этом под эффективностью услуг подразумевается, что их объемы, виды и качество соответствуют потребностям населения и передовым достижениям медицинской науки. Здесь следует отметить, что цель Программы с таким названием должна формулироваться по результирующим показателям, например улучшение здоровья населения, снижение смертности. Обеспечение доступности медицинской помощи и качества услуг — это способ достижения главной цели и только одна из задач. А термин «эффективность» по определению подразумевает не только результат, например качество и объем услуг, но и то, сколько средств потрачено на реализацию этих услуг. Именно поэтому цель Госпрограммы поставлена **некорректно**.

**Базовые приоритеты Госпрограммы.** Это формирование культуры здорового образа жизни, внедрение инновационных технологий в здравоохранение, решение проблемы кадрового обеспечения. Следует отметить, что формирование культуры здорового образа жизни выходит за рамки деятельности только системы здравоохранения и носит межведомственный характер. Более того, заявленных приоритетов далеко недостаточно. Например, отсутствуют такие важнейшие приоритеты, как повышение качества и безопасности медицинской помощи, расширение объемов лекарственного обеспечения населения, улучшение здоровья населения трудоспособного возраста и старшей возрастной группы.

Также следует обратить внимание на то, что в Программе полностью отсутствуют обосновывающая часть и анализ проблем, на основании которых можно было бы понять, как формировались ее приоритеты и задачи.

## Анализ подпрограмм

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».

Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».

Подпрограмма 3 «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины».

Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка».

Подпрограмма 5 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».

Подпрограмма 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».

Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Подпрограмма 8 «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья».

Подпрограмма 9 «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья».

Подпрограмма 10 «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан».

Подпрограмма 11 «Управление развитием отрасли».

Таким образом, из 11 подпрограмм первые 6 относятся к вопросам оказания медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) и содержат весь перечень видов медицинской помощи, предусмотренный этой программой, а также подпрограмму по охране здоровья матери и ребенка. Соответственно, целесообразнее было бы дать их под единым заголовком «Совершенствование оказания медицинской помощи по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Следующая подпрограмма (7) касается кадрового обеспечения здравоохранения. Остальные 4 подпрограммы относятся к отдельным полномочиям, которые предусмотрены за органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья населения (федерального и регионального уровней). В этих последних подпрограммах необходимо было расписать отдельные приоритетные мероприятия, которые планируется реализовать, и не называть их так емко. Важно, что выделено профилактическое направление, но целесообразнее было бы разделить это важнейшее направление на две составляющие — межведомственные программы по мотивации населения к ведению здорового образа жизни (реализуемые и финансируемые на межведомственной основе) и программы, реализуемые в первичном звене за счет ресурсов системы здравоохранения.

Таким образом, получается, что если эта Госпрограмма претендует на системность, то названия подпрограмм охватывают **не все сферы деятельности государственной системы здравоохранения**. Если же эта программа разработана по отдельным приоритетным направлениям развития здравоохранения, тогда их надо было четко обозначить.

В каждой из подпрограмм содержится перечень ограниченных мероприятий, которые направлены на улучшение или определенного вида медицин-

ской помощи, или медицинской помощи по определенному заболеванию, или определенной функции Минздрава (например, формирование методологии проведения судебно-медицинских экспертиз). Покажем это на примере двух подпрограмм — 2 и 7.

**Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»**

В ней представлено 11 основных мероприятий. Среди них 8 мероприятий посвящены совершенствованию системы оказания медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях: больным туберкулезом, инфицированным ВИЧ, наркологическим больным, больным с психическими расстройствами, больным с сосудистыми заболеваниями, онкологическим больным, пострадавшим в ДТП и страдающим прочими заболеваниями. Оставшиеся 3 мероприятия посвящены совершенствованию медицинской помощи по отдельным видам медицинской помощи (ВМП, скорой медицинской помощи) и службе крови.

При этом спектр предложений по каждому из мероприятий самый разный и не структурирован: где-то это изменение системы организации медицинской помощи, где-то — строительство новых медицинских центров и оснащение оборудованием или подготовка медицинских кадров. Так, для ВМП (мероприятие 2.10) содержание раскрывается следующим образом: *«совершенствование организации медицинской помощи, строительство новых федеральных центров, обеспечение финансирования ВМП за счет ОМС»*. При этом, в чем заключается совершенствование организации медицинской помощи — **неясно**.

Для мероприятия 2.5 по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями — это *«совершенствование в субъектах РФ схем маршрутизации пациентов с сосудистыми заболеваниями, развитие сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров, подготовка и переподготовка медицинских кадров для первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров»*.

Для мероприятия 2.6 по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным — *«укрепление материально-технической базы онкологических учреждений субъектов РФ, устранение дефицита кадров в онкологической службе»*.

Меньше всего повезло больным с прочими заболеваниями (мероприятие 2.9), для них предусмотрено *«поэтапное внедрение экономически обоснованной саморегулируемой системы управления качеством всех видов медицинской помощи в РФ»*. Сложно понять, о чем идет речь, поскольку саморегулируемой системы управления качеством медицинской помощи просто **не бывает**. Регулирование системы управления КМП — прямая функция органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Таким образом, в мероприятиях этой подпрограммы **нет рубрикации** по функциям системы здравоохранения (совершенствование организации ме-

дицинской помощи, обеспечение кадровыми ресурсами, обеспечение дорогостоящими материально-техническими ресурсами и строительство новых центров). Сами мероприятия раскрыты **неконкретно**, например неясно, как будет ликвидироваться дефицит кадров онкологической службы, сколько будет закуплено оборудования для онкологической службы, сколько новых со- судистых центров и где будет построено и т.д.

Точно так же написано и в подпрограмме 1, в мероприятии 1.4 «Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям...»: *«развитие сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие сети подразделений медицинской профилактики, развитие новых форм оказания медицинской помощи — стационарозамещающих и выездных методов работы»*. Где, сколько будет открыто клиник, какими силами будут оказываться выездные формы работ — **остаются вопросы**.

Единственные указания на некоторую конкретику нашлись только в описательной части Госпрограммы. Так, в разделе «Общая характеристика участия субъектов Российской Федерации в реализации Программы» написано: *«Кроме того, реализуется инвестиционный проект по строительству больницы на 25 коек с поликлиникой на 50 посещений в смену на острове Шикотан Сахалинской области. В рамках мероприятий приоритетного национального проекта “Здоровье” субъектам Российской Федерации, находящимся на территории Дальневосточного федерального округа и Байкальского региона, предусмотрены субсидии на приобретение медицинского оборудования для травмоцентров, онкологических и противотуберкулезных диспансеров»*. Правда, при чем в Госпрограмме развития здравоохранения приоритетный национальный проект «Здоровье», который формально закончился в 2009 г.<sup>1</sup>, пояснений **не дано**.

#### **Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»**

В этой подпрограмме, ключевой для развития здравоохранения РФ, перечислено всего 5 основных мероприятий.

7.1 «Повышение квалификации и переподготовка медицинских и фармацевтических работников». Это мероприятие включает: разработку типовых программ дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональной переподготовки по 96 медицинским и фармацевтическим специальностям), разработку федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) для подготовки кадров по программам ординатуры и аспирантуры, повышение уровня укомплектованности кадрами учреждений здравоохранения. При этом, как будут разрабатываться программы, на основе каких принципов, как будут укомплектовываться учреждения здравоохранения — **неясно**.

7.2 «Повышение престижа медицинских специальностей». Это мероприятие планируется разными путями: созданием позитивного образа ме-

<sup>1</sup> <http://national.invur.ru/index.php?id=116>

дицинского и фармацевтического работника в общественном сознании, повышением заработной платы медицинским работникам государственных учреждений субъектов РФ и муниципальных учреждений, проведением конкурсов «Лучший врач года», обеспечением поэтапного перевода медицинских работников на «эффективный контракт». Все эти мероприятия уже реализуются как минимум несколько лет. Но здесь **нет** других важнейших мер, таких как создание в МО условий для непрерывного повышения квалификации и профессионального роста медицинских работников, качественных и безопасных условий труда, существенных социальных льгот для медицинских работников, без которых будет невозможно укомплектовать учреждения первичного звена здравоохранения.

7.3 «Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников». Для этого планируется: предоставление межбюджетных трансфертов для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт. Но этого далеко **недостаточно**, чтобы новые кадры ликвидировали существенный (3-кратный по сравнению со средним по РФ) дефицит врачей в сельской местности.

7.4 «Развитие сети обучающих симуляционных центров». Для этого планируются создание и модернизация 80 обучающих симуляционных центров, представляющих собой комплекс связанных между собой и работающих по единым стандартам и технологиям обучения структурных подразделений образовательных организаций. Это мероприятие конкретно и целесообразно.

7.5 «Внедрение профессиональных стандартов»: *«...Для этого будут сформированы единые подходы к определению уровня квалификации и набора компетенции медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью»*. В таком важнейшем мероприятии необходимо было добавить хотя бы принципы, на основании которых будут формироваться профессиональные стандарты.

**Таким образом, в подпрограмме 7 прослеживается та же тенденция, что и в подпрограмме 2, — мероприятия и их содержание изложены неконкретно и/или неполно.**

### **Целевые показатели Госпрограммы**

- Смертность от всех причин (на 1 тыс. населения).
- Младенческая смертность (на 1 тыс. родившихся живыми).
- Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения).
- Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения).

- Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения).
- Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения).
- Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год).
- Распространенность потребления табака среди взрослого населения.
- Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, «активный туберкулез» (на 100 тыс. населения).
- Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения.
- Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на одного врача.
- Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации.
- Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту РФ.
- Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации.
- Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Из этого перечня видно, что из 15 показателей 8 отражают состояние здоровья населения, причем такой интегральный показатель, как ОПЖ при рождении, дан последним; 2 показателя касаются образа жизни населения, 6 показателей отражают обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом и динамику заработной платы медицинского персонала. Среди показателей Госпрограммы **нет ни одного** показателя качества и безопасности медицинской помощи, доступности медицинской помощи, равенства различных категорий населения в доступности медицинских услуг, ориентированности системы здравоохранения на пациентов, а также показателей эффективности расходования государственных ресурсов.

**Целевые показатели подпрограмм. Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».**

- Доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением.
- Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учете.

- Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента).
- Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента).
- Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента).
- Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента),
- Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, и т.д.

Все эти показатели касаются конечных результатов реализации мероприятий подпрограммы по перечисленным заболеваниям, что правильно. Однако про объемы, сроки ожидания ВМП и других специализированных видов медицинской помощи и показателей, связанных с «прочими» заболеваниями, — показатели **не представлены**.

#### **Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».**

- Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях дополнительного профессионального образования.
- Количество подготовленных кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре по программам подготовки научно-педагогических кадров в государственных организациях дополнительного профессионального образования (этот показатель объемный).
- Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях высшего образования (этот показатель объемный).
- Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена.
- Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах.
- Доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта РФ, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации.
- Доля аккредитованных специалистов.

Все перечисленные показатели подпрограммы 7 характеризуют объемы государственных услуг, **а не результаты**, а первые три из них фиксируют стандартную практику обучения по указанным программам. Для такого ключевого направления нужны конкретные результаты например как идет динамика

укомплектования отрасли кадрами, как повышается качество медицинской помощи, каков главный критерий высокой квалификации специалистов.

Аналогичная ситуация с подпрограммами 8 и 9 — их показатели характеризуют число реализованных международных проектов и проведенных контрольных проверок соответственно.

Целевые значения всех приведенных показателей с 2013 по 2020 г. раскрыты только в приложении 1 и соответствуют указам Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597, 598 и 606. Например, они предусматривают до 2020 г. снижение смертности с 13,1 случаев на 1 тыс. населения до 11,8 и увеличение ОПЖ граждан РФ с 70,8 года до 74 лет. Достижение этих показателей необходимо было сопроводить описанием условий, при которых они могут быть достигнуты, например уровнем государственного финансирования здравоохранения.

**Как следствие, по таким показателям Госпрограммы и ее подпрограмм определить, насколько она будет результативна и эффективна, — затруднительно.**

### Финансовое обеспечение Госпрограммы

Госпрограмма развития здравоохранения рассчитана до 2020 г.: I этап — 2013–2015 гг., II этап — 2016–2020 гг.

Общее финансирование за 2013–2020 гг. (как указано в паспорте Программы по предварительной оценке) — **26,6 трлн руб.** Из них за счет средств федерального бюджета — 2,451 трлн руб., за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ — 11,1 трлн руб. и за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования — 13,1 трлн руб. При этом не дано финансового обоснования Госпрограммы, например, что выделенное финансирование возрастет в постоянных ценах на столько-то процентов, что для достижения ОПЖ, равной 74 года, необходимо государственное финансирование не менее 5,2% ВВП в год (см. раздел 2.2.7). Все это свидетельствует об отсутствии взаимосвязи между целями и уровнем финансирования Госпрограммы.

По финансовому обеспечению Госпрограммы возникает три замечания.

Первое: по объемам финансирования в Программе указаны все государственные средства на здравоохранение РФ. А в самой Программе содержится далеко **неполный перечень** отдельных направлений развития здравоохранения и нет даже упоминания о Программе государственных гарантий, через которую финансируется вся бесплатная медицинская помощь в РФ.

Второе: в паспортах подпрограмм и в приложениях описано финансирование мероприятий **только за счет средств федерального бюджета**. Если подразумевается, что каждый субъект РФ будет формировать свои территориальные программы развития здравоохранения, то в паспорте Госпрограммы надо было указать, что она включает мероприятия, финансируемые только за счет средств федерального бюджета (или на условиях софинансирования с консолидированными бюджетами, но тогда надо было указать его долю). Более того, дважды в Госпрограмме упомянуто, что *«финансовое обеспечение мероприятий, необходимых для достижения целевых значений соответствующих показателей (индикаторов), должно быть определено в консолидированных бюджетах субъектов*

Российской Федерации». Другими словами, регионы сами в ответе за формирование мероприятий по своим региональным программам и за их финансовое обеспечение, а также за достижение целевых значений показателей. Однако в Госпрограмме не описано, как будет покрыт дефицит финансирования этих бюджетов в случае его возникновения.

Третье: в Госпрограмме должны быть указаны **риски невыполнения** заявленных показателей, а также описаны и обоснованы условия, при которых эти запланированные значения показателей могут быть выполнены как по финансовому, так и кадровому обеспечению системы здравоохранения. Например, «дорожные карты» (см. раздел 5.2) на отраслевом и региональном уровнях предусматривают снижение объемов медицинской помощи по целому ряду направлений. Как это отразится на выполнении показателей — ни в Программе, ни в «дорожной карте» **не описано**.

### Соотношение Госпрограммы развития здравоохранения с другими программами в здравоохранении

В здравоохранении Российской Федерации есть еще две программы, которые на системном уровне определяют развитие отрасли. Это программа «Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», которая рассмотрена в разделе 2.5.6, и «дорожные карты» (или план мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»), которые рассмотрены в разделе 5.2. Оба эти документа, как и Госпрограмма развития здравоохранения, утверждаются постановлением или распоряжением Правительства РФ.

Однако в тексте Госпрограммы развития здравоохранения нет никаких упоминаний и перекрестных ссылок на другие программы. При этом показатели по улучшению здоровья населения и их целевые значения во всех трех документах установлены одни и те же. Также дублируются и разделы этих программ. Правда, одно упоминание о «дорожной карте» есть: «...*приоритетность соответствующих мероприятий отражается в региональных “дорожных картах”, предусматривающих структурные изменения в социальной сфере, направленные на повышение эффективности здравоохранения*». Другими словами, приоритеты региональных программ по развитию здравоохранения необходимо формировать, опираясь на «дорожные карты», которые, как будет показано далее, снижают доступность медицинской помощи населению. Эти указания никак не будут способствовать достижению заявленных целей Госпрограммы развития здравоохранения.

## ВЫВОДЫ

*Таким образом, в Госпрограмме выявлено несоответствие названия самой программы (претендует на охват всей отрасли) и ее подпрограмм (описывают только отдельные направления деятельности системы здравоохранения). Вместо цели по улучшению здоровья населения в Программе указан механизм ее реализации. В паспорте Программы заявлены*

*объемы финансирования, которые соответствуют размерам финансирования всей государственной системы здравоохранения, а в подпрограммах — только за счет средств федерального бюджета. Мероприятия подпрограмм и их содержание изложены неконкретно и неполно, недостаточно освещены мероприятия для решения важнейших проблем здравоохранения: ликвидации дефицита медицинских кадров, повышения качества и безопасности медицинской помощи, расширения категорий населения, которым лекарственные средства доступны бесплатно или со скидкой. В документе не обоснованы необходимые условия достижения целей Госпрограммы: объемы финансирования, мощности системы здравоохранения. По сути, она является обычной узконаправленной целевой программой, финансируемой за счет средств федерального бюджета.*

*Госпрограмма никак не связана и не взаимосогласована с другими программами развития системы здравоохранения — Программой государственных гарантий и «дорожными картами». Как следствие, разделы этих документов дублируются, а результаты проанализировать затруднительно.*

## **5.2. План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»**

Этот анализ необходимо начать с указаний Президента РФ В.В. Путина, которые он озвучил 5 августа 2014 г. на заседании Президиума Госсовета, посвященного вопросам развития системы социальной защиты пожилых людей в Воронеже: *«Наша с вами цель — не понижать расходы бюджета на эти цели [оказание медицинской помощи и социальных услуг], а рационально использовать деньги, с тем чтобы добиться лучшего эффекта... это прямой долг государственных и общественных структур»*. О недопустимости снижения качества и доступности медицинских услуг Президент также неоднократно подчеркивал и ранее. Например, на Комиссии по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития РФ (7 мая 2014 г.) им было указано, что *«оптимизация [повышение эффективности] бюджетной сферы должна сопровождаться повышением доступности и качества социальных услуг»*.

Именно с точки зрения сохранения доступности и качества медицинских услуг для населения сделан данный анализ.

Всего по формированию «дорожных карт» имеется три основных нормативных документа.

1. **Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р** «О плане мероприятий “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения”», в которое вносились изменения Распоряжением Правительства РФ от 31 октября 2013 года № 2021-р,

Распоряжением Правительства РФ от 30 апреля 2014 года № 721-р. Этот документ формирует общий отраслевой план по повышению эффективности здравоохранения.

2. **Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1706** «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий (“дорожных карт”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации”». Этот документ объясняет, как формировать региональные «дорожные карты».

3. **Письмо Минздрава России от 11 марта 2014 г. № 16-3/10/1-1084** «Рекомендации по внесению изменений в региональные “дорожные карты”, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Этот документ повторно разъясняет исполнительным органам государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, как необходимо формировать «дорожные карты».

Рассмотрим эти документы.

**Распоряжение Правительства РФ** от 28 декабря 2012 г. № 2599-р, как указано в самом документе, выпускается в целях *«повышения качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников»*. Для этого повышение оплаты труда работников здравоохранения, предусмотренное Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597, должно сопровождаться внедрением «эффективного контракта» или трудового договора с работником. Трудовой договор — это соглашение с работником, *«в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых услуг»*. Одновременно в Распоряжении указано, что в системе здравоохранения должны произойти структурные преобразования, в том числе в части сети учреждений системы здравоохранения, усиления профилактической работы в первичном звене и др.

Представленная в Распоряжении отраслевая «дорожная карта» содержит два основных раздела: **перечень показателей** с их целевыми значениями с 2013 по 2018 г. и **план** конкретных мероприятий с указанием ответственных. Показатели и их целевые значения разбиты на два блока: «Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи» и «Основные показатели здоровья населения». Например, даны следующие показатели, характеризующие преобразования:

- доля расходов на оказание стационарной медицинской помощи от всех расходов на Программу государственных гарантий (ПГГ);
- доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на ПГГ;
- средняя длительность пребывания пациента на койке;
- число дней работы койки в году;
- доля аккредитованных специалистов;

- показатели соотношения средней заработной платы медицинских работников по отношению к средней заработной плате в регионе и др.

Показатели здоровья включают ожидаемую продолжительность жизни, смертность по основным классам болезней и еще показатель «доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут» (последний относится к показателям доступности медицинской помощи, но попал к показателям здоровья).

План мероприятий «дорожной карты» включает: разработку региональных «дорожных карт» до 1 марта 2013 г., разработку и утверждение программ развития здравоохранения субъектов РФ до 1 мая 2013 г., утверждение методических рекомендаций по показателям эффективности деятельности государственных и муниципальных медицинских организаций, переход на эффективный контракт, разработку профессиональных стандартов и др.

«**Методические рекомендации по разработке органами исполнительной власти субъектов РФ планов мероприятий (“дорожных карт”)**» (далее — Рекомендации).

В Рекомендациях прямо написано, что регионы должны найти как минимум **30% средств** на повышение оплаты труда медицинских работников за счет реорганизации сети учреждений: «...в “дорожную карту” включены мероприятия по проведению структурных реформ в отрасли, обеспечивающие возможность использования **не менее трети необходимых ресурсов для повышения оплаты труда за счет реорганизации неэффективных организаций** в целях поэтапного повышения заработной платы медицинских работников».

В Рекомендациях указано, что под структурными преобразованиями подразумевается сокращение общего числа коек и объемов госпитализаций в стационары, а именно: «**При формировании мероприятий структурных преобразований необходимо отразить результаты оптимизации оказания медицинской помощи в стационарных условиях: *снижение общего числа коек, увеличение числа коек по профилям “медицинская реабилитация” и “паллиативная медицинская помощь”... сокращение средней длительности пребывания больного на койке и интенсификацию средней занятости койки в году по профилям коек... оптимизацию объема медицинской помощи в стационарных условиях***». Следует отметить, что объемы госпитализаций по медицинской реабилитации входят в общий объем помощи в стационарных условиях, т.е. этот вид помощи планируется развивать за счет снижения госпитализаций по другим профилям.

В этих Рекомендациях Минздрав России, правда, пытается завуалировать эти непопулярные решения. Например, «**при этом важно не сокращение коек круглосуточного пребывания, а оптимизация коечной сети, обеспечивающая максимальную доступность и качество специализированной медицинской помощи населению**». Однако целевые значения показателей расходов на медицинскую помощь по условиям и видам ее оказания, которые указаны в отраслевой «дорожной карте», утвержденной распоряжением Правительства, дают четкие ориентиры на сокращение объемов помощи. Так, в 2018 г. по отношению к 2013 г. запланировано снижение доли расходов на медицинскую помощь в стационарных условиях на 8,7% (с 60,3 до 51,6), на скорую меди-

цинскую помощь — на 0,5% (с 6 до 5,5%). При этом повышается доля расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях на 6,9%, в дневных стационарах — на 1,1% и в амбулаторных условиях в неотложной форме — на 1,2%. В ситуации, когда государственные расходы на здравоохранение в абсолютных показателях в постоянных ценах (в ценах 2013 г.) расти не будут (см. раздел 2.7.7), это означает, что расходы на медицинскую помощь в стационарных условиях и скорую медицинскую помощь **будут сокращены**. А значит, уменьшатся и объемы медицинской помощи, и тарифы на ее оказание, которые установлены сегодня, соответственно, снизятся качество и доступность этого вида помощи населению. И это при том, что в расчете на 100 тыс. населения по некоторым наиболее распространенным вмешательствам стационарные объемы помощи в РФ в **3 раза меньше**, чем даже в «новых» странах ЕС, а обеспеченность койками на 25% ниже, чем необходимо (см. раздел 7.3).

Касаемо увеличения доли расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а именно увеличения числа посещений в неотложной форме, посещений с профилактической целью (диспансеризация) и активных посещений к хроническим больным на дому, то в условиях дефицита медицинских кадров и увеличения заболеваемости эта мера будет неэффективна, см. разделы 2.3.1 и 2.3.2. Она приведет к увеличению очередности пациентов, обратившихся по поводу заболеваний.

В отраслевой «дорожной карте» также предлагается увеличить объем средств, соответственно, и объемы помощи для дневных стационаров. Но, как показано в разделе 2.4.2, эта мера не сможет компенсировать снижение объемов стационарной медицинской помощи, поскольку увеличение объемов помощи в дневных стационарах только тогда будет эффективно, когда будет ликвидирован дефицит врачей в первичном звене и будут предусмотрены дополнительные расходы на оснащение этих коек соответствующим оборудованием.

Рекомендация регионам по интенсификации работы койки путем сокращения средней длительности пребывания пациента на койке и увеличения числа дней работы койки в году также труднореализуема. Условия для долечивания пациентов в РФ пока не созданы, соответственно, сокращать среднюю длительность пребывания пациента на койке можно только очень медленно, а работа койки в году более 310 дней может грозить инфекционными осложнениями.

Следует отметить, что никаких научных обоснований по сокращению объемов стационарной и скорой медицинской помощи ни к Распоряжению Правительства, ни к Рекомендациям не приложено.

**Письмо Минздрава России от 11 марта 2014 г. № 16-3/10/1-1084 «Рекомендации по внесению изменений в региональные “дорожные карты”»** (далее — Письмо). Это Письмо было направлено в соответствии с пунктом 4 протокола совещания у заместителя председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 13 февраля 2014 г. № ОГ-П12-23пр, а также в связи с тем, что принятые в субъектах РФ «дорожные карты» не смогли отразить все мероприятия, рекомендуемые отраслевой «дорожной картой».

В Письме прямо указано, что регионы **недостаточно** оптимизировали сеть учреждений здравоохранения, **недостаточно** увеличили доходы МО за счет

платных медицинских услуг и **недостаточно** сократили численность медицинских кадров. Именно так и написано: *«“дорожные карты” субъектов Российской Федерации не в полной мере предусматривают рекомендованный отраслевой “дорожной картой” комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности деятельности сети и реорганизацию структуры неэффективных учреждений, увеличение доходов от приносящей доход деятельности, оптимизацию численности работающих»...*

Для этого в Письме регионам рекомендовано:

- актуализировать показатели по обеспеченности койками (т.е. снизить эти показатели) и по интенсификации работы коечного фонда (т.е. увеличить эти показатели);
- перечислить, сколько конкретно в денежном выражении удастся сэкономить при сокращении неэффективных медицинских организаций, при сокращении персонала, в том числе средств на оплату труда вспомогательного и административно-управленческого персонала (с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения — не более 40%) и за счет передачи неключевых функций (бухгалтерские службы, службы управления персоналом, службы эксплуатации) аутсорсерам;
- указать, на сколько регионы увеличили доходы от платных услуг;
- внедрить показатели эффективности деятельности основных категорий работников в соответствии с Методическими рекомендациями, утвержденными Приказом Минздрава России от 28 июня 2013 года № 421<sup>1</sup>;
- заключить трудовые договоры в соответствии с примерной формой трудового договора («эффективный контракт»), которая приложена к Письму;
- провести аттестацию работников, т.е. оценку уровня соответствия занимаемой должности или выполняемой работе (аттестации) специалистов с последующим их переводом на «эффективный контракт» в соответствии с рекомендациями, утвержденными приказом Минтруда России от 26 апреля 2013 г. № 167н<sup>2</sup>;
- обеспечить «функционирование независимой системы оценки качества работы медицинских организаций» в соответствии с приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> «Методические рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников».

<sup>2</sup> «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении “эффективного контракта”».

<sup>3</sup> «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

Другими словами, Минздрав вынуждает медицинские организации взимать с населения деньги путем увеличения объема платных медицинских услуг в государственных и муниципальных МО, сокращать персонал, сокращать число медицинских учреждений. Причем рекомендация по передаче части неключевых функций персонала (например, бухгалтерии) на аутсорсинг приведет к дополнительному росту расходов МО, поскольку на деле может оказаться дороже.

С чем можно согласиться в Письме, так это с созданием системы независимой оценки деятельности МО, которая регламентируется Приказом Минздрава от 31 октября 2013 г. № 810а. Этот документ составлен грамотно (см. главу 2.5.10). Относительно внедрения показателей оценки деятельности персонала и самих МО, регламентируемых Приказом Минздрава от 28 июня 2013 года № 421, то такие показатели необходимы, чтобы не было волюнтаризма в установлении критериев оценки на местах, правда, при условии, что такие показатели объективно отражают их деятельность.

## ВЫВОДЫ

*Распоряжение Правительства по отраслевой «дорожной карте», Рекомендации и Письмо Минздрава по реализации «дорожных карт» в целях нахождения дополнительных средств на повышение оплаты труда медицинскому персоналу вынуждают исполнительные органы власти субъектов РФ сокращать койки в МО, наращивать платные медицинские услуги, сокращать персонал и проводить другие меры, которые снижают доступность и качество медицинской помощи населению. Все эти меры никак не обоснованы и прямо противоречат указаниям Президента РФ о том, что структурные преобразования и повышение эффективности бюджетных расходов не должны снижать доступность и качество медицинских услуг. Из этого следует, что рекомендуемые в «дорожных картах» мероприятия необходимо прекратить, а дополнительные средства на повышение оплаты труда медицинского персонала, в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597, придется изыскивать за счет других источников.*

### 5.3. Итоговый доклад ВШЭ и предложения Минфина по повышению эффективности расходов на здравоохранение

#### Общие положения

Анализ предложений по развитию здравоохранения РФ проведен по двум следующим документам.

**1. Проект письма Министерства финансов РФ Президенту В.В. Путину по вопросу проведения экспертизы эффективности расходов федерального бюджета с представлением предложений по их оптимизации (зарегистри-**

рованное письмо не опубликовано), далее — письмо Минфина. Данное письмо было подготовлено в соответствии с поручением Президента РФ от 12 февраля 2013 г. № Пр-257 по итогам совещания по экономическим вопросам 15 января 2013 г. и поручением Правительства РФ от 19 февраля 2013 г. № ИШ-П13-1008. В подготовке письма участвовали Министерство финансов РФ, Министерство экономического развития РФ, заинтересованные федеральные органы исполнительной власти, эксперты Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, а также другие аналитические научные центры.

**2. Итоговый отчет Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»** (далее — Отчет или Отчет ВШЭ) о результатах деятельности экспертных групп по проведению оценки эффективности расходов федерального бюджета и представлению предложений по их оптимизации, раздел «Оптимизация государственных расходов и привлечение негосударственных источников финансирования в сфере здравоохранения», Экспертная группа № 7, НИУ ВШЭ (рук. С.В. Шишкин), Москва, 2013 г.

Поскольку письмо Минфина и Отчет ВШЭ близки по выводам о мерах по повышению эффективности здравоохранения РФ, то эти два документа рассмотрены совместно. Цитаты представлены со ссылкой на номера страниц Отчета. Анализ проведен по разделам Отчета ВШЭ (первые 6 пунктов) и дополнительным пунктам (7–9).

1. Оптимизация структуры оказания медицинской помощи (реструктуризация) и сети медицинских учреждений.
2. Экономия на текущих расходах медицинских учреждений.
3. Экономия на закупках лекарственных средств.
4. Повышение эффективности закупок оборудования и внедрения новых медицинских технологий в лечебно-профилактические учреждения.
5. Привлечение негосударственных источников финансирования оказания медицинской помощи.
6. Заключение. Анализ возможностей финансового обеспечения повышения оплаты труда работников здравоохранения в 2013–2018 гг.

#### **Дополнительные пункты**

7. Предложения Отчета, с которыми можно согласиться.
8. Важнейшие предложения по развитию здравоохранения РФ, которых нет в Отчете.
9. Общие замечания к Отчету.

### **1. Оптимизация структуры оказания медицинской помощи (реструктуризация) и сети медицинских учреждений**

В рамках этого раздела имеются анализ структурных диспропорций в организации медицинской помощи (пункт 1.1), предложения (пункты 1.2–1.10) и заключение (1.11).

1.1. В анализе справедливо отмечено, что в РФ оказание медицинской помощи в первичном звене недостаточно эффективно, однако не указана главная причина этой проблемы — дефицит медицинских кадров и их неудовлетворительная квалификация. Также указывается на неэффективное использование коечного фонда и длительные сроки пребывания пациентов на койках. Однако при этом **не даны никакие расчеты** о необходимом объеме госпитализаций в РФ по всем профилям коек и соответствующей им обеспеченности коечным фондом.

1.2. **Улучшение планирования объемов медицинской помощи, потоков пациентов.** Собственно предложений по тому, какими должны быть эти потоки, раздел **не содержит**, только дано указание Минздраву России и Федеральному фонду ОМС *«разработать Методические рекомендации о порядке планирования объемов медицинской помощи в рамках разработки территориальных программ государственных гарантий и осуществлять мониторинг выполнения этих требований»* (стр. 481 Отчета).

1.3. **Усиление профилактической направленности деятельности амбулаторно-поликлинической службы.** В Отчете написано, что *«наиболее перспективными механизмами усиления и повышения эффективности профилактической деятельности амбулаторно-поликлинической службы являются: оптимизация проведения диспансеризации населения; развитие профилактики обострения хронических заболеваний (реализация программ управления хроническими заболеваниями); переход от метода оплаты амбулаторной помощи в системе ОМС по числу врачебных посещений к оплате по подушевым нормативам и с учетом результирующих показателей деятельности»* (стр. 482).

Это предложение уже активно реализуется Минздравом России на практике. Однако его внедрение через установление обязательных к исполнению нормативов объемов посещений с профилактической целью в амбулаторно-поликлинических условиях **приводит к снижению эффективности первичного звена**. Это связано с существенным дефицитом кадров: врачей участковой службы в 1,6 раза ниже от расчетного норматива (см. раздел 2.3.1). Из этого следует, что имеющиеся врачи, которые и так работают на 1,3–1,5 ставки, т.е. с перегрузкой, не могут справиться с потоком заболевших, а с них требуют еще и оказания диспансеризации в жестко установленных объемах. Соответственно, те больные, которые не попали к врачу, будут или заниматься самолечением, или обращаться за более дорогостоящими видами лечения (за скорой медицинской помощью и в стационар). К сожалению, эти предложения базируются на эксперименте, проведенном в отдельных учреждениях только одной Самарской области в 2000–2009 гг., и не применимы ко всей РФ в сегодняшних условиях по вышеуказанным причинам.

В результате того, что в Отчете недооценена базовая проблема здравоохранения — дефицит врачей первичного звена, — делается **неверный вывод** о возможности сокращения объемов скорой и стационарной медицинской помощи за счет увеличения объемов профилактической помощи в первичном звене: *«Таким образом, экономия от снижения потребности в стационарной*

помощи, в том числе за счет совершенствования диспансерного метода ведения больных врачами первичного звена медицинской помощи, в 2018 г. может составить 17,8 млрд руб. Сокращение потребности в скорой медицинской помощи за счет того же фактора — 14,8 млрд руб. Общий эффект — 32,6 млрд руб.» (стр. 494). Более того, само по себе сокращение объемов стационарной помощи (т.е. числа пролеченных больных) в РФ **неоправданно**. Так, показатель госпитализаций в РФ сегодня уже на уровне «новых» стран ЕС (соответственно, 210 и 184 на 1 тыс. населения в год), а по отдельным заболеваниям **в 3 раза ниже** по сравнению с этими странами. При этом показатели здоровья в РФ хуже, чем в «новых» странах ЕС, а значит, и выше нуждаемость в медицинской помощи, соответственно, должны быть выше объемы медицинской помощи, чем у них (см. раздел 7.3). Поэтому данное предложение неэффективно: оно приведет к снижению качества работы первичного звена здравоохранения при одновременном снижении доступности медицинской помощи в стационарах. Сначала надо принять меры по ликвидации дефицита врачей в первичном звене, а затем уже вводить меры по сокращению объемов стационарной помощи.

**1.4. Укрепление участковой службы и передача части объемов медицинской помощи врачей-специалистов врачам участковой службы.** Суть предложения — переход на институт врача общей практики (ВОП) и семейного врача и, как следствие, снижение числа посещений врачей в первичном звене: *«Постепенный переход на общеврачебную модель организации участковой службы обеспечит в 2018 г. сокращение числа врачебных посещений на 9,3%, что равносильно экономии 31,7 млрд руб.»* (стр. 499). Во-первых, где взять врачей ВОП в ситуации огромного дефицита врачей в первичном звене, см. выше. Причем ВОП потребуется как минимум около 100 тыс. чел., а врачей-терапевтов участковых необходимо 74 тыс. человек без учета участковых педиатров (из расчета, что каждый ВОП обслуживает участок с населением 1200 человек взрослого населения, т.е. меньший, чем врач-терапевт участковый<sup>1</sup>). Во-вторых, чтобы привлечь в первичное звено такое число ВОП, потребуются дополнительные средства и на их подготовку, и на увеличение оплаты труда, и на социальные льготы. В-третьих, сам вывод о возможности снижения числа посещений в поликлинику сделан по данным **14-летней давности**<sup>2</sup> и **требует подтверждения**. Поясним: сегодня в странах ЕС, где внедрен институт ВОП, сложился уровень посещений врачей в первичном звене на уровне 7–8 на 1 человека в год. С учетом бóльшей нуждаемости населения РФ в медицинской помощи, по сравнению с этими странами, нам все равно потребуется не менее сегодняшних 9,5 посещений на 1 жителя в год (см. раздел 7.2). Но даже если предполо-

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

<sup>2</sup> Методические рекомендации «Формирование генеральной схемы реструктуризации сети ЛПУ региона на основе этапности оказания медицинской помощи, формирования первичных медицинских комплексов и специализированных центров», Минздрав Российской Федерации, ЦНИИОИЗ, Москва, 2000 г.

жить, что за счет внедрения института ВОП и возможно будет снизить число посещений поликлиник на 9,3%, то этот эффект будет отсрочен по времени как минимум на 7–10 лет, пока решаются все вышеперечисленные проблемы. **Соответственно, это предложение в перспективе 5 лет приведет к еще большим расходам системы здравоохранения — вместо ожидаемой экономии.**

**1.5. Оптимизация распределения функциональных обязанностей между врачебным и средним медицинским персоналом (стр. 508).**

Сегодня обеспеченность медицинскими сестрами, работающими с врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и ВОП, составляет в РФ 1,2 на 1 врача. Поэтому перераспределять обязанности врачей на средний медицинский персонал невозможно ввиду их отсутствия. Для их обучения и привлечения в отрасль потребуется не менее четырех лет, а процесс сокращения коечного фонда уже идет в РФ полным ходом. **Это предложение сегодня реализовать в здравоохранении РФ невозможно.**

**1.6. Сокращение необоснованной потребности в стационарной помощи, как следствие — экономия расходов на нее (стр. 509).**

Сокращение необоснованных госпитализаций, по оценкам экспертов ВШЭ, в РФ составляет 30%. А по нашим расчетам, нехватка обоснованных госпитализаций как минимум на 20–30% ниже, чем необходимо (см. раздел 7.3), соответственно, **ставить вопрос о сокращении потребности стационарной помощи недопустимо.**

**1.7. Снижение потребности в объемах стационарной помощи за счет сокращения длительности госпитализации (стр. 512).** Интенсификация работы койки складывается из укорочения средней длительности пребывания пациента в стационаре и увеличения дней работы койки в году. Сегодня в РФ не созданы условия для сокращения средней длительности пребывания пациентов после интенсивного лечения в стационаре, поскольку за ними некому наблюдать в первичном звене и их невозможно направить на другие койки, например койки реабилитации, паллиативного лечения, социальные, поскольку этих коек в РФ — дефицит. Например, в Отчете ВШЭ рекомендуется, что *«пациентов можно своевременно переводить на реабилитацию»* или *«направлять в первичное звено»*. А при этом коек реабилитации в РФ по сравнению с «новыми» странами ЕС в 5,7 раза меньше, коек длительного ухода (паллиативных и сестринского ухода) — в 3,9 раза меньше, коек социального ухода — в 3,2 раза меньше (см. раздел 2.4.2). Работу койки в году в РФ (что предлагает Минздрав в «дорожных картах» и Программе госгарантий) необходимо не увеличивать, а, наоборот, сокращать с 322 дней до 310 дней, чтобы избежать инфекционных осложнений (в научных исследованиях доказано, что работа койки в году свыше 310 дней приводит к росту инфекционных осложнений в стационаре).

Что касается замены койками дневного пребывания коек круглосуточного пребывания, то эта мера пока также нереализуема в РФ. Во-первых, во всех развитых странах пребывания на койках дневного стационара рассматриваются как отдельный вид помощи, не связанный с койками круглосуточного пребывания. Во-вторых, организация коек дневного стационара при поликли-

никах потребует их оснащения соответствующим оборудованием (например, для реабилитации и оказания современных хирургических вмешательств) и дополнительного медицинского персонала, которого сегодня не хватает. В-третьих, если речь идет о койках дневного пребывания при стационарах и использовании этих коек для оказания специализированных оперативных вмешательств, то тогда встанет вопрос о том, где и кем пациент будет наблюдаться после вмешательства, а также вопрос, насколько такая койка будет дешевле, чем круглосуточная, если учесть, что после вмешательства пациенту требуется долечивание. Пока же в РФ койки дневного стационара не дифференцированы по видам помощи, которые на них оказываются, и преимущественно используются для пациентов, которым назначены внутривенные инъекции.

**В связи с вышеизложенным проводить сокращение коек круглосуточного пребывания, опираясь на рекомендации по снижению объема госпитализаций, по интенсификации работы койки и по увеличению числа коек дневного пребывания, — необоснованно.**

**1.8. Формирование новой трехуровневой системы специализированной медицинской помощи (муниципальный — межмуниципальный — региональный уровни).** С этим пунктом можно согласиться при условии сохранения территориальной доступности медицинской помощи для населения.

**1.9. Перевод финансового обеспечения федеральных медицинских организаций (МО) в систему ОМС и объединение федеральных МО, а также передача их на уровень субъекта РФ.**

Это предложение уже активно реализуется Минздравом России. Несмотря на то, что в Отчете ВШЭ описаны риски перевода этих учреждений в систему ОМС из-за более низких тарифов в этой системе, в заключении предложено объединение федеральных учреждений: *«Существующие ФГУ должны в течение 2014–2016 гг. пройти государственную сертификацию в качестве головных учреждений по медицинским специальностям. ФГУ, не прошедшие такой сертификации, с 2017 г. переводятся на финансирование их основной деятельности из средств только ОМС, и предлагается рассмотреть вопрос о передаче их в государственную собственность субъектов РФ. Это позволит реализовать в субъектах РФ меры по оптимизации всего комплекса расположенных на их территории медицинских учреждений, функции которых не имеют четко выраженной федеральной составляющей»* (стр. 523).

Однако система ОМС в РФ дефицитна, т.е. в ней ежегодно недостаточно средств, чтобы выполнять установленные нормативами Программы государственных гарантий объемы бесплатной медицинской помощи по всем ее видам, см. раздел 2.2.2. Дополнительные расходы в системе ОМС, связанные с содержанием федеральных учреждений и оказанием ВМП, подвергнут риску как сама ВМП, так и другие виды медицинской помощи, которые финансируются через ОМС. Перевод федеральных учреждений на уровень субъекта РФ, в условиях дефицита средств в консолидированных бюджетах РФ (в 2015 г. дефицит консолидированных бюджетов, по прогнозам

Минфина, — 548 млрд руб.), приведет к снижению объемов ВМП в этих федеральных учреждениях и сокращению их мощностей (коек и квалифицированных врачей). При этом следует иметь в виду, что в федеральных учреждениях сконцентрированы лучшие медицинские кадры и передовые технологии.

К сожалению, в соответствии с этим предложением Минздрав России в течение 2014 г. занимается слиянием федеральных МО и объединением региональных и федеральных учреждений. Так, например, произошло присоединение ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» и ФГБУ «Научно-исследовательский институт урологии» к ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена» (Приказ Минздрава № 218 от 17 мая 2014 г.); присоединение ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» и ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» к ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» (Приказ Минздрава № 219 от 17 мая 2014 г.); присоединение ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени профессора А.Л. Поленова» к ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» (Приказ Минздрава № 228 от 21 мая 2014 г.); присоединение ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии» к ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» (Приказ Минздрава № 229 от 21 мая 2014 г.). При этом никакой предварительной сертификации или оценки деятельности федеральных учреждений, упомянутых в вышеуказанных Приказах Минздрава, не проводилось. **Решения принимались даже без обсуждения с главными внештатными специалистами.** В результате таких слияний в этих МО теряются уникальные кадры, снижаются объемы медицинской помощи пациентам, поскольку одновременно сокращаются бюджеты объединенных учреждений. Более того, эти конгломераты учреждений, зачастую территориально отдаленные друг от друга, плохо управляемы.

**Данное предложение приведет к снижению доступности ВМП для населения и разрушению флагманов отечественной медицины — МО федерального подчинения. Целесообразно было бы отлаженную систему деятельности федеральных МО не изменять, оставить их финансирование за счет средств федерального бюджета. Это позволит сохранить средства в самой системе ОМС для оказания и развития других видов медицинской помощи, например медицинской реабилитации и первичной медико-санитарной помощи.**

1.10. **Введение экономических механизмов стимулирования повышения структурной эффективности системы медицинской помощи (стр. 525).** Среди них рассматривается переход на оплату медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях — по подушевому принципу и с учетом результирующих показателей деятельности, а в стационарных условиях — по КСГ. С этим можно согласиться, такие способы оплаты действительно уже применяются во многих субъектах РФ и развитых странах. Но, подчеркнем, эффект от перехода на подушевой принцип оплаты в первичном звене будет достиг-

нут только при условии ликвидации дефицита кадров, потому что **экономические стимулы в ситуации дефицита и перегруженности кадров не работают.**

Что касается предлагаемого принципа внедрения системы фондодержания в первичном звене, то необходимо возразить следующее. В РФ уже есть как минимум шесть организаций — держателей фондов (средств) на оплату медицинской помощи — федеральный бюджет, ФОМС, ТФОМС, СМО, консолидированные бюджеты субъектов РФ, создание еще одного держателя только усложнит из без того непростую систему администрирования государственными финансами. Более того, внедрение фондодержания потребует дополнительного финансового и медицинского контроля над поликлиниками во избежание необоснованного сокращения направлений пациентов в другие медицинские организации (средства поликлиники формируются в том числе за счет экономии по этой статье). **В этой связи данное предложение нецелесообразно и может быть вполне компенсировано стимулирующими выплатами для МО за положительные результаты деятельности.**

**1.11. Заключение.** Экономия от предложенных мер минус дополнительные затраты, или нетто-экономия, в 2018 г. в ценах 2011 г. составит *«103,2 млрд руб., или 9,8% от затрат на оказание медицинских услуг по Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи»*. Однако, как изложено выше, этой экономии не будет, а **предложения ВШЭ содержат риски снижения эффективности работы первичного звена здравоохранения и снижения доступности медицинской помощи для населения.** Справедливости ради отметим: эксперты ВШЭ подчеркивают, что полученный результат по нетто-экономии не означает, что на эту сумму можно сократить расходы на здравоохранение. Эти средства должны пойти на другие статьи затрат, например на оплату труда медицинских работников.

## **2. Экономия на текущих расходах медицинских учреждений**

В этом разделе предлагается (стр. 541):

**2.1. Выведение из оборота части устаревших помещений больниц.** С этим предложением можно **согласиться** только при условии, что высвободившиеся помещения будут направлены на перепрофилирование в интересах оказания медицинской и/или социальной помощи населению. Прежде чем вывести эти помещения «из оборота», необходимо решить вопрос о возможности их дальнейшего использования для оказания паллиативной и реабилитационной помощи, а также услуг по длительному уходу для населения старшей возрастной группы (в РФ доля населения старше пенсионного возраста вырастет с 24% в 2013 г., по прогнозам Росстата, до 26% к 2020 г.). Более того, вся деятельность по высвобождению устаревших помещений должна быть абсолютно прозрачна и обоснована и проходить под контролем государственных органов власти и общественности.

**2.2. Централизация или аутсорсинг лечебно-диагностических услуг и вспомогательных функций медицинских учреждений.** Там, где это оправданно, с

представлением соответствующих обосновывающих расчетов, с этим предложением можно согласиться.

**2.3. Внедрение механизмов передачи части мощностей медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям.** Непонятно, с какой целью это будет делаться. Любая частная управляющая компания за свои услуги потребует вознаграждения и прибыли, которые дополнительным бременем лягут на и без того дефицитный бюджет государственной системы здравоохранения. Также нет никакой гарантии, что менеджеры частных компаний будут управлять эффективнее, чем менеджеры государственных. Проще обучить главных врачей государственных и муниципальных учреждений эффективному управлению больницами и установить контроль над этим управлением в соответствии с международными показателями. Более того, необходим контроль сохранения прежних объемов гарантированной медицинской помощи в учреждениях, переданных в концессию. Например, в больнице № 63 в Москве, переданной по концессионному соглашению Европейскому медицинскому центру, **4 года** вообще никаких бесплатных услуг оказывать не будут, а далее — только 40% от прежнего объема.

**2.4. Сокращение времени простоя оборудования.** Необходимо понимать, что сегодня в РФ оборудование большей частью простаивает не из-за неумелости руководителей, а из-за отсутствия достаточных потоков пациентов (оплаченных из общественных средств) и средств на его полноценное обслуживание. Сервисное обслуживание оборудования, которое лучше организовать централизованно (как это, например, сделано в Республике Татарстан), потребует дополнительных средств. Более того, круглосуточная эксплуатация диагностической техники потребует увеличения потока больных и расходных материалов, поэтому эти вопросы необходимо предусмотреть при расчетах бюджетов МО. **Предложение сегодня реализовать невозможно из-за дефицита средств на оказание медицинской помощи по ПГГ.**

### 3. Экономия на закупках лекарственных средств

В этом разделе предложено (стр. 549):

3.1. Формирование правил взаимозаменяемости лекарственных средств.

3.2. Ограничение закупки лекарственных препаратов с незарегистрированной ценой.

3.3. Ускорение перехода на возмещение лекарственного обеспечения льготников на основе референтных цен.

3.4. Внедрение соглашений о разделении рисков в лекарственном обеспечении.

3.5. Создание условий для усиления конкуренции на рынке лекарственных средств.

Вышеперечисленные предложения сомнений не вызывают, кроме предложения о внедрении соглашений о разделении рисков в лекарственном обеспечении. Такая работа потребует немыслимой системы учета и контроля и

может касаться только инновационных препаратов, причем только в порядке эксперимента.

#### 4. Повышение эффективности закупок оборудования и внедрения новых медицинских технологий в лечебно-профилактические учреждения

Этот раздел предлагает (стр. 562):

4.1. Повышение эффективности закупок нового медицинского оборудования для ЛПУ.

4.2. Внедрение технологий диагностики и лечения заболеваний, обеспечивающих существенное повышение эффективности использования финансовых ресурсов в расчете на единицу результата, в том числе:

- внедрение методов ранней диагностики и целевого скрининга для сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний, снижающих потребность в дорогостоящих фармацевтических препаратах (этот пункт частично повторяет предложения, изложенные выше в пункте 1.3);
- внедрение интегрированных информационных систем диагностики;
- использование систем удаленного интегрированного мониторинга состояния больных с использованием современных информационных технологий;
- расширение использования амбулаторной хирургии (этот пункт относится к дифференциации профилей коек дневного пребывания);
- применение новых медицинских материалов;
- внедрение малоинвазивных технологий диагностики, хирургии, интенсивной терапии.

В целом со всеми предложениями можно согласиться, только необходимо понимать, что они должны сопровождаться конкретным планом внедрения и финансовым обоснованием, чего не представлено. Они также потребуют увеличения расходов на Программу государственных гарантий.

#### 5. Привлечение негосударственных источников финансирования оказания медицинской помощи

Предлагается механизм «содоплата населением медицинской помощи сверх установленных тарифов по Программе государственных гарантий» (стр. 574), например за более дорогостоящий имплантат или лекарственное средство. Во-первых, сегодня в РФ расходы населения на медицинскую помощь и так **высоки** (из личных средств граждане РФ тратят 31% от всех расходов на здравоохранение, в развитых странах — в среднем 29%, а в некоторых из них — еще меньше — 20%). Во-вторых, в 2015–2016 гг. реальные доходы большинства населения будут падать. В-третьих, соплатежи населения применяются в развитых странах с избыточно финансируемым здравоохранением и направлены на снижение потребления медицинской помощи, а у нас стоит задача увеличения объемов бесплатной медицинской помощи для населения, чтобы улучшить показатели его здоровья. **Это предложение сегодня неоправданно и**

приведет к снижению доступности медицинской помощи для населения, особенно малоимущих слоев.

## 6. Заключение. Анализ возможностей финансового обеспечения повышения оплаты труда работников здравоохранения в 2013–2018 гг.

В заключении дается оценка возможных источников финансирования расходов на повышение оплаты труда медицинского персонала в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597. В этом разделе эксперты ВШЭ, несмотря на то, что указывают на возможности экономии в системе здравоохранения, справедливо делают вывод, что достичь установленного повышения уровня оплаты труда медицинским работникам только за счет увеличения личных платежей населения государственным и муниципальным МО (по платным медицинским услугам), а также за счет нетто-экономии будет невозможно. Поэтому на финансовое обеспечение повышения оплаты труда работников здравоохранения в 2014–2018 гг. потребуются дополнительные государственные средства.

## 7. Предложения в Отчете ВШЭ, с которыми можно согласиться

В дополнение к правильным предложениям в пунктах 3 и 4 Отчета можно согласиться с предложением по порядку проведения диспансеризации. Процесс проведения сплошной диспансеризации всего населения, предусмотренный сегодня Минздравом, должен быть **пересмотрен** с точки зрения доказательной медицины, т.е. научной обоснованности. Целесообразно проведение ранней диагностики заболеваний в первичном звене только в форме скрининга — обследования только определенных категорий населения, в определенном возрасте, на предмет поиска определенных заболеваний с использованием научно обоснованных методов диагностики. Например, всем женщинам с 39 лет необходим ежегодный осмотр молочной железы, а в возрасте 50–70 лет — ежегодное проведение бесплатной маммографии один раз в два года. Или, к примеру, исследование уровня глюкозы и холестерина в крови нецелесообразно делать без медицинских показаний, т.е. жалоб пациента и соответствующих признаков нарушений. Также можно согласиться с предложением о необходимости развития профилактики обострения хронических заболеваний в части реализации программ управления хроническими заболеваниями. Но его реализация также опирается в дефицит кадров в первичном звене.

## 8. Важнейшие предложения по развитию здравоохранения РФ, которые не попали в Отчет ВШЭ

Среди них: меры по ликвидации дефицита врачей первичного звена; существенное повышение квалификации всех медицинских работников, включая руководителей МО; расширение категорий граждан, на которые необходимо распространить бесплатное лекарственное обеспечение; внедрение системы управления качеством и безопасностью медицинской помощи в медицинских

организациях; ликвидация коррупции на всех уровнях системы здравоохранения; ликвидация СМО как звена доведения денежных средств до МО.

## 9. Общие замечания к Отчету ВШЭ

- Доклад ВШЭ оформлен небрежно, что затрудняет восприятие материала.
- Используется неустоявшаяся терминология, например формулировка «структурная эффективность», по сути это означает, что для повышения эффективности можно принять меры по изменению структуры (например, объемов медицинской помощи).
- Не соблюдается рубрикация разделов, например выпали номера разделов 1.7, рубрика «Проблемы» выделена только в I разделе, а в остальных не выделена. Имеются повторы. Например, способы оплаты в амбулаторно-поликлинических условиях описаны дважды — в пунктах 1.3 и 1.11.

Используются вставки материалов, в которых описываются результаты конкретных научных исследований, например по диспансеризации населения (на пяти стр.), или представляются данные по другим странам, например структура сестринского персонала в США (на пяти стр.). Общий объем этих материалов составляет не менее 15% от объема всего текста (120 стр.). Обычно в отчетах подобного рода на научные работы принято только ссылаться.

В завершении анализа следует отметить, что предложения ВШЭ и Минфина не прошли экспертного обсуждения в Минздраве РФ совместно с главными внештатными специалистами и специалистами в области организации здравоохранения.

## ВЫВОДЫ

*Большинство предложений по повышению эффективности здравоохранения РФ, представленных в Отчете ВШЭ, нельзя реализовывать, поскольку они приводят к снижению эффективности первичного звена здравоохранения, доступности скорой и стационарной медицинской помощи. Эксперты ВШЭ приводят свои предложения в отрыве от решения базовых проблем здравоохранения. Как следствие, основывать политику здравоохранения на представленных положениях нельзя. Рекомендации по развитию такой важнейшей для экономики страны и социально значимой отрасли, как здравоохранение, должны обязательно серьезно обсуждаться специалистами, это позволит избежать принятия неконструктивных решений. В Отчете ВШЭ не приводятся важнейшие предложения по повышению эффективности государственной системы здравоохранения, такие как ликвидация дефицита врачей первичного звена; существенное повышение квалификации всех медицинских работников, включая руководителей МО; увеличение объемов лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях; внедрение системы управления качеством и безопасностью медицинской помощи в медицинских организациях; ликвидация коррупции на всех уровнях системы здравоохранения; ликвидация СМО как звена доведения денежных средств до МО.*

## 5.4. Проект Стратегии развития здравоохранения до 2030 года

### Общие положения

В конце декабря 2014 г. на сайте Минздрава России была опубликована разработанная ведомством стратегия развития российского здравоохранения до 2030 г. (далее — Стратегия). Доклад прозвучал на Общественном совете Минздрава<sup>1</sup> 24 декабря 2014 г., там же Министерство обратилось к членам Совета с предложением принять ее за основу.

Текст Стратегии изложен на 30 страницах и содержит 5 разделов.

1. Общие положения.
2. Современное состояние и комплексные проблемы в области охраны здоровья граждан в РФ.
3. Цели Стратегии развития здравоохранения РФ.
4. Задачи развития Национальной системы здравоохранения.
5. Заключение.

Далее представленный Минздравом документ проанализирован по основным его разделам (1–5), в пункте 6 приведен перечень Положений, которые не отражены в Стратегии, в пункте 7 даны общие замечания, завершают главу выводы.

В современной экономической теории под стратегией понимают долгосрочные, наиболее принципиальные и важные планы в отношении производства и распределения ресурсов (услуг). Принято, чтобы стратегия содержала критерии достижения целей и описывала механизмы решения задач. В случае со здравоохранением главная цель — это улучшение здоровья населения. Рассмотрим каждый раздел по порядку с учетом данного определения.

### Раздел 1. Общие положения

В этом разделе перечислены принципы Стратегии и нормативные акты, в соответствии с которыми написан документ. Он содержит общие положения: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, приоритет профилактики и здоровья матери и ребенка. Про сохранение здоровья других возрастных групп населения информации **нет**. Один из принципов Стратегии звучит без уточнений: «доступность и качество медицинской помощи». Требуется как минимум добавить «обеспечение широкой доступности и высокого качества медицинской помощи». Ведь доступность и качество медицинской помощи (КМП) могут быть и низкими, как, например, сегодня, о чем написано далее.

**Что должно было быть в этом разделе.** Ответы на вопросы, зачем потребовалось написание Стратегии, о чем этот документ и кем написан. Главным принципом реализации Стратегии должен быть указан принцип социальной солидарности: богатый платит за бедного, здоровый — за больного.

<sup>1</sup> <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/12/25/2189-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-zasedanii-obschestvennogo-soveta>

## Раздел 2. Современное состояние и комплексные проблемы в области охраны здоровья граждан в РФ

В этом разделе изложены положения о функциях и реформах Минздрава, проводимых в отрасли. Перечислены «факторы», которые требуется «совершенствовать и развить». В первую очередь, предлагается развивать систему обязательного медицинского страхования (ОМС), потом стационарную медицинскую помощь в государственных учреждениях, далее реабилитацию, первичное звено, науку.

В этом важнейшем для определения приоритетов развития отрасли разделе даже не упоминается про базовые проблемы российского здравоохранения — дефицит кадров, неудовлетворительное качество медицинской помощи, нехватка и неэффективное использование финансовых ресурсов, недостаточное обеспечение населения лекарственными средствами. Более того, в разделе содержится много **неточных данных**.

Неверно указано, что «в Российской Федерации отмечается улучшение демографической ситуации». Эта ситуация действительно улучшалась вплоть до 2013 г., пока не был остановлен рост расходов на государственную систему здравоохранения. Но уже в 2014 г. снижение смертности остановилось: за 2014 г. коэффициент смертности составил 13,1 случая на 1 тыс. населения, т.е. остался на уровне 2013 г. вместо запланированного Госпрограммой «Развитие здравоохранения» снижения до 12,8 случая. При этом сегодня стандартизованный показатель смертности (т.е. с поправкой на возрастную структуру населения) в РФ в 1,5 раза выше, чем в «новых» странах ЕС — Венгрии, Польше, Словакии, Словении, Чехии, Эстонии, которые экономически развиты так же, как и РФ<sup>1</sup>. Младенческая смертность, которая упоминается как положительный демографический фактор, действительно уменьшается, но составляет всего 0,8% в общей структуре смертей в РФ.

Неверно указано, что государственные расходы на здравоохранение РФ с 2004 по 2014 г. возросли в 3,7 раза. Необходимо было сделать поправку на инфляцию и сравнить с другими странами, например с теми же «новыми» странами Евросоюза. Тогда бы стало ясно, что с учетом инфляции государственные расходы на здравоохранение в РФ за эти 10 лет возросли только в 1,9 раза и сегодня в сравнении с указанными «новыми» странами ЕС в 1,5 раза ниже (соответственно 910 и 1 410 \$ППС на душу населения в год) (см. раздел 2.2.2). Также в Стратегии не указано, что государственные расходы в 2014 г. сократились в постоянных ценах (2013 г. — 100%) на 9% по сравнению с прошлым годом.

Неверно указано, что расходы населения на медицинскую помощь составили в РФ в 2013 г. только 21% от всех расходов на здравоохранение. По международной методике расчетов, доля расходов населения на здравоохранение

<sup>1</sup> Эти «новые» страны ЕС имеют ВВП на душу населения в год, близкий к РФ, — 23–25 тыс. \$ППС.

в РФ составила 31%<sup>1</sup>. Это выше, чем в большинстве стран ЕС, где население тратит из своего кармана только 15–25%, остальное компенсирует государство<sup>2</sup>.

Неверно написано о Программе государственных гарантий, что якобы она оказывается «в соответствии с необходимыми ее объемами». Между тем, например, объемы лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях и различных медицинских вмешательств в нашей стране в разы ниже, чем в «новых» странах ЕС (см. раздел 2.5.8 и 2.5.9).

Неверно написано о стационарной помощи, что сокращение ее объемов и перевод их в первичное звено позволяют сохранить доступность медицинской помощи населению: «...перераспределить избыточные (!) объемы стационарной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного пребывания, в дневные стационары», что будет способствовать «направленному развитию системы здравоохранения и улучшению здоровья населения». В результате этих предложений произойдет снижение доступности медицинской помощи и в стационарных, и в амбулаторных условиях. В первом случае — из-за сокращения финансирования и койко-мест, во втором — из-за отсутствия главной производительной силы в поликлиниках — врачей и средних медицинских работников.

В этом разделе роль системы ОМС существенно **переоценивается**. Якобы ее развитие «позволило вернуться к принципам солидарности и социального равенства в обеспечении главного права каждого человека — на сохранение здоровья и жизни». На самом деле государственная система здравоохранения РФ всегда финансировалась и продолжает финансироваться за счет солидарных источников. А что касается равенства, то оно всегда обеспечивалось и продолжает обеспечиваться существованием единого подушевого норматива финансирования Программы государственных гарантий. Неверно утверждение, что «базовая программа обязательного медицинского страхования является финансовой основой Программы государственных гарантий». Базовая программа ОМС — это часть всей Программы, просто финансируемая за счет средств обязательного медицинского страхования, напомним, это всего около 60% от всех расходов на нее, остальное — средства федерального и региональных бюджетов.

На самом деле система ОМС в нашей и любой другой стране — это **обычный финансовый отдел (или фонд)**, который просто аккумулирует и распределяет средства по установленным государством правилам и не создает никаких дополнительных ценностей для отрасли. Обязательные взносы, которые по

<sup>1</sup> Данные согласно базе Росстата, ЕМИСС. Личные расходы населения на здравоохранение (2013 г.) складываются: из медицинских услуг — 358,5 млрд руб., из санаторно-курортных услуг — 79,7 млрд руб., из добровольного медицинского страхования (ДМС) — 88,1 млрд руб., из расходов на ЛС в амбулаторных условиях — 595,0 млрд руб. Итого: 1121,3 млрд руб., а общие расходы на здравоохранение в 2013 г. составили 3599,3 млрд руб.

<sup>2</sup> Доля государственных расходов: Дания (86%), Чехия (85%), Норвегия (85%), Великобритания (83%), Швеция (82%), Исландия (81%), Эстония (80%), Франция (77%), Германия (76%), Турция (74%) и др.

законам государства уплачиваются в систему ОМС, — это средства работодателей и региональных бюджетов, т.е., фактически, налоги. Функции Федерального фонда ОМС (ФФОМС) по аккумулярованию средств и их дальнейшему перераспределению в территориальные фонды (ТФОМС) может выполнять планово-финансовый отдел при самом Минздраве. Единые способы оплаты медицинской помощи и тарифы по клинко-статистическим группам заболеваний не зависят от наличия или отсутствия системы ОМС и должны были быть введены Минздравом еще много лет тому назад. А многочисленные частные страховые медицинские организации (СМО) на пути движения денег от ТФОМС до медицинских организаций — лишнее звено, усложняющее администрирование общественными денежными ресурсами. Контроль и экспертиза качества медицинской помощи, которыми сегодня занимаются ТФОМС и СМО, — несвойственная финансовым фондам функция (см. раздел 2.5.11).

**Что должно было быть в этом разделе.** Четкие ответы на семь вопросов: 1) здорово ли население РФ; 2) какой образ жизни оно ведет и в каких условиях проживает; 3) какими финансовыми, кадровыми и материально-техническими ресурсами обладает система здравоохранения; 4) какие объемы медицинской помощи получает население; 5) какого качества медицинская помощь; 6) равнодоступна ли эта помощь и 7) эффективно ли расходуются средства здравоохранения. Для того чтобы получить ответы на все эти вопросы, **надо было сравнить** показатели РФ с показателями стран, равных нам по уровню экономического развития и структуре населения, или с советским периодом. Затем надо было выделить приоритетные проблемы, на решение которых должны быть направлены все средства и усилия руководства отрасли.

### Раздел 3. Цели Стратегии

Главная цель — создание Национальной системы здравоохранения. Это только способ достижения цели по улучшению здоровья населения.

**Что должно было быть в этом разделе.** Показатели по улучшению здоровья населения.

### Раздел 4. Задачи развития Национальной системы здравоохранения

Задач всего двенадцать.

**Задача № 1. Совершенствование Программы государственных гарантий в рамках Национальной системы здравоохранения.** В этом разделе вновь повторяется, что за счет сокращения стационарной медицинской помощи необходимо развивать первичную медико-санитарную помощь, реабилитацию и паллиативную помощь. Повторимся, что сначала надо решить проблему дефицита врачей в первичном звене, а затем уже возлагать на него дополнительные объемы помощи. К тому же объемы стационарной помощи сокращать нельзя, они у нас и так недостаточные, а для развития реабилитации,

паллиативной помощи и специализированных коек дневного стационара нужны подготовленные кадры, оборудование, дополнительные финансовые средства, которые не предусмотрены в Стратегии.

**Для совершенствования Программы государственных гарантий необходимо:** увеличить объемы медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях; произвести расчет необходимых для выполнения этих объемов мощностей системы здравоохранения (кадры, койки и медицинское оборудование) и привести в соответствие с этим финансовые ресурсы; установить значения показателей качества медицинской помощи в соответствии с международными нормами; детализировать гарантированные объемы медицинской помощи через перечни лекарственных средств, перечни медицинских изделий, а также другие количественные показатели (стоимость и кратность применения медицинских услуг, предельные цены на лекарства и изделия медицинского назначения, условия предоставления услуг и др.).

**Задача № 2. Развитие обязательного медицинского страхования.** В разделе перечислены предложения о необходимости дальнейшего развития уже реализуемых сегодня функций ОМС: использование единого подушевого норматива, оплата медицинской помощи по клинико-статистическим группам, внедрение единой тарифной политики, информирование и защита прав застрахованных, в том числе создание института представителей СМО в каждой медицинской организации, аккредитация экспертов по контролю качества медицинской помощи. Как мы уже обсуждали ранее, все эти функции ОМС могут взять на себя с меньшими затратами другие государственные структуры.

Среди новых предложений по развитию ОМС — усиление контрольно-ревизионной политики: *«...усилить ответственность, включая установление административной ответственности, за нецелевое использование средств, за нарушение сроков и порядка расчетов за оказанную медицинскую помощь, за нарушение обязанностей субъектов РФ...»* Следует обратить внимание, что в ситуации дефицита финансовых средств на оплату медицинской помощи это приведет только к излишним издержкам в системе ОМС и еще одной проверке лечебного учреждения в дополнение к уже имеющимся.

Суть главного предложения в этой задаче — чтобы частные СМО управляли общественными средствами. Необходимо осуществить *«переход от администрирования платежей по факту оказания услуг к эффективному управлению расходами, в том числе путем возложения на СМО части финансовых рисков по оплате медицинской помощи»*. Иными словами, СМО должны будут не просто оплачивать медицинскую помощь по установленным государством правилам, как это происходит сейчас, но и управлять расходами медицинских организаций. На деле это означает всячески экономить средства МО, иначе расплачиваться за перерасход СМО придется самим. И даже если такой перерасход случится, СМО все равно не пострадают, за все заплатит государство путем предоставления налоговых льгот: *«...источником покрытия данных расходов для СМО могли бы стать страховые резервы, сформированные за счет на-*

*правления части прибыли, полученной в результате введения льготного налогообложения для страховых организаций...»*

Предложение, что нашли источник финансирования повышения квалификации врачей — 50% средств, полученных ТФОМС и СМО в результате применения к медицинским организациям санкций за нарушения, — **правильное**. Однако есть существенные риски, что СМО компенсируют этот убыток за счет увеличения объемов самих санкций. Есть еще предложение, которое неизбежно приведет к увеличению и без того раздутого документооборота медицинских организаций и потерям рабочего времени медицинских работников. Наряду с ТФОМС и СМО самим гражданам предложено контролировать медицинские организации, а именно «*объем оказанной им медицинской помощи*» и средства, затраченные государством. Когда в середине 2014 г. это предложение появилось впервые, то было непонятно, при чем же тут граждане? Из Стратегии стало ясно, что гражданам будет предложено «*цивилизованно*» доплатить или, как написано в Стратегии, «*также участвовать в ее (медицинской помощи) оплате через механизмы дополнительного добровольного медицинского страхования*». Подробно об этом предложении далее в задаче 3.

**Какие предложения необходимо обсудить для развития ОМС:** превратить ФОМС и ТФОМС в финансово-экономические подразделения федерального и региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья; устранить СМО из цепочки доведения денежных средств до медицинских организаций; возложить функции СМО в части финансового контроля на ТФОМС; возложить на Росздравнадзор и его региональные отделения контроль качества медицинской помощи, тем самым устранив дублирование функций в этой сфере; выделить отдельную строку в размере 1% от ФОТ для повышения квалификации медицинских кадров в структуре расходов на оказание медицинской помощи; возложить на региональный и федеральный бюджеты риски за обоснованный перерасход средств медицинскими организациями при оказании медицинской помощи.

**Задача № 3. Развитие добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования (ОМС+).** Здесь предложено отменить платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях и перейти на добровольное медицинское страхование (ДМС). Для этого работникам и работодателям, которые изъявляют желание застраховаться по ДМС, будут предоставлены дополнительные налоговые льготы: «*...в целях усиления привлекательности для граждан приобретения программ добровольного медицинского страхования, дополнительного к ОМС, следует внести изменения в порядок осуществления налогового вычета, предоставляемого работающим гражданам путем уменьшения размера налогооблагаемой базы...»*

Разберем, к чему это может привести. Государство лишается части поступлений от налогов, из которых в том числе финансируется бесплатная медицинская помощь. Работник и работодатель заплатят из собственных средств взносы на ДМС. СМО получит дополнительный поток средств, плюс государственные льготы, плюс власть управлять средствами ДМС и ОМС (см.

задачу 2). Таким образом, в выигрыше будут только СМО. Однако все эти предложения, скорее всего, останутся на бумаге. Поясним: сегодня по ДМС застраховано не более 10 млн населения РФ<sup>1</sup>, большинство из них (95%) — сотрудники крупных компаний, за которых компании оплачивают страховые взносы<sup>2</sup>. Остальным работодателям и работникам стоимость полиса ДМС, которая составляет около 50 тыс. руб. в год, — не по карману, тем более в нынешней экономической ситуации (см. раздел 5.5).

Следует также отметить, что средства рискованного страхования ДМС (когда взносы растут при наличии хронических заболеваний) со средствами солидарного страхования ОМС (когда размер взносов не зависит от состояния здоровья гражданина) в одной страховой компании объединять категорически нельзя. Это может привести к обезличиванию средств, навязыванию полиса ДМС всем гражданам и отказу в страховании пациентам с высокими рисками развития заболеваний. Более того, в ситуации, когда большинство населения РФ не сможет пользоваться ДМС (50% населения страны проживает на доходы менее 19 тыс. руб. в месяц), в одном лечебном учреждении будут сформированы двойные стандарты лечения для разных групп населения (малообеспеченных и обеспеченных), а это уже противоречит сути социально ориентированного государства.

**Предложения по повышению доступности медицинской помощи.** Самый правильный способ — поэтапное увеличение государственного финансирования, как это принято во всех развитых странах. Только при этом условии можно будет ликвидировать платные услуги в государственных медицинских организациях. Первым этапом развития ДМС могло бы стать дополнительное к государственным расходам лекарственное страхование населения. Но для этого необходимо сначала охватить лекарственным обеспечением в амбулаторных условиях все категории граждан (а не только льготные категории) и увеличить объемы государственного финансирования по этой статье как минимум в 2 раза (с 150 до 300 млрд руб.). Вторым этапом внедрения ДМС могло бы стать страхование доплат за более дорогостоящие расходные материалы и лекарства в стационарных условиях. Для этого необходимо четко определить перечень таких изделий и установить их предельную стоимость.

**Задача № 4. Развитие государственно-частного партнерства.** В этой задаче главным оказалось предусмотреть *«механизмы обеспечения окупаемости проектов государственно-частного партнерства (ГЧП), в том числе с использованием мер государственной поддержки инвестиционных проектов по развитию находящейся в федеральной собственности инфраструктуры здравоохранения»*. Другими словами, выдвинуто предложение поддержать частный бизнес в здравоохранении. Для этого даже предложено создать в региональных ми-

<sup>1</sup> «Медицинское страхование в России: найти точки роста». — Эксперт РА. — март, 2014. — Электронный доступ: <http://raexpert.ru/docbank/047/dc3/da7/98b27dc33144253bd5a271b.pdf>.

<sup>2</sup> Басова О. и др. Рынок ДМС и рейтинг ЛПУ: качество диктует стоимость. — Эксперт РА. — март, 2011. — 40 с.

нистерствах здравоохранения «ответственных за сопровождение проектов ГЧП». Однако возникают вопросы.

Почему не создаются благоприятные условия для развития государственной собственности, а, напротив, ведется искусственное разрушение инфраструктуры государственных учреждений: сокращаются финансирование и койки в стационарах, государственный заказ перераспределяется частному сектору, предлагается отменить платные медицинские услуги в госучреждениях?

Почему государство должно предоставлять льготы частному бизнесу, сокращая поступления в бюджет, из которого финансируется медицинская помощь для большинства населения?

Почему сегодня понадобились новые инвестиционные проекты (т.е. стройки), ведь государство только что вложило средства в модернизацию государственных учреждений здравоохранения и необходимо эффективно использовать имеющиеся мощности? Для справки: из-за того, что государственных средств на оказание медицинской помощи недостаточно, имеющееся сегодня диагностическое оборудование в государственных учреждениях используется с **интенсивностью в 2 раза меньшей**, чем в развитых странах<sup>1</sup>.

Почему частные компании стремятся управлять государственной собственностью и где гарантии, что они будут управлять в интересах улучшения здоровья населения, а не для получения своей прибыли за счет наращивания платных медицинских услуг?

Зачем отвлекать государственные кадры и средства на развитие ГЧП, в том числе на «*содействие в доступе инвесторов к долгосрочным заемным источникам финансирования проектов ГЧП*»? У нас что, избыток средств в здравоохранении? Ведь потом придется оплачивать расходы частной компании за счет государства, причем включая оплату кредита по заемным средствам, страхование рисков и прибыли частных компаний, очищенной от инфляции, см. раздел 2.6.5.

**Для развития инфраструктуры здравоохранения** необходимо сосредоточиться на развитии имеющихся мощностей государственной системы здравоохранения, в том числе увеличить объемы медицинской помощи, создать систему управления качеством медицинской помощи и аккредитации медицинских организаций, повысить квалификацию административно-управленческого персонала. Сегодня нет необходимости искусственно сокращать мощности государственной системы здравоохранения в пользу частной.

**Задача № 5. Развитие медицинских профессиональных некоммерческих организаций (НКО)**, сформированных по территориальному и профессиональному принципам, создание вертикально-интегрированных профильных ме-

---

<sup>1</sup> Обеспеченность КТ-аппаратами в РФ в 2013 г. составило 11,3 томографа на 1 млн населения. Это в 1,2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС. Однако число исследований с применением КТ в РФ составило 36,7 на 1 тыс. населения, что в 3,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС.

дицинских систем. Про НКО практически повторяется то, что написано в Законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

**Задача № 6. Внедрение системы аккредитации медицинских работников.** Для решения этой задачи предложено *«сформировать кадровую структуру системы здравоохранения, обеспечивающую гарантии и качество предоставления медицинских услуг»*. Однако для этого нужны средства на повышение оплаты труда медицинских работников, предоставление им социальных льгот, средства на подготовку кадров (а значит, и средства на укрепление медицинских вузов). Но об этом в Стратегии **не упомянуто**. Без решения этих базовых проблем с медицинскими кадрами нельзя одобрить предложение по закреплению их в первичном звене: *«...получив высшее медицинское образование, специалист должен будет отработать в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, 3 года»*. Это может привести к снижению потока поступающих в медицинские вузы за бюджетные деньги. Хотя всего год назад Минздрав заявил, что в отрасли не хватает 40 тыс. врачей<sup>1</sup>. При этом число врачей, работающих в государственной системе, за это время сократилось еще на 4 тыс. (с 639 тыс. в 2012 г. до 635 тыс. человек в 2013 г.)<sup>2</sup>. Еще важно помнить, что каждый третий врач в РФ достиг пенсионного возраста, т.е. в самое ближайшее время начнется неизбежный ускоренный отток кадров из отрасли (см. раздел 2.3.1).

Возвращаясь к названию задачи «Внедрение системы аккредитации», надо понимать, что аккредитация де-факто — экзамен, который будет только констатировать уровень компетенции специалиста. Главное — необходимо обеспечить этот уровень компетенции. Но как это сделать, в Стратегии не описано.

**Меры по развитию кадрового потенциала отрасли:** главное — должны быть найдены дополнительные средства на выполнение указов Президента по повышению их заработной платы, на предоставление льгот по жилью медицинским работникам первичного звена здравоохранения, на индексацию заработной платы сельским медицинским работникам (коэффициент 1,4 к средней оплате медицинских работников по стране), на подготовку кадров в медицинских и фармацевтических вузах (повышение оплаты труда профессорско-преподавательского состава — коэффициент 2,0 к средней оплате труда врачей по стране).

**Задача № 7. Выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения.** Для этого необходимо, как изложено в Стратегии, *«создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, основанной на принципе разграничения разрешительных и контрольных функций, внедрения системы управления качеством в деятельность медицинских организаций, что позволит снизить контрольную нагрузку на хозяйствующие субъекты, исключить дублирование контрольно-надзорных функций и полномочий между Росздравнадзором и орга-*

<sup>1</sup> По словам заместителя министра здравоохранения РФ Игоря Каграманяна. Электронный доступ: <http://itar-tass.com/obschestvo/755857> (5 ноября 2013 г.).

<sup>2</sup> Данные ЦНИИОИЗ.

нами исполнительной власти субъектов Российской Федерации». Во-первых, создание новой системы контроля не может снизить контрольную нагрузку. Во-вторых, контроль — это только часть системы управления качеством и не может сам по себе обеспечить это качество. В-третьих, в процессе управления качеством медицинской помощи самое главное — его обеспечение, а про это в Стратегии не упоминается.

**Что необходимо делать для повышения качества медицинской помощи:** развить систему подготовки и непрерывного повышения их квалификации, создать систему управления качеством медицинской помощи во всех медицинских организациях в соответствии с международными стандартами, разработать программы и создать организационные структуры по управлению КМП на всех уровнях управления здравоохранением, установить международно принятые показатели качества и безопасности медицинской помощи, их целевые значения, обучить медицинский персонал вопросам управления КМП.

**Задача № 8. Создание единой государственной электронной информационной системы.** В Стратегии предлагается *«внедрение информационных систем в медицинских организациях, автоматизирующих организационные, лечебные и диагностические процессы, что позволит обеспечить ведение электронной медицинской карты, консолидирующей необходимую информацию о пациенте, и обеспечить доступ к федеральным информационным ресурсам с целью поддержки и своевременности принятия врачебных решений...»*. Позволим себе только одно замечание. Федеральный информационный ресурс, на который ссылается Минздрав и на основании которого врачи должны принимать свои решения, на **98%** состоит из фолиантов **XIX** века, старых научных диссертаций, сборников конференций за прошлые года и отдельных руководств, как, например, «Основы эндокринологии» 1929 г., а также из отдельных журналов прошлых годов издания<sup>1</sup>. И только 2% информации на ресурсе — это современные клинические рекомендации профессиональных медицинских обществ, которые были разработаны ими для Минздрава бесплатно.

**Задача № 9. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.** В этой задаче не сказано о самом главном — сколько дополнительных средств будет выделено на бесплатное обеспечение населения лекарственными средствами и какие категории населения смогут получать их бесплатно. Для справки: в «новых» странах ЕС, в отличие от РФ, доступ к бесплатным лекарствам в амбулаторных условиях имеют все граждане без ограничений по социальному статусу.

**Задача № 10. Ускорение инновационного развития отечественного здравоохранения.** Этот раздел проанализировать затруднительно, поскольку он содержит сложные положения, например: *«в целях ускоренного инновационного развития здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований будет реализован комплекс взаимосвязанных меропр-*

<sup>1</sup> <http://www.femb.ru/feml/>

ятий, направленных на создание новых медицинских технологий и продуктов и интегрированной системы инновационной медицины и здравоохранения, объединенной на основе единых приоритетов, координации инновационной деятельности, общих принципов внедрения результатов исследований в практическое здравоохранение».

**Задача № 11. Расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля.** Предполагается, что решаться эта задача будет путем создания общественных советов. Но возникает справедливый вопрос: какой толк будет от подобных общественных советов, если они единогласно одобряют такие документы, как эта Стратегия?

**Задача № 12. Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья и повышение роли России в глобальном здравоохранении.** Это не приоритетная задача Стратегии, а стандартная функция Минздрава согласно Положению о его деятельности.

## Раздел 5. Заключение

В этом разделе кратко повторяются задачи, которые уже разобраны выше.

### 6. Перечень положений, которые не отражены в Стратегии

- Анализ и оценка реального состояния и деятельности системы здравоохранения РФ.
- Цели по улучшению здоровья населения.
- Важнейшие задачи по ликвидации дефицита и повышению квалификации медицинских кадров, по увеличению государственных расходов на здравоохранение и бесплатному лекарственному обеспечению населения в амбулаторных условиях.
- Показатели, характеризующие достижения целей и задач.
- Механизмы решения задач.
- Ожидаемые результаты.
- Риски реализации Стратегии и пути их нивелирования.
- Финансово-экономические обоснования.
- Авторы документа.

### 7. Общие замечания к Стратегии

Документ изложен с повторами и неясно. Например, много таких мало-понятных фраз: *«Положения настоящей Стратегии определяют... задачи, решение которых направлено на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации на основе обеспечения повышения доступности и качества медицинской помощи; увеличения продолжительности жизни, снижения уровня смертности, роста рождаемости с целью долгосрочного развития, а также устойчивого существования данной отрасли Российской Федерации»*. Другими словами, получается, что в РФ снижение смертности способствует развитию отрасли, а не наоборот.

## ВЫВОДЫ

*В представленном Минздравом России проекте Стратегии не стоит цель по улучшению здоровья населения. В ней определены задачи, которые будут способствовать разрушению государственной системы здравоохранения и снижению доступности медицинской помощи для населения. Среди них: наращивание личных расходов населения и работодателей на здравоохранение (на фоне сокращающихся государственных расходов); сокращение объемов стационарной медицинской помощи и государственных коек; создание благоприятных условий для развития частных страховых и частных медицинских организаций в ущерб государственным; перераспределение скудных государственных средств из государственных лечебных учреждений в частные; отмена платных медицинских услуг в государственных учреждениях; усиление и без того избыточного государственного контроля. В Стратегии умалчиваются и, как следствие, не решаются базовые проблемы отрасли — дефицит медицинских кадров, неудовлетворительное качество медицинской помощи и недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях. Реализация положений данной Стратегии приведет к ухудшению здоровья населения РФ.*

## 5.5. Возможность сочетанного развития ОМС и ДМС

В связи с тем, что многие эксперты предлагают увеличение объемов поступлений от населения и работодателей в ДМС и развитие сочетанных форм ОМС и ДМС, в данной главе приведен анализ возможности развития этого направления.

### ДМС в РФ

Сегодня в РФ доля средств ОМС составляет 8% от всех личных расходов населения, см. раздел 2.2.3. Большинство взносов в ДМС осуществляются крупными корпоративными компаниями<sup>1</sup>. Доля розничных взносов в ОМС (т.е. непосредственно от граждан) ничтожно мала — не более 7%. Это свидетельствует, что само население неохотно участвует в системе ДМС, предпочитая оплачивать медицинские услуги и лекарственные средства в момент возникновения заболевания непосредственно из своего кармана. Страхователями по ДМС выступают преимущественно крупные компании — естественные монополии, которые страхуют своих сотрудников по ДМС. Многие из этих компаний одновременно являются учредителями страховых компаний («Согаз», «ЖАСО», «Сургутнефтегаз», «Транснефть», «Энергогарант» и др.) и имеют собственные медицинские учреждения, где и оказывают медицинские услуги части застрахованного населения.

<sup>1</sup> Басова О. и др. Рынок ДМС и рейтинг ЛПУ: качество диктует стоимость. — Эксперт РА. — март, 2011. — 40 с.

Общее число граждан, застрахованных по ДМС, не превышает **10 млн чел.**<sup>1</sup> Средняя стоимость полиса составляет от 30 до 50 тыс. руб. в год на человека (Басова О. и др., 2011). Доля полисов, покрывающих расходы в стационаре, не превышает 10% от всех выданных полисов по ДМС. ДМС практически никогда не покрывает лечение онкологических больных, ВИЧ-инфекции и СПИДа, трансплантацию органов и тканей, лечение инсультов и инфарктов и ряда других тяжелых заболеваний.

Для развития ДМС государством приняты следующие стимулирующие меры. Для юридических лиц: отнесение взносов на ДМС на себестоимость производства продукции или услуг в размере, не превышающем 6% годового ФОТ всех сотрудников компании. Кроме того, взносы на ДМС не облагаются НДС (налог на добавленную стоимость) и НДФЛ (налог на доходы физических лиц). Для физических лиц также предусмотрены налоговые вычеты в размере 120 тыс. руб. в год при заключении договоров ДМС в свою пользу или в пользу близких родственников. Однако необходимо понимать, что налоговые льготы для страхователей по ДМС приводят к снижению налоговых поступлений в бюджет, а значит, к снижению возможности финансировать другие бюджетные расходы, в том числе на бесплатную медицинскую помощь по Программе государственных гарантий.

### **ДМС в развитых странах**

В развитых странах в структуре частных (личных) расходов доля ДМС составляет не более **24%**, остальное (**76%**) идет на платные медицинские услуги и расходы на лекарства, на последние приходится большая половина этих расходов. Платные услуги в основном оплачиваются в форме фиксированных соплатежей в момент получения гарантированной медицинской помощи. Доказано, что чем выше доля государственного финансирования здравоохранения, тем в большей степени население удовлетворено качеством медицинской помощи (см. раздел 3.2).

В развитых странах можно условно выделить **две формы ДМС** — **альтернативную** (население полностью страхуется только по ДМС) и **сочетанную (или дополнительную)**, предполагающую страхование затрат на дополнительные услуги, которые не покрываются государственными гарантиями. Альтернативная форма существует в США и Германии для отдельных категорий граждан. Например, в Германии это 12% граждан, имеющих доходы более 3500 евро в месяц. Сочетанная форма ДМС направлена или на страхование услуг, не вошедших в программу обязательных гарантий (Нидерланды, Германия, Канада), или на получение услуг, предусмотренных гарантиями, но вне очереди и в лучших условиях (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). Во Франции страхуются также соплатежи населения, т.е. при возникновении страхового случая страховка компенсирует расходы застра-

<sup>1</sup> «Медицинское страхование в России: найти точки роста». — Эксперт РА. — март, 2014. — Электронный доступ: <http://raexpert.ru/docbank/047/dc3/da7/98b27dc33144253bd5a271b.pdf>.

хованного по ОМС населения на соплатежи. Например, это может быть соплатеж за лекарственное средство.

Расширение объемов финансирования медицинской помощи через ДМС хоть и является более предпочтительной формой оплаты медицинских услуг по сравнению с личными платежами граждан (поскольку является солидарной формой, правда, для ограниченного числа граждан), но также **не способствует улучшению здоровья населения и может подорвать доступность общественной системы здравоохранения**. Например, в Великобритании и Новой Зеландии расширение параллельного сектора ДМС для определенных видов стационарных услуг (в частности, получение высокотехнологичной помощи вне общей очереди) не привело к ожидаемому снижению очередности в государственном секторе здравоохранения, а, наоборот, вызвало отток ресурсов из общественной системы здравоохранения. Этот феномен возникает из-за увеличения занятости в частном секторе врачей, работающих в государственных учреждениях, и отбора более «легких» пациентов в систему ДМС, вследствие чего в общественной системе остаются более «тяжелые», а значит, и более затратные случаи (*Mossialos E., Thomson S., 2004*).

### **Варианты увеличения финансирования медицинских услуг за счет солидарных источников**

Из изложенного следует, что в РФ необходимо увеличить объемы финансирования медицинской помощи из солидарных источников — государственных (в том числе ОМС) и, возможно, ДМС. Рассмотрим оба варианта.

**Увеличение государственных расходов на здравоохранение** является наиболее предпочтительным. Это позволит существенно расширить гарантированный населению пакет бесплатных медицинских услуг и стабилизировать государственную систему здравоохранения (ликвидировать дефицит медицинских кадров, остановить сокращение коек, более эффективно использовать ранее закупленное оборудование, которое простаивает из-за дефицита средств, расходных материалов и специалистов). Эта мера также позволит стабилизировать социальную обстановку в стране, поскольку потребителями бесплатных медицинских услуг является большинство населения РФ. В условиях, когда **более 50%** населения проживает на ежемесячные доходы менее **19 тыс. руб.** в месяц (Росстат, 2014), становится понятно, что свободными средствами для получения платной медицинской помощи или оплаты полиса ДМС население **не располагает**. Следует также учесть, что в РФ ситуация с реальными доходами большинства населения в ближайшие **5–7 лет** улучшаться не будет в связи с замедлением темпов развития экономики. Так, по прогнозам Минэкономразвития РФ, темпы роста ВВП в ближайшие 3–5 лет не превысят 0–2%.

Более того, сегодня **недостаточные государственные расходы** на бесплатную медицинскую помощь в РФ **сопровожаются крайне неравномерным распределением доходов** (национального богатства) между различными группами населения, что усиливает неравенство населения в возможности получения медицинских услуг (см. раздел 1.3.3).

**Дополнительными источниками доходов в бюджет и, соответственно, расходов на государственную систему здравоохранения могут стать:** прогрессивная шкала налогообложения, расширение базы, с которой взимаются страховые взносы и налоги (например, не только с заработной платы, но и премии, дивиденды и др.), установление фиксированной доли отчислений из региональных бюджетов в систему ОМС на уровне не ниже 15% консолидированного бюджета или 7% ВРП субъекта РФ и др.

### Увеличение взносов работодателей и населения в ДМС

**Альтернативная форма ДМС.** Возможность развития этой формы ДМС ограничена в первую очередь из-за низкой платежной способности большинства населения, а также среднего и малого бизнеса (как источников взносов на ДМС). Эта форма могла бы быть использована для 10% высокообеспеченных граждан, имеющих доходы более 150 тыс. руб. в месяц и выше. Однако она может быть принята при условии, что их минимальный взнос в систему ОМС (5,1% от ФОТ) останется в солидарной системе.

При создании альтернативной формы ДМС следует учесть риск, что лечение застрахованных по этой форме граждан может происходить по улучшенным стандартам, а остальных — по обычным с применением, например, только отечественных препаратов и изделий медицинского назначения. Соответственно, разными могут оказаться и качество лечения, и исходы заболеваний для жителей одной и той же страны. Поэтому стандарты лечения для всех групп населения должны быть едины, как в Германии и даже США.

**Сочетанная форма ДМС.** Развитие этой формы ДМС также ограничено низкими доходами населения, среднего и малого бизнеса. Так, для перевода в систему ДМС личных расходов населения на платные медицинские услуги и лекарственные средства (около 900 млрд руб.) потребуются собрать с населения и работодателей взносов как минимум на 40% больше (с учетом средств страхового запаса и прочих расходов страховых компаний), или 1300 млрд руб. в ценах 2013 г. В пересчете на 75,5 млн работающих граждан это около 17 тыс. руб. в год в форме годового взноса на ДМС, или 1/10 ежегодного дохода большинства из них. **В нынешней экономической ситуации в стране это может стать неподъемным грузом для большинства населения, среднего и малого бизнеса.**

Следующим ограничением внедрения сочетанной формы ДМС является отсутствие четкого разграничения гарантированных государством и платных медицинских услуг. Поэтому при введении этой формы ДМС потребуются следующее (см. также раздел 2.7.4).

1. **Детализировать перечень бесплатных (или платных — что проще) медицинских услуг.** Это необходимо для того, чтобы за бесплатные медицинские услуги с пациентов в бюджетных учреждениях не взималась плата.
2. **Детализировать перечень условий оказания бесплатных медицинских услуг и показателей их доступности.** Этот перечень должен быть более подроб-

ным, чем это представлено в статье 80 Федерального закона № 323–ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. **Разработать единый перечень предельных тарифов на платные медицинские услуги** (с поправочными коэффициентами по субъектам РФ), утвержденный Правительством РФ. Если эти тарифы для государственных и муниципальных МО не будут установлены, то расценки на платные услуги могут быть так высоки, что это приведет к росту взносов на ДМС и будет не под силу многим гражданам.
4. **Разработать перечень дорогостоящих расходных материалов** (по аналогии медицинских изделий с перечнем ЖНВЛП).
5. **Разработать перечень с предельными тарифами (расценками) на дорогостоящие медицинские изделия и лекарственные средства**, включенные в стандарты медицинской помощи, или разработать специальную формулу, по которой эти цены будут ограничены.

Дополнительно следует отметить, что **ни в одной стране средства ОМС и ДМС не пересекаются и аккумулируются в разных фондах**, даже, если как в Нидерландах, ОМС и ДМС занимается одна и та же компания. Связано это с тем, что ОМС — всегда солидарное и безрисковое страхование, связанное с оплатой гарантированной государством медицинской помощи, а ДМС — рисковое страхование, т.е. гражданин платит больше, если его риски заболеть выше. Более того, при внедрении сочетанных форм ДМС есть риски, что в СМО, которые предлагают наиболее выгодные программы ДМС, будут попадать наиболее обеспеченные клиенты и, соответственно, более здоровые. Таким образом, в ряде СМО будет происходить селекция лиц с наименьшими рисками развития заболевания. Для нивелирования этого риска необходима система выравнивания рисков между СМО даже по добровольному страхованию. Для нивелирования этих рисков необходимо вводить государственные регулирующие меры.

Одним из первых этапов внедрения сочетанной формы ДМС в РФ могло бы стать сочетанное с ОМС страхование расходов населения на лекарственные средства в амбулаторных условиях. Например, государство в случае заболевания гарантирует оплату лекарства, выписанного по рецепту врача, всем гражданам, но в рамках ограниченного списка ЛС и по референтной (предельной) цене. Если гражданин захочет (или ему потребуется) более дорогостоящее лекарство или лекарство, не вошедшее в установленный список, то по ДМС ему будет компенсировано приобретение этого лекарства. Для внедрения этой формы ДМС необходимо будет расширить программу бесплатного лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях на все население (сегодня эта программа в РФ распространяется только на отдельные категории граждан, имеющих социальные льготы). Для этого потребуется как минимум **150 млрд руб.** в дополнении к сегодняшним расходам в размере 150 млрд руб. в ценах 2013 г.

## ВЫВОДЫ

*В РФ в существующей экономической ситуации, а также в условиях недофинансирования государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза главным является поэтапное увеличение объемов государственных расходов. Это позволит увеличить объемы бесплатной медицинской помощи населению, повысить заработную плату медицинским работникам до нормативных значений, остановить сокращение коечного фонда, а также стабилизировать социальную обстановку в стране.*

*Развитие альтернативной и сочетанной форм ДМС в РФ ограничено низкими доходами большинства населения и работодателей. Для развития сочетанных форм ДМС сначала необходимо внедрить четкую регламентацию бесплатных медицинских услуг. Развитие сочетанной формы ДМС возможно было бы начать в части страхования содоплат населения, возникающих в момент выписки пациенту лекарственного средства (как во Франции). Но для этого сначала за счет государственных средств необходимо расширить лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях на все категории граждан и увеличить объемы его финансирования как минимум в 2 раза (с 150 до 300 млрд руб.). Следующим этапом развития ДМС могло бы стать страхование доплат за дорогостоящие медицинские изделия в стационарных условиях.*

*Сервисные услуги и внеочередные услуги по оказанию медицинской помощи целесообразнее оплачивать в форме фиксированных соплатежей населения непосредственно в самих МО. Однако реализовать это предложение можно только после восстановления экономической ситуации в стране.*

*При формировании всех форм ДМС в РФ (альтернативной и сочетанной) есть риски применения двойных стандартов лечения для разных групп населения и селекции страховыми медицинскими организациями пациентов с минимальными рисками.*