

Глава 13.

Политика охраны здоровья

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

- Существенные позитивные сдвиги в улучшении здоровья населения могут быть достигнуты при умеренном росте затрат за счет реализации комплексной стратегии, ориентированной на оптимальное сочетание медицинских и немедицинских факторов борьбы с заболеваниями. Наиболее значимые и недостаточно используемые резервы связаны с сокращением заболеваемости и смертности активной части населения, лиц в трудоспособном возрасте. Продолжая наращивать усилия по лечению тяжелых заболеваний, которыми чаще всего страдают лица пожилого возраста, необходимо вместе с тем кардинально усилить меры медицинской профилактики, поддержку здорового образа жизни и мероприятия экологического характера. Ключевым индикатором развития здравоохранения в широком смысле слова должен стать показатель продолжительности жизни, скорректированный с учетом нарушений здоровья.
- В медицинской отрасли предстоит осуществить структурные сдвиги, нацеленные на оптимизацию соотношения стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи на основе усиления координации и преемственности между ними, более целенаправленной и качественной подготовки медицинского персонала для амбулаторного звена и улучшения технической оснащенности медицинских учреждений.

- На развитие системы здравоохранения будут все активнее влиять новые технологии, прежде всего информационные. Это позволит, в частности, кардинально улучшить ситуацию со сроками и точностью диагностики заболеваний. Введение единой электронной медицинской карты сделает более эффективным взаимодействие врачей и учреждений здравоохранения и повысит их ответственность.
- Экономические механизмы будут последовательно ориентировать медицинские учреждения и страховые компании на защиту интересов пациентов при рациональном использовании ресурсов отрасли. Необходимо заинтересовать страховые компании в выявлении не только случаев избыточного расходования средств, но, прежде всего, недостаточно качественного лечения. Целесообразно постепенно вводить соплатежи при лечении пациентов, в отношении которых достоверно установлены факты уклонения от профилактических мероприятий.
- Фактически сложившийся и растущий с повышением доходов населения рынок платных медицинских услуг способен при условии его адекватного регулирования не только служить источником финансирования здравоохранения сверх государственных гарантий, но и играть ключевую роль в стимулировании технических и организационных инноваций, распространяемых затем на систему оказания бесплатных услуг.
- Разработанным сценариям соответствует увеличение государственных расходов на здравоохранение на 1–3% ВВП в год. В частности, переход на эффективный контракт с медицинскими работниками потребует роста расходов на оплату труда в 1,3–1,75 раз.

1. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ. ОСНОВНЫЕ ВЫЗОВЫ

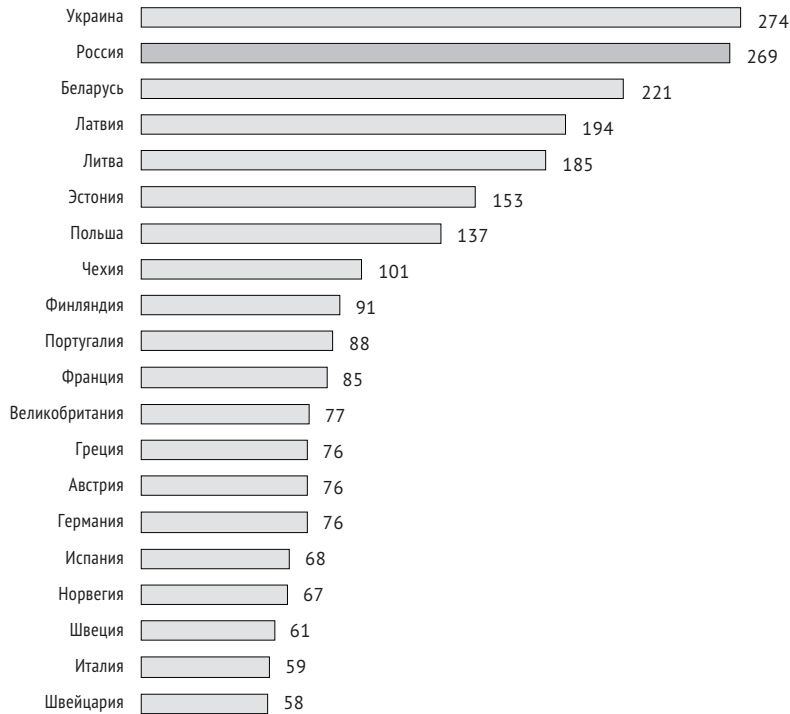
Несмотря на заметное сокращение смертности в последние годы — с 16,1 на 1000 чел. населения в 2005 г. до 13,5 в 2011 г., — этот уровень все еще очень высок по сравнению с европейскими странами (9,7 в странах ЕС в 2009 г).

Особенно высока в нашей стране смертность населения в трудоспособном возрасте. Вероятность умереть в возрасте 15–60 лет в России почти в два раза выше, чем в среднем по Европе: 269 против 146 на 1000 чел. населения (2009 г). По оценке экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, экономические потери только от смертности вследствие кардиологических заболеваний, инсульта и диабета достигли в России 1% ВВП в 2005 г. В других странах БРИК они составили менее 0,35% ВВП, а в таких развитых странах, как Великобритания и Канада, — менее 0,1% ВВП.

Высокие показатели смертности и заболеваемости населения — главный вызов российской системе охраны здоровья. Показатели заболеваемости населения нашей страны росли вплоть до 2009 г., и лишь в 2010 г. незначительно уменьшились. При этом темп прироста общей заболеваемости за 2005–2009 гг. составил 9,8% и превысил темп прироста первичной заболеваемости (число впервые выявленных случаев заболеваний), который составил 7,6%.

По уровню финансирования здравоохранения Россия намного отстает от западноевропейских стран. Доля общих расходов на здравоохранение в ВВП у нас почти в 1,8 раза меньше, чем в странах ЕС (5,4% против 9,8% в 2009 г.), а доля госрасходов на здравоохранение в ВВП — меньше в 2,1 раза (3,5% по сравнению с 7,3% в 2009 г.). В абсолютном выражении в расчете на человека российское государство тратит на здравоохранение в 3,5 раза меньше, чем в среднем страны ЕС (669 долларов и 2371 соответственно по паритету покупательной способности, 2009 г.).

В широко понимаемом комплексе охраны здоровья населения пока абсолютно преобладает лечебная деятельность медицинских учреждений. Между тем среди факторов, определяющих здоровье человека, первое место, по оценкам Всемирной

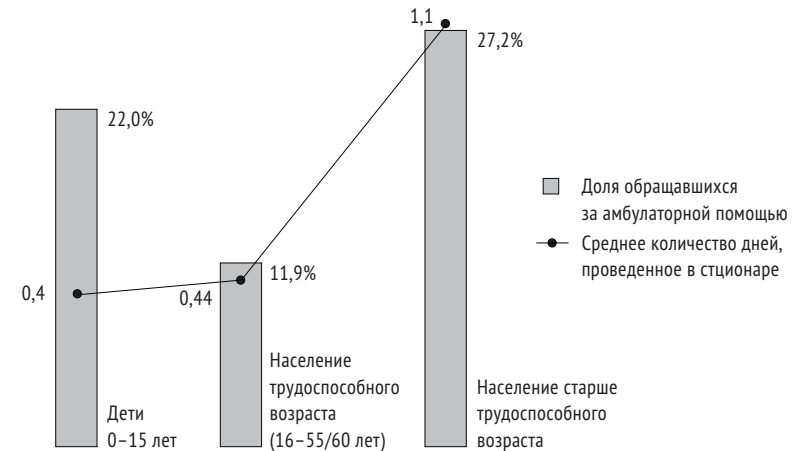


Источник: World Health Statistics, 2011. WHO.

Рис. 1. Вероятность умереть в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 чел., 2009 г.

Организации Здравоохранения, принадлежит здоровому образу жизни. В последние годы политика формирования здорового образа жизни в нашей стране заметно активизировалась: приняты важные программные документы, созданы центры здоровья, несколько повышены ставки акцизов на алкоголь и табак и т. д.

Вместе с тем, внимание к мерам, содействующим распространению здорового образа жизни, не адекватно их роли в возможном снижении заболеваемости и смертности в сравнении с собственно медицинской помощью. Проводимые сегодня мероприятия слишком осторожны и недостаточны — и по содержанию, и по объему финансирования. Исследования показы-



Источник: Расчет по данным РЭМЗ, 2010.

Рис. 2. Потребление медицинской помощи по возрастным группам

вают, что 43% населения не замечают антирекламу табака, 53% никогда не видели антирекламы алкоголя; созданные Центры здоровья малочисленны в масштабе страны и мало посещаются (в среднем 22 посетителя в день, 1 центр приходится на 200 тыс. человек, 55% населения не знают об их существовании).

Усилия по сохранению здоровья населения особенно значимы для России, которая более всего отстает в смертности лиц в трудоспособном возрасте. Однако именно тем компонентам системы охраны здоровья, которые имеют наибольшее отношение к самой острой проблеме, пока уделяется недостаточное внимание. Российская система охраны здоровья, отдавая решительный приоритет лечению, а не широко понимаемой профилактике, фактически отдает приоритет интересам тех, кто не достиг трудоспособного возраста или из него вышел. Не ослабляя усилий по совершенствованию лечения заболевших, необходимо покончить с недооценкой значимости тех компонентов системы, которые должны непосредственно сохранить и развивать потенциал активной части общества.

На состояние здоровья населения непосредственно влияет и состояние дел в области охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности. По данным Минприро-

ды России, примерно на 15% территории РФ, где проживает 60% населения, качество окружающей среды неудовлетворительное. По экспертным оценкам, загрязненность атмосферного воздуха может являться непосредственной причиной до 8% общего количества смертей ежегодно. Развитие экономики порождает новые экологические вызовы — прежде всего это проблемы нарастания отходов производства и потребления, роста масштабов загрязнения от мобильных источников в городах.

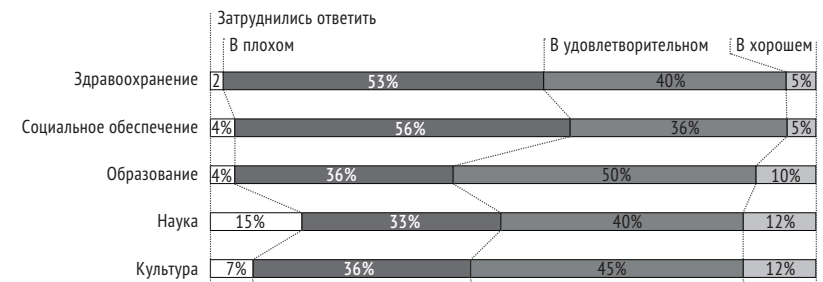
В последние годы государство немало сделало для улучшения работы системы здравоохранения. Размеры государственного финансирования здравоохранения выросли в 2006–2010 гг. в 2,6 раза в номинальном выражении (в реальном — в 1,5 раза). Благодаря реализации национального проекта «Здоровье» существенно обновлено медицинское оборудование в лечебно-профилактических учреждениях, значительно увеличены объемы бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи, диспансеризации, профилактической работы и т. д.

С принятием в конце 2010 г. закона «Об обязательном медицинском страховании» начата модернизация этой системы, направленная на повышение ее финансовой устойчивости, выравнивание уровня финансового обеспечения оказания медицинской помощи застрахованным во всех регионах страны, рост эффективности работы медицинских учреждений.

Новый закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый в ноябре 2011 г., создает предпосылки для конкретизации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, повышения ее доступности, расширения возможностей граждан выбирать медицинскую организацию и врача, улучшения управляемости системой здравоохранения.

Но, несмотря на очевидные позитивные сдвиги, предпринимаемых мер недостаточно для разрешения накопившихся проблем:

- преимущественная ориентация на лечение заболеваний, а не на их предотвращение, слабая координация мер по развитию медицинской отрасли с усилиями по улучшению немедицинских факторов укрепления здоровья (образ жизни, развитие физической культуры, решение экологических проблем и т. д.), недоиспользование потенциала этих факторов;
- недостаточная и резко дифференцированная фактическая доступность качественной медицинской помощи, слабая защи-



Источник: Всероссийский репрезентативный опрос населения, НИУ-ВШЭ и ВЦИОМ, 2009 г.

Рис. 3. Ответы населения на вопрос «По вашему мнению, в каком состоянии находятся сегодня в нашей стране перечисленные отрасли социальной сферы?», % опрошенных

щенность прав пациентов, риски непомерных вынужденных затрат на лечение при его формальной бесплатности;

- отсутствие лекарственных препаратов для амбулаторного лечения в составе государственных гарантий оказания медицинской помощи для большинства населения; между тем сегодня лекарственные препараты являются наиболее эффективным средством вторичной профилактики хронических заболеваний;
- отсутствие надлежащих условий и стимулов для максимально эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Показательно, что примерно половина населения (53%) считает, что здравоохранение как отрасль находится в плохом состоянии. При наличии обширных гарантий бесплатной медицинской помощи 29% людей, обращающихся за медицинской помощью, полностью или частично оплачивают свое лечение. Неуклонно растет число пациентов стационаров, платящих за лечение в руки медицинским работникам. При этом возможности для рационального привлечения личных средств населения ограничены, а развитие рынка платных медицинских услуг не сопровождается необходимым развитием его регулирования в интересах потребителей и обеспечения эффективной конкуренции. Проблема состоит в том, что и те, кто лечится бесплатно, и те, кто платит, сильно рискуют столкнуться с низкой квалификацией медицин-

ских работников, невниманием и отсутствием действенных механизмов защиты прав пациентов.

Имеющееся медицинское оборудование используется зачастую с низкой эффективностью. Одна из главных причин этого — недостаток адекватно подготовленных кадров. С этой же проблемой столкнулись и при организации работы новых федеральных центров, построенных на периферии. Между тем в распределении государственных средств, и, в частности, в национальном проекте «Здоровье», повышение квалификации медицинских работников и изменения в системе их подготовки, фактически являются низко приоритетными направлениями. На эти цели за 2006–2010 гг. направлено лишь 0,2% средств, выделенных на реализацию национального проекта.

Зарплата российского врача лишь на 15% превышает среднюю по экономике. В то же время в странах Центральной Европы она в 1,8–2 раза выше средней, а в ведущих индустриально развитых странах даже начинающие врачи принадлежат к верхнему среднему классу. За рубежом общепризнано, что только высокий социальный и экономический статус врача способен гарантировать комплектование врачебного корпуса людьми со способностями и ответственностью, необходимыми для полноценного выполнения профессиональных обязанностей. В нашей стране данное требование в целом не выполняется. В результате врачебный корпус весьма неоднороден с точки зрения квалификации и добросовестности, что в конечном счете оборачивается скрытым неравенством качества медицинской помощи для населения.

Системе оказания медицинской помощи присущи серьезные структурные диспропорции:

- чрезмерная нагрузка на стационарную помощь при относительно слабом развитии первичной, реабилитационной и медико-социальной помощи;
- доля расходов на стационарную помощь в общем объеме расходов на здравоохранение почти в 2 раза превышает долю амбулаторной помощи, в то время как в западноевропейских странах они примерно равны;
- недостаточная координация деятельности медицинских учреждений и врачей на разных этапах оказания медицинской помощи.

Более 30% госпитализаций могут быть перенесены на амбулаторный этап без ущерба для здоровья больного. При этом практически у всех субъектов общественной системы здравоохранения пока нет серьезной мотивации к повышению эффективности использования ресурсов.

Новые вызовы системе здравоохранения предъявляет идущее с высокой скоростью развитие медицинских и информационных технологий. Новые технологии открывают возможности радикального повышения результативности в выявлении индивидуальных факторов риска заболеваний, их ранней диагностики, сокращении объемов стационарной помощи благодаря развитию малоинвазивной, амбулаторной хирургии, телемедицины, дистанционного мониторинга состояния больного. Внедрение новых технологий будет стимулировать структурные сдвиги в системе оказания медицинской помощи, рост потребностей населения в новых медицинских услугах и одновременно рост ожиданий в отношении обеспечения государством их доступности.

Однако все это эффективно реализуемо при условиях:

- 1) адекватного «обустройства» процесса освоения инноваций, что включает определение источников финансирования, особенно на первом этапе, когда использование новых технологий обходится очень дорого;
- 2) рациональной организации очередности доступа к новейшим возможностям в период, когда они, по определению, дефицитны.

Существующая модель организации медицинской помощи к этому не приспособлена и должна быть достроена применительно к особенностям периода постоянных, интенсивных и дорогостоящих инноваций.

2. ВОЗМОЖНЫЕ СЦЕНАРИИ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Сценарий 1. Инерционный

Меры по развитию здравоохранения, реализуемые в нашей стране в последние годы, фактически ориентировались в первую очередь на сокращение разрыва с западноевропейскими странами

в объемах высокотехнологичной медицинской помощи, уровне технической оснащенности медицинских учреждений, качестве лекарственной помощи пациентам и т. д. Главным средством при этом выступает наращивание финансирования здравоохранения. На этом пути достигнуты ощутимые успехи. Однако в условиях значительно более медленного, чем в 2000–2008 годы, экономического роста к 2020 г. не удастся обеспечить увеличения государственного финансирования здравоохранения до уровня, сопоставимого с сегодняшним уровнем западноевропейских стран.

Поэтому сохранение в качестве приоритета улучшения технической оснащенности медицинских учреждений и увеличения финансирования их лечебной деятельности позволит лишь несколько уменьшить разрыв с европейскими странами в показателях смертности, но не преодолеть его, и относительно слабо повлияет на показатели заболеваемости населения. Некоторое улучшение показателей заболеваемости может быть обеспечено преимущественно за счет увеличения доли среднего класса, более ответственно относящегося к укреплению своего здоровья.

Гарантии оказания медицинской помощи населению, обеспечиваемые государственным финансированием, будут постепенно становиться более определенными. Однако следует констатировать, что задачу четкого разграничения медицинской помощи, предоставляемой бесплатно и на платной основе, невозможно решить за несколько ближайших лет из-за экономических и политических ограничений. В силу сложившейся фактической дифференциации в доступности медицинской помощи предельно четкое прояснение гарантий потребует либо резкого увеличения расходов для быстрого доведения условий оказания помощи на всей территории страны до максимального уровня, либо снижения уровня, фактически достигнутого в ряде наиболее благополучных городов. Проводимая Правительством Российской Федерации политика постепенной конкретизации государственных гарантий бесплатного лечения посредством разработки и утверждения стандартов и порядков оказания медицинской помощи при заболеваниях является вполне оправданной на ближайшие годы. Важно обеспечить экономическую реалистичность утверждаемых стандартов и этапность их внедрения для групп заболеваний при адекватном финансировании.

Запланированные преобразования в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) повысят доступность и ка-

чество медицинской помощи, но являются недостаточными для преодоления структурных диспропорций в системе охраны здоровья, улучшения координации работы ее звеньев, формирования сильной мотивации страховых медицинских организаций и медицинских учреждений к повышению качества лечебно-профилактической работы и более эффективному использованию ресурсов отрасли.

Рост доходов населения однозначно ведет, при прочих равных условиях, к росту потребления алкоголя и табака, а также высококалорийных продуктов. Эти тенденции отчетливо наблюдаются в последнее десятилетие. Проведение прежней политики установления акцизов на спиртные напитки и табачные изделия, уровень которых слишком низок даже с учетом принятого на 2012–2014 гг. их повышения, не сможет приостановить эти тенденции. Они будут продолжаться, если политика поддержки здорового образа жизни не изменится радикально. Потребление алкоголя, табака, низкая физическая активность людей, избыточный вес — это ключевые факторы риска здоровью, и без уменьшения этих рисков не удастся добиться значительного прироста ожидаемой продолжительности жизни даже при опережающем развитии современных медицинских технологий.

Сценарий 2. Развитие системы охраны здоровья в условиях минимально необходимого роста финансирования

Для адекватного ответа на вызовы времени необходимо уточнение целей, изменение приоритетов в политике в сфере охраны здоровья и проведение в ней глубоких структурных преобразований.

В качестве целевых показателей развития здравоохранения предлагается использовать не уровень смертности и ожидаемой продолжительности жизни, как это делается сейчас, а показатель «продолжительность жизни, скорректированная с учетом нарушений здоровья» (DALE — disability adjusted live expectancy), который применяется Всемирной Организацией Здравоохранения и полнее характеризует состояние здоровья населения. По этому показателю Россия отстает от стран Западной Европы на 13 лет (в России — 60,1 года, в странах-«старых» членах ЕС — 73,0 в 2007 г.). Переход к данному целевому показателю будет означать усиление целевой ориентации системы здравоохранения на продление активного периода жизни российских граждан.

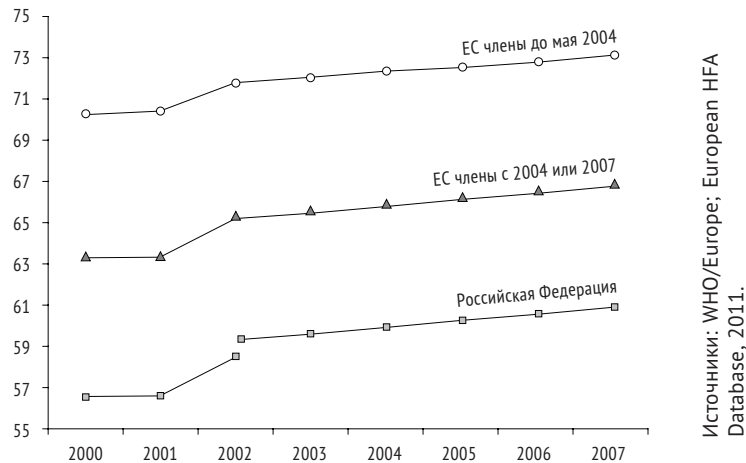


Рис. 4. Продолжительность жизни, скорректированная с учетом нарушений здоровья, лет

Улучшение состояния здоровья населения будет обеспечиваться формированием интегрированной, прозрачной и эффективной системы охраны здоровья:

- **Интегрированное здравоохранение** — это система, в которой обеспечивается комплексный межсекторальный подход к охране здоровья; координация деятельности организаций, оказывающих разные виды медицинской помощи; включение населения в качестве активного партнера организаций здравоохранения в предотвращение, выявление и лечение заболеваний.
- **Прозрачное здравоохранение** — это система, в которой действуют ясные и реалистичные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи; легальные, понятные и справедливые условия получения медицинской помощи за плату; доступные для всего профессионального сообщества и для пациентов информационные медицинские системы, используются различные механизмы представительства пациентов при решении вопросов охраны здоровья.

- **Эффективное здравоохранение** — это система, в которой ресурсы распределяются в соответствии со сравнительным вкладом ее звеньев в улучшение показателей здоровья населения и все ее субъекты заинтересованы в обеспечении наибольшего социального и медицинского эффекта на единицу затрат.

Главными приоритетными направлениями действий, реализация которых будет иметь ключевое значение для формирования такой системы здравоохранения, в предстоящее десятилетие будут выступать:

- 1) формирование здорового образа жизни и развитие профилактики заболеваний;
- 2) развитие человеческого потенциала в здравоохранении;
- 3) информатизация здравоохранения.

Данный сценарий исходит из того, что значительные улучшения в состоянии здоровья российского населения должны быть достигнуты, в первую очередь, не за счет наиболее дорогостоящих и технически сложных методов лечения уже заболевших людей, а за счет профилактики заболеваний и повышения эффективности и качества работы основной массы лечебно-профилактических учреждений. Эти сдвиги выходят за рамки ответственности отдельных ведомств и предполагают принципиальные изменения в ресурсной базе охраны здоровья и поведении всех его субъектов.

Соответствующие меры должны адресоваться всему населению страны с учетом особенностей конкретных групп. Необходимые сдвиги должны осуществляться, разумеется, не в ущерб дальнейшему развитию медицинской помощи. Она, в свою очередь, нуждается в существенном техническом перевооружении и привлечении талантливой, амбициозной молодежи, нацеленной на постоянный творческий рост и овладение инновациями.

Развитие информационных технологий будет оказывать возрастающее влияние на формирование новой системы здравоохранения (см. раздел «Преодоление информационной разобщенности»).

Общие для отдельных служб здравоохранения электронные медицинские карты помогут их взаимодействию и объединению усилий для достижения конечного результата. Появится возможность более активных контактов врачей различных специальностей

для объединения отдельных эпизодов лечения (общие планы ведения больных, врачебные назначения не только для эпизода госпитализации, но и для последующего ведения пациента, мониторинг его состояния и проч.), причем вне зависимости от месторасположения врачей и пациентов.

Электронные средства в растущей мере будут использоваться для поддержки назначений врача (например, для напоминаний о назначенных процедурах и приеме лекарств, предупреждений о возможных осложнениях, назначений исследований и получения их результатов, корректировки лекарственной терапии и выписки лекарств). Существенно расширится возможность наблюдения за состоянием больного — вплоть до отслеживания влияния качества питания и других факторов на течение заболевания. Существенно возрастет значение информационных технологий в административно-хозяйственном процессе — для повышения эффективности функционирования медицинской организации (учет и анализ результатов деятельности, поддержка управленческих решений и проч.).

В качестве механизмов, обеспечивающих движение к интегрированной, прозрачной эффективной системе здравоохранения, нужно рассматривать:

- кардинальное расширение комплекса мер регулирующего, экономического и информационного характера, используемых для поддержки и стимулирования здорового образа жизни;
- развитие медицинского образования;
- переход к эффективному контракту с медицинскими работниками;
- ясное разделение ответственности за финансирование здравоохранения между государством, населением и работодателями;
- реорганизацию оказания амбулаторно-поликлинической помощи;
- реструктуризацию стационарной помощи;
- развитие системы контроля и обеспечения качества медицинской помощи;
- развитие институтов медицинского страхования;
- развитие рынка медицинских услуг;
- повышение эффективности процесса внедрения новых медицинских технологий.

Для политики в области охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности в данном сценарии главным приоритетом должно стать создание современной системы нормирования. Необходима замена непрозрачной и коррупциогенной системы нормирования воздействия на окружающую среду, основанной на практически невыполнимых санитарно-гигиенических и рыбохозяйственных нормативах предельно допустимых концентраций вредных веществ, на новую систему нормирования, основанную на показателях наилучших доступных технологий для крупных загрязнителей.

Реализация данного сценария потребует увеличения государственного финансирования системы охраны здоровья на 1,0% ВВП.

Сценарий 3. Комплексное развитие системы охраны здоровья

Данный сценарий включает в себя основные меры предыдущего сценария и, вместе с тем, предусматривает реализацию значительно более широкого круга взаимоувязанных мер, направленных на снижение рисков заболеваний, повышение качества медицинской помощи, развитие экологически чистых технологий. Реализация данного сценария возможна, лишь если удастся приблизить долю расходов на здравоохранение в ВВП к той, которая характерна для стран-лидеров в области охраны здоровья. При этом сценарий включает меры, обеспечивающие высокоэффективное расходование дополнительных средств.

Третий сценарий, по сравнению со вторым, предусматривает:

- кардинальное усиление мотивации медицинских работников на повышение качества и эффективности их деятельности, что предполагает быстрый переход к полноценному эффективному контракту с ними, а также оптимизацию соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала;
- ускоренное освоение новых медицинских технологий и соответствующее переоснащение сети медицинских учреждений;
- существенное увеличение объемов строительства спортивных объектов и субсидирование их деятельности ради расширения доступности занятий массовым спортом для лиц с невысокими доходами;
- увеличение числа плоскостных спортивных сооружений;

- действенные меры экономической поддержки здорового образа жизни;
- содействие развитию экологических технологий (эко-инноваций), в т. ч. посредством координации разработки и внедрения экологически эффективных технологий на базе единой технологической платформы «Технологии экологического развития».

Реализация данного сценария потребует увеличения государственного финансирования системы охраны здоровья на 2,9% ВВП.

3. МЕРЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ИНТЕГРИРОВАННОЙ, ПРОЗРАЧНОЙ, ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Формирование здорового образа жизни

Существенные резервы укрепления здоровья связаны с повышением двигательной активности граждан и снижением потребления продуктов, порождающих высокие риски заболеваний. Для решения этой задачи предлагается кардинально расширить комплекс используемых мер регулирующего, экономического и информационного характера.

Меры регулирующего характера:

- поэтапное введение запрета на курение в общественных местах; в т. ч. в 2012 г.— полного запрета на курение в образовательных, медицинских учреждениях, учреждениях культуры, органах государственного и муниципального управления, социального обеспечения, на транспорте; в 2013–2014 гг.— запрета на курение на рабочих местах, в барах и ресторанах. Сегодня регулярному воздействию пассивного курения подвергается более трети российских работников, при этом 72% взрослого населения поддерживают идею запрета курения на рабочих местах, 91% — в больницах, 78% — в вузах, 81% — в спортсооружениях, 62% — в кафе и ресторанах. При введении запретов на курение в ресторанах и барах 76% посетителей не собираются посещать их реже, а 10%, наоборот, предполагают посещать чаще;

- введение полного запрета на рекламу табачной продукции, на продвижение и спонсорство табака в соответствии со статьей 13 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, введение периодически обновляемых графических предупреждений на пачках сигарет (с 2012 г.);
- ограничение территориальной доступности алкогольной продукции за счет сокращения числа мест продажи до соотношения 1 на 5000 человек к 2020 году (сейчас: 1 на 500). Потери бюджета из-за снижения объема продаж — 2 млрд руб. ежегодно (исходя из объема продаж 2010 года и его 10%-ного сокращения ежегодно) — могут быть компенсированы ростом акцизов. Предлагается поэтапное сокращение числа лицензий на торговлю спиртными напитками, в течение 2012–2014 гг.— на 20% ежегодно. 72% взрослого населения высказывается в поддержку такой меры;
- кратное повышение штрафов (со 100–300 до 1000 руб.) за несоблюдение правил потребления спиртных напитков, включая пиво и другие слабоалкогольные напитки (распитие в общественных местах), с 2012 г.;
- гармонизация технических регламентов на продукты питания с нормами Евросоюза (активизация, начиная с 2012 г.);
- нормативно-правовое регулирование обеспеченности территорий плоскостными спортивными сооружениями, их содержания и эксплуатации (в 2013–2014 гг.);
- нормативно-правовое регулирование доступа населения к объектам спортивной инфраструктуры общеобразовательных учреждений, спортивных школ, ведомственных объектов спортивной инфраструктуры (в 2013–2014 гг.).

Меры экономического характера:

- снижение ценовой доступности табачной продукции и алкогольных напитков за счет поэтапного повышения доли акцизов в цене (в 2012 г.— повышение акциза на табачную продукцию до 15 рублей за пачку, повышение акциза на водку на 15%; в 2013–2014 гг.— до 25–50 руб. за пачку и на 25% в год соответственно). Ценовые меры будут эффективными: при удвоении цены табака 33% российских курильщиков намереваются бросить курить, еще 22% полагают, что сократят потребление. Особенно действенна эта мера в отношении

молодых курильщиков, у которых еще не сформировалась привычка, а также тех, кто еще не начал курить; цена табака должна сделать его недоступным для подростков;

- ориентиром для роста налога на табак, согласно принятой ранее Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 гг, должен быть средний уровень налога в странах европейского региона ВОЗ. Как показывают опросы взрослого населения, 52% российских граждан поддерживают повышение цен на водку, и более 70% — на табак. Повышения цен на алкоголь и табак должны стать постоянным элементом проводимой политики, разовая акция не изменит поведения потребителей.

Негативным последствием может стать рост рынка нелегального алкоголя и табака, поэтому параллельно потребуются серьезные меры контроля оборота незаконной продукции (которые уже относительно успешно реализует Росалкогольрегулирование). Опасения, что население переключится на самогон, необоснованны: сегодня его употребляют всего 4% россиян — в самых старших возрастных группах с низким уровнем образования в малых городах и селах; при удвоении цен на водку рассматривают вариант перехода на самогон не более 2–3%.

Потери бюджета от сокращения налоговой базы (объема продаж) будут компенсироваться за счет существенного роста налоговых ставок, так как спрос на алкоголь и табак слабо эластичен по цене. В итоге доходы бюджета, по экспертным оценкам, могут увеличиться, в зависимости от роста акцизных ставок, на 150–450 млрд руб. в год, даже в предположении ежегодного 8–10%-ного падения рынка.

Меры информационного характера:

- включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах (с 2013 г.), предполагающих знакомство с основами гигиены, здорового питания, профилактики курения, потребления алкоголя и наркотиков. Разработка программ обучения, их апробация, обучение тренеров, переподготовка школьных учителей может обойтись в 1,5 млрд руб. в первые годы реализации программы, с последующим существенным снижением расходов (оценка ба-

зируется на существующей численности учителей младших классов и средней по стране стоимости программы повышения квалификации);

- расширение социальной рекламы здорового образа жизни в прессе, на телевидении, в сети Интернет. Сегодня ее эффективность недостаточна: такую рекламу не замечают 47% взрослого населения. Необходимые расходы на телевизионную рекламу как наиболее результативную (включая производство ТВ-роликов, их тестирование и ежедневный прокат) — от 1 до 5 млрд руб. в год (расчет исходит из средней цены производства одного ТВ-ролика и его проката в прайм-тайм на общероссийских программах минимум трижды в день);
- обучение учителей и родителей распознаванию основных признаков наркопотребления среди подростков и молодежи на ранних стадиях: анонимные службы помощи — консультации психологов, врачей, молодежные пункты; клубы, телефонные линии, интернет-сайты;
- запрет с 2013 г. рекламы медикаментов на телевидении, а с 2014 г. — в печатных СМИ (мера нацелена на сокращение масштабов самолечения, неадекватного и избыточного потребления медикаментов).

В рамках реализации третьего сценария дополнительно предлагаются следующие меры экономического характера:

- повышение косвенных налогов на отдельные продукты питания, наносящие наибольший вред здоровью, в т. ч. фаст-фуд, сладкие газированные напитки. Сегодня уже четверть российского населения регулярно питается в предприятиях фаст-фуда, а в молодых группах таких более 30%. Определение списка продуктов (отдельных товаров или товарных групп), по которым повышение цен оправданно и технически возможно, потребует проведения специальной экспертной работы. Увеличение ставки НДС, по аналогии с европейскими странами, может составить 4–5%. При сокращении масштабов потребления сладких напитков и кондитерских изделий это принесет бюджету не менее 30 млрд руб. в год (при сокращении потребления от 5 до 10% в год);
- снижение (или отмена) НДС на отдельные виды продуктов, способствующих сокращению риска заболеваний. Ежедневно

потребляют свежие овощи всего 49% россиян, свежие фрукты — 38%. При этом душевые объемы потребления в обеспеченных доходных группах вдвое-втрое превышают потребление в самых бедных семьях. Определение списка продуктов (отдельных товаров или товарных групп), по которым снижение НДС оправданно и технически возможно, потребует проведения специальной экспертной работы. Расходы государства будут зависеть от выбранного перечня товаров и размера налоговой льготы. Например, уменьшение НДС на фрукты вплоть до полной отмены сократит доходы бюджета на суммы от 25 до 75 млрд руб. (исходя из объема продаж 2010 года и постепенного роста на 10% в год);

- налоговое стимулирование работодателей, предоставляющих работникам возможность горячего питания по месту работы и дотации на питание: введение льготы в виде снижения ставки страховых взносов. Сегодня крайне низка доля работников, имеющих возможности горячего питания на рабочем месте, — по разным опросам, от 16 до 20%. При наличии подобной льготы более 50% работодателей выражают готовность организовывать питание для своих работников;
- налоговое стимулирование населения к ведению здорового образа жизни: установление с 2012 г. налоговых вычетов по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом до 30 тыс. руб. в год, по аналогии с расходами на образовательные и медицинские услуги. 70% населения практически не занимаются физкультурой и спортом, при этом каждый десятый указывает на недостаток денежных средств в качестве препятствия к занятиям. Самое популярное место для упражнений — у себя дома; лишь 6% тратят на занятия физкультурой и спортом сколь-либо значимые суммы (свыше 1000 рублей в месяц);
- увеличение объемов строительства объектов для занятий массовым спортом, субсидирование их деятельности для увеличения ценовой доступности их услуг для населения; увеличение числа плоскостных спортивных сооружений. В среднем 50% населения выражают готовность активнее заниматься физкультурой, если вблизи дома появятся бесплатные спортивные объекты. Особенно важно, что среди молодежи эта доля существенно выше — 70–80%.

Затраты на эти мероприятия в размере 890 млрд руб. позволят достичь уровня выполнения норматива обеспеченности населения:

- бассейнами — 27,5% (по сравнению с 5,7% в 2010 г.);
- спортивными залами — 44,5% (31,4% в 2010 г.);
- плоскостными спортивными сооружениями — 36,4% (20% в 2010 г.).

Доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, увеличится с 17,3% в 2010 г. до 30% в 2020 г.

В рамках третьего сценария предлагается также разработать и реализовать федеральную целевую программу борьбы с наркоманией, включающую комплекс мер, сфокусированных не только на предложении наркотических средств (недопущение ввоза, производства и торговли наркотиками), но и на стороне спроса (первичная и вторичная профилактика и лечение наркомании). В числе мер по профилактике и лечению должны быть предусмотрены:

- проведение в рамках постоянного мониторинга масштабов наркопотребления регулярных социологических опросов, позволяющих выявить реальные масштабы, динамику и факторы наркопотребления, а также группы риска, для которых употребление наркотиков может стать наиболее вероятным;
- административную координацию на региональном и муниципальном уровнях деятельности по профилактике наркомании образовательных учреждений, полиции, молодежных центров и клубов, спортивных и религиозных организаций, медицинских учреждений;
- создание в каждом субъекте Федерации не менее одной загородной реабилитационной клиники для лечения наркозависимости;
- поддержка инициативных программ некоммерческих организаций по профилактике наркомании.

Развитие человеческого потенциала в здравоохранении

Для обеспечения непрерывного роста квалификации и качества работы медицинского персонала предлагается сделать акцент в государственной политике на развитие человеческого потенциала и движение к эффективному контракту.

Таблица 1. Показатели развития здравоохранения по сценариям 2–3

	Факт 2010	Сценарий 2 2020	Сценарий 3 2020
Доля гос. расходов на здравоохранение, в % ВВП	3,7 (2011)	4,6	6,6
Доля частных расходов на здравоохранение, в % ВВП	2,1	2,5	2,1
Численность врачей, тыс. чел.	714	817	714
Обеспеченность населения врачами, число врачей на 10 тыс. жителей	50,1	57,6	50,1
Численность среднего медицинского персонала	1 518	1 879	1 920
Число врачебных посещений на одного жителя	9,31	10,5	9,00
Число пациенто-дней в дневных стационарах на одного жителя	0,52	0,59	0,70
Число вызовов скорой медицинской помощи на одного жителя	0,34	0,31	0,25
Объем стационарной помощи, число койко-дней на одного жителя	2,73	2,50	2,20
Число госпитализаций на 100 жителей	21,6	21,0	20,0
Средняя длительность госпитализации	12,6	12,0	10,5
Число больниц	5 084	5 000	4 800
Численность коечного фонда больниц, тыс. коек	1 278	1 100	1 000
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. посещений в смену	3 243	3 400	3 000
Доля расходов на стационарную помощь в общих расходах на реализацию Программы гос. гарантий, %	58,1	55,0	50,0

Таблица 2. Потребность в дополнительном финансировании в 2012–2020 гг. при развитии по сценариям 2–3

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Сценарий 2	Млрд руб.	218,75	367,05	432,8	417,6	417,6	417,6	417,6	417,6	417,6
	% ВВП	0,49	0,82	0,97	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94
Сценарий 3	Млрд руб.	622,7	1 107,7	1 294,2	1 294,7	1 268,7	1 268,7	1 268,7	1 268,7	1 268,7
	% ВВП	1,41	2,50	2,92	2,92	2,86	2,86	2,86	2,86	2,86

Развитие медицинского образования

Необходимы следующие меры по развитию медицинского образования:

- Увеличение доли и существенное повышение качества практической подготовки во время обучения в вузе, коррекция образовательных программ в соответствии с требованиями модернизации практического здравоохранения (в частности, обеспечение более целенаправленной подготовки врачей для работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях (сейчас приоритет отдается ориентации на обучение лечению в стационарных условиях)).
- Изменение системы целевой подготовки специалистов по заявкам органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации: определение количества мест целевого приема в вуз в зависимости от конкретной кадровой потребности на местах, осуществление адресной подготовки специалистов. Введение мер социальной поддержки молодых специалистов органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации с целью закрепления молодых специалистов на подготовленных рабочих местах и обеспечение их социального статуса и благополучия.
- Значительное расширение компонента «Повышение квалификации кадров» в составе национального проекта «Здоровье», включающего программы поэтапного расширения квалификации участковых терапевтов и педиатров, врачей центров здоровья в соответствии с расширением их функционала.
- Формирование новой модели постдипломного образования, в которой деньги, права и ответственность будут переданы самим медицинским учреждениям и медицинским работникам:
- организация проведения постдипломного образования не один раз в 5 лет в рамках одной образовательной программы, а в форме непрерывного образования с использованием системы зачетных кредитов и права выбора курсов, в том числе с использованием дистанционных методов обучения;
- изменение порядка финансирования постдипломного образования: передача соответствующих средств медицинским

учреждениям для целевого использования, а также их частичное включение в тарифы по ОМС, разрешение медицинским учреждениям самим оплачивать из этих средств заказываемые услуги по постдипломному образованию в выбираемых ими организациях, осуществляющих образовательную деятельность;

- разрешение медицинским учреждениям реализовывать программы последипломного образования.
- Введение клинической практики для специалистов амбулаторно-поликлинического звена: организация их периодических стажировок в соответствующих отделениях больниц; на первом этапе (2012–2013 гг.) в рекомендательном порядке — раз в три года, а в последующем — в обязательном порядке раз в два года.
- Введение механизма аттестации медицинских работников на выполнение установленного набора обязательных функций и дающей право на занятие конкретными видами деятельности непосредственно после окончания учебного заведения, а также при получении специалистом новых знаний, навыков, умений, в том числе после прохождения профессиональной переподготовки. Установить обязательные сроки аттестации специалиста не реже, чем один раз в 5 лет. Аттестацию специалиста проводить при непосредственном участии организаций профессионального сообщества, работодателей. В перспективе эта функция должна быть передана организациям профессионального сообщества.
- Создание системы подготовки немедицинских специалистов здравоохранения: работников органов исполнительной власти, курирующих социальную сферу, менеджеров учреждений, специалистов по информационному обеспечению в здравоохранении, работников СМИ. Обеспечить компетентный подход к обучению указанных специалистов на условиях взаимодействия с образовательными учреждениями соответствующего профиля. Этот круг специалистов может стать проводником идей формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Реализация данной задачи возможна через «школы общественного здравоохранения», опыт организации которых имеется во многих странах и начинает формироваться в России на базе

нескольких медицинских вузов. Для масштабной реализации предлагаемого подхода требуется разрешение медицинским вузам на проведение последипломной подготовки специалистов, не имеющих медицинского образования, но причастных к вопросам охраны здоровья.

Переход к эффективному контракту

Необходимо разработать долгосрочную программу повышения социального статуса врача и воссоздания этических стандартов врачебной деятельности.

Для перехода к обеспечению эффективного контракта предлагается во втором сценарии увеличить затраты на оплату труда медицинских работников в 1,3 раза с распределением этих средств в соответствии с результирующими показателями работы.

В третьем сценарии предлагается увеличить затраты на оплату труда медицинских работников в 1,75 раза в увязке с введением механизма их аттестации.

Расширение функций средних медицинских работников

Предлагается обеспечить развитие сестринских медицинских услуг в области ухода за больными, реабилитации и профилактики. Средним медицинским работникам целесообразно передать часть функций по выписке лекарств хроническим больным, оформлению медицинских документов, отбору пациентов на прием к врачу, проведение предварительного осмотра пациентов и назначение необходимых исследований. Это позволит в течение ближайшего времени разгрузить врачей и сократить очереди в поликлиниках не менее чем на треть. Необходимо повышение степени дифференциации состава среднего медицинского персонала, выделение в нем нескольких групп в зависимости от состава и сложности выполняемых функций.

Информатизация здравоохранения

Создание единой государственной информационной системы в здравоохранении, включая системы электронной записи на прием к врачу, электронной медицинской карты, единое хранилище медицинских данных и др. уже включены в число за-

дач, решаемых Минздравсоцразвития России и субъектами РФ в рамках территориальных программ модернизации здравоохранения в 2011–2012 гг. На это выделено 24 млрд руб.

Вместе с тем для эффективного использования этих средств необходима корректировка принятого подхода к проведению информатизации. Разработка типовых программных комплексов на федеральном уровне и создание региональных информационных систем без установления методологии их разработки, единых требований к организации информационного взаимодействия, унификации применяемых измерительных методов и т. п. обрекает создаваемую в масштабах страны информационную систему на фрагментарность.

Предлагается в 2012–2013 гг. сконцентрировать усилия на разработке унифицированных медико-технологических и организационных процессов, которые должны стать объектом информатизации. В частности, необходимо:

- определить общие единицы измерения объемов медицинской помощи,
- определить «маршруты» движения пациентов для моделирования организации информационных потоков при осуществлении наиболее значимых видов работ;
- определить права дифференцированного доступа отдельных категорий медицинских работников к информации о пациенте, хранимой в информационных системах;
- разработать статус электронного документа;
- определить порядок обеспечения врачебной ответственности при дистанционном принятии клинических решений и т. д.

На этой основе в 2014–2016 гг. предстоит разработать и внедрить комплекс электронных информационных систем, в т. ч., помимо указанных выше, систем поддержки принятия клинических решений, управления лекарственным обеспечением и др.

Разделение ответственности за финансирование здравоохранения между государством, населением и работодателями

Политика конкретизации государственных гарантий бесплатного лечения посредством разработки и утверждения экономических реалистичных стандартов и порядков оказания медицинской

помощи при заболеваниях должна постепенно дополняться внедрением в тех случаях, когда это экономически и социально оправдано, принципа легального софинансирования оказания медицинской помощи государством, работодателями, благотворителями и платежеспособными гражданами.

В качестве первого шага по развитию данного подхода предлагается принять нормативные правовые акты, обеспечивающие возможность софинансирования благотворительными организациями высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований в случаях, когда фактические расходы превышают нормативы затрат на оказание такой помощи (в том числе вследствие использования медицинских технологий, лекарственных средств, имплантантов, не включенных в стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи).

В дальнейшем предлагается ввести экономическую ответственность пациентов за своевременное прохождение диспансеризации и выполнение врачебных предписаний. Отказ от прохождения диспансеризации и нарушение обязательств посещать врача с установленной периодичностью для контроля течения хронических заболеваний должны влечь за собой предоставление медицинской помощи таким пациентам только на условиях ее софинансирования.

Наряду с обеспечением доступности для всех слоев населения бесплатной медицинской помощи, качество которой будет определяться утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи при заболеваниях, необходимо расширить институциональные возможности для развивающегося среднего класса инвестировать собственные средства в укрепление здоровья: в проведение дополнительных диагностических исследований с профилактической целью, в получение медицинских услуг более высокого качества по сравнению с гарантируемыми государством на бесплатной основе. Интересам среднего класса будет отвечать введение механизма сооплаты услуг частных медицинских организаций из средств ОМС и пациентов. Такой механизм включает предоставление гражданину права обращаться в частную медицинскую организацию для получения медицинской помощи, включенной в программу ОМС; оплате оказанной ему там медицинской помощи из средств ОМС по тарифам, действующим в системе ОМС; доплату пациентом разницы между тарифом частной организации и тарифом ОМС.

В перспективе предлагается наряду с повышением государственных гарантий ввести со-платежи пациентов за часть видов медицинской помощи, не являющихся общераспространенными. Это целесообразно будет применить, прежде всего, к части инновационных методов лечения и профилактики, которые получают развитие в будущем на основе принципиально новых медицинских технологий (индивидуализация производства фармакологических препаратов, дистанционный компьютерный мониторинг лечебного процесса, выращивание искусственных органов и др.). Уже сейчас 54% взрослого населения согласились бы с тем, что за лечение по новым технологиям всем, кроме бедных, придется доплачивать.

Темпы инновационного процесса в медицине ускоряются, причем освоение инноваций на первом этапе является, как правило, весьма дорогостоящим. Одновременное предоставление доступа к каждой инновации всему населению невозможно не только экономически, но и технически. Создание преимуществ в доступе на основе дискреционных решений в высокой степени коррупциогенно. Задержка же в освоении инновации до момента ее кардинального удешевления означала бы отказ от потенциально возможного расширения доступности современной медицинской помощи.

В подобных обстоятельствах использование рыночных регуляторов в сочетании с государственным финансированием и при специальной поддержке наименее платежеспособных групп населения — наиболее эффективный и справедливый путь к быстрому массовому освоению инновационных практик. По мере распространения и удешевления новых технологий они будут включаться в стандарты оказания бесплатной помощи.

Реорганизация оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Цель государственной политики развития амбулаторно-поликлинической помощи: кардинальное увеличение масштабов профилактической работы, повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи, роста качества специализированной амбулаторной помощи.

В число мер, предлагаемых для достижения этой цели, входят:

- расширение функций центров здоровья: дополнение выявления факторов риска полноценной профилактической работой,

в том числе с больными, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями. Для обеспечения преемственности в работе по выявлению заболеваний и их лечению целесообразно объединение центров здоровья с отделениями профилактики территориальных поликлиник;

- расширение функции участковой службы путем организации и стимулирования усиления профилактической составляющей в деятельности участковых терапевтов и педиатров и освоения ими дополнительных лечебных функций по смежным специальностям. Для этого начиная с 2012 г. необходимо ввести в номенклатуру специальностей несколько категорий участковых врачей и ввести систему их аттестации за каждый этап освоения ими новых функций. Более радикальный вариант — непосредственное массовое внедрение модели врача общей практики, которое может быть полностью завершено к 2020 г.;
- реализация программ управления хроническими заболеваниями, предусматривающих комплекс организационных мер по выявлению, постоянному наблюдению, обучению таких больных и т. д. В качестве первого шага целесообразно разработать на федеральном уровне такие программы для астмы, диабета, инсульта.

Для повышения эффективности амбулаторного лечения важное значение имеет расширение экономической доступности лекарственных препаратов для населения. Для решения этой задачи предлагается создание системы льготного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении для отдельных целевых групп граждан (сверх действующих федеральных программ лекарственного обеспечения).

Во втором сценарии предлагается создать такую систему для детей и пенсионеров. Государство будет компенсировать 25% расходов на лекарства, включенные в перечень возмещаемых. В третьем сценарии она распространяется на все население.

Необходимым условием экономической реалистичности введения такой программы является использование в ней комплекса мер по обеспечению рационального назначения врачами лекарственных средств.

Реструктуризация стационарной помощи

В секторе стационарной помощи целесообразно сконцентрировать усилия на рационализации использования совокупного ресурсного потенциала государственных, муниципальных и ведомственных стационарных медицинских учреждений. Для этого потребуются реструктуризация коечного фонда:

- дифференциация коечного фонда по степени интенсивности лечения (для лечения острых заболеваний и для реабилитации и долечивания);
- перераспределение и концентрация специализированного коечного фонда;
- сокращение избыточных коек по ряду профилей;
- формирование широкой сети межрайонных центров специализированной помощи и т. д.

Такая реструктуризация должна проводиться в рамках новых региональных программ модернизации здравоохранения, рассчитанных на 2013–2020 гг. Необходимо обеспечить реальную конкурентность процедуры поддержки данных программ из средств федерального бюджета.

Развитие системы контроля и обеспечения качества медицинской помощи

Предлагается реализовать комплекс мер, обеспечивающих повышение результативности деятельности различных субъектов контроля качества медицинской помощи. На федеральном уровне необходимо утвердить показатели качества медицинской помощи для оценки деятельности органов управления здравоохранением всех уровней. Для усиления роли вневедомственного контроля качества медицинской помощи необходимо внедрить программы последипломной подготовки экспертов по качеству медицинской помощи, организовать лицензирование таких экспертов, расширить объем тематических экспертиз (лечения определенных заболеваний) в медицинских организациях и др. Предлагается также сделать патологоанатомическую службу субъектом независимой экспертизы качества медицинской помощи. Для этого нужно вывести ее из состава учреждений здравоохранения и включить в систему Росздравнадзора.

В крупных многопрофильных больницах и поликлиниках целесообразно развивать программы обеспечения качества медицинской помощи по отдельным заболеваниям. Эти программы будут предусматривать конкретные медико-организационные мероприятия по совершенствованию действующей клинической практики. В 2012 г. начать работу по введению программ обеспечения качества в крупных больницах, в 2013–2014 гг. — в крупных поликлиниках. Задания учреждениям здравоохранения и объемы предоставления ими медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС должны устанавливаться с учетом показателей качества оказываемой ими медицинской помощи.

Информация о результатах клинической деятельности медицинских учреждений должна быть доступной для граждан. Для этого регулярно (раз в год или в полгода) в доступных источниках информации необходимо размещать показатели работы медицинских коллективов.

Развитие институтов медицинского страхования

В качестве направлений дальнейшего развития системы обязательного медицинского страхования необходимо в первую очередь внедрение в системе ОМС новых методов оплаты медицинской помощи, повышающих экономическую мотивацию поликлиник и стационаров к росту эффективности:

- переход от оплаты амбулаторной помощи за посещения к оплате по числу приписавшихся к поликлинике пациентов на основе подушевых нормативов затрат, дополненной стимулированием поликлиник за результаты лечебно-профилактической работы. По мере освоения этого метода осуществляется постепенный переход к использованию метода фондодержания, предусматривающего оплату поликлиникой части медицинской помощи, оказываемой ее пациентам в других учреждениях;
- переход от оплаты стационарной помощи в системе ОМС за койко-день к оплате за законченный случай стационарной помощи на основе ее нормативной стоимости (2013–2014 гг.) с последующим постепенным переходом к системе оплаты на основе клинико-статистических групп; использование до-

говоров с больницами, предусматривающих оплату не фактических, а согласованных объемов стационарной помощи;

- для обеспечения преемственности в ведении больного после получения круглосуточного лечения в стационаре целесообразно внедрять интегрированную систему оплаты больницы помощи на основе «сквозного» тарифа, включающего собственно стационарную помощь, реабилитационные мероприятия и консультации силами врачей больниц. Став держателями средств на проведение реабилитационных мероприятий, больницы получают стимулы к тому, чтобы передавать эти функции в специализированные организации по долечиванию, где они обходятся дешевле.

Формирование конкурентной (рисковой) модели ОМС, в рамках которой страховые медицинские организации будут отвечать за установленную долю отклонений фактических расходов на медицинскую помощь от плановых. Сочетание рыночного давления с реальными финансовыми рисками заставит страховые компании действовать в интересах застрахованных и предпринимать меры по повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения. Условием внедрения такой модели является наличие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях. Но начать этот процесс можно, не дожидаясь утверждения полного набора федеральных стандартов. Предлагается в 2013–2015 гг. провести апробацию рисковой модели в виде пилотных проектов в нескольких регионах, где уже имеется опыт разработки региональных стандартов оказания медицинской помощи, которые можно будет относительно быстро доработать для целей эксперимента.

В перспективе для развития конкурентной (рисковой) модели ОМС предлагается обеспечить **вариацию предлагаемых страховщиками страховых программ** в системе ОМС по содержанию и цене. В качестве соответствующего финансового механизма может быть использовано разделение страхового взноса на ОМС на фиксированную и переменную части (нерисковую и рисковую составляющие). Фиксированная часть взноса направляется в фонды ОМС, а переменная — в выбранную страховую медицинскую организацию, которая самостоятельно устанавливает размер взноса в пределах определенного государством лимита.

Для развития **добровольного медицинского страхования** в первую очередь необходимо заполнение вакуума в правовом регулировании этого вида страхования, возникшего после принятия закона об обязательном медицинском страховании с упразднением закона о медицинском страховании. Предлагается в 2012 году разработать и принять закон о добровольном медицинском страховании, предусмотрев в нем развитие этого института, в частности, путем определения условий денежного возмещения застрахованному его расходов на самостоятельно организованное получение медицинской помощи и гарантий финансовой защиты страховщиков от необоснованных исков застрахованных. Необходимы также меры по существенному расширению информирования граждан о возможностях добровольного медицинского страхования: сейчас 58% взрослого населения вообще не знают, что это такое.

Развитие рынка медицинских услуг

Важным механизмом повышения эффективности системы здравоохранения является **развитие конкуренции** в оказании медицинской помощи за счет средств ОМС и бюджетного финансирования. Для этого необходим переход к **единым тарифам оплаты однородных услуг** по оказанию медицинской помощи для сходных групп заболеваний в РФ. Уже запланированный переход к одноканальному финансированию в сочетании с едиными тарифами обеспечит возможность привлечения медицинских организаций всех форм собственности к выполнению программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению.

Помимо экономических должны быть устранены и **сохраняющиеся административные барьеры** для развития конкуренции. В частности, необходимо исключить существующую практику установления запретов (в том числе в законе о федеральном бюджете) на участие негосударственных и ведомственных медицинских учреждений в оказании высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных средств.

Развитие рынка платных медицинских услуг должно стать предметом внимания и регулирования со стороны государства. Управляемое развитие рынка платных медицинских услуг способно дополнять бесплатное обслуживание, стимулировать раз-

витие конкуренции и внедрение инноваций. Задача государственной политики — обеспечение прозрачности этого рынка, содействие расширению перечня и обеспечению качества медицинских услуг, предлагаемых на рыночной основе населению, прежде всего, развивающемуся среднему классу. Механизмы решения этой задачи:

- развитие систем информирования потребителей о качестве работы поставщиков медицинских услуг в рамках единой информационной системы в здравоохранении;
- внедрение механизмов передачи части мощностей медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям;
- организация лизинговых центров дорогостоящего оборудования, консигнационных складов расходных материалов и препаратов для снижения затрат на оборудование и расходные материалы при увеличении их доступности и расширения предложения на рынке медицинских услуг;
- введение налоговых льгот для частных инвестиций в медицинскую сеть (исключение из налогооблагаемой базы по налогу на прибыль суммы инвестиций в инфраструктуру медицинской сети).

Повышение эффективности внедрения новых медицинских технологий

Для стимулирования развития рынка медицинской техники необходимо поэтапное изменение существующей многоступенчатой системы допуска новых медицинских изделий и их модификаций на рынок. Это потребует:

- устранения дублирующих процедур экспертизы и испытаний для целей государственной регистрации и таможенного оформления;
- отмены дополнительных непрофильных разрешений (например, метрологии для неизмерительных изделий);
- принятия технического регламента «О безопасности медицинских изделий» (в соответствии с законом № 184-ФЗ);
- введения процедуры подтверждения соответствия качества, аналогичной системе, используемой в ЕС (в соответствии

с решением о гармонизации требований Технического регулирования и работой комиссии Россия–ЕС).

Для повышения эффективности государственных инвестиций в переоснащение медицинских учреждений необходимо создание системы оценки клиничко-экономической эффективности новых медицинских технологий. Систему могут составить несколько специализированных центров, проводящих такую оценку по заказам федеральных и региональных органов власти и поставщиков медицинского оборудования.

Охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности

Решение экологических проблем в России требует в первую очередь утверждения в 2012 г. единого документа, определяющего содержание федеральной политики в области экологического развития страны (стратегия «зеленого роста»), предусматривающей интеграцию социально-экономического и экологического развития.

Основные усилия должны быть сосредоточены на получении двойной выгоды, при которой решение социально-экономических проблем сопровождается положительным экологическим эффектом. Следует начать постепенное расширение сферы политики в области экологического развития на другие секторы, прежде всего, на энергетику (энергоэффективность, энергосбережение, альтернативная энергетика), рациональное использование природных ресурсов, в частности, водных в жилищно-коммунальном секторе, утилизацию отходов.

Начать следует с «экологизации» планирования будущего развития экономики. Для этого необходимо провести стратегическую экологическую оценку/экспертизу федеральных и региональных целевых программ и крупномасштабных проектов на предмет адекватного учета экологического вреда, который может быть причинен в результате их реализации, и разработки механизмов его компенсации. Индикативные целевые показатели состояния окружающей среды, формирующие образ экологически безопасного будущего, должны быть разработаны и использоваться в качестве ориентиров политики последовательного сокращения негативного воздействия на окружающую среду.

Ключевые меры государственной политики экологического развития:

- развитие системы нормирования воздействия на окружающую среду (экологического нормирования), включая сокращение количества нормируемых веществ до минимально необходимого уровня, который обеспечивается инструментальным контролем (2012 г.), переход на технологическое нормирование на основе показателей наилучших доступных технологий для крупных загрязнителей (с 2015 г.), введение порядка выдачи предприятиям долговременных комплексных разрешений на все виды воздействия на окружающую среду, действие которых может быть приостановлено только по решению судебных органов (с 2015 г.). В ходе становления новой системы нормирования должен был сменен вектор политики экологического развития с запаздывающего реагирования на возникающие проблемы (контроль «на конце трубы») к предупреждению возникновения экологических проблем;
- создание и развитие комплексной системы экологического мониторинга, интегрирующей разные по ведомственной принадлежности и задачам деятельности системы экологических наблюдений, измерений и оценок;
- создание системы экологических оценок и экологической экспертизы, включающей стратегическую экологическую оценку, оценку воздействия на окружающую среду, стоимостную оценку природных объектов, экономическую оценку воздействия, экологическую экспертизу;
- создание нормативной базы комплексного экологического контроля и обеспечения доступа к экологической информации (2012 г.), формирование системы комплексного экологического контроля (2013–2014 гг.), разработка и реализация комплексных программ производственного контроля;
- разработка территориальных схем обращения с отходами на государственном и муниципальном уровнях, установление ответственности экономических агентов, в первую очередь организаций, эксплуатирующих объекты обращения с отходами, за соблюдением требований экологической безопасности;
- введение механизмов экономического стимулирования «зеленого роста»;
- создание целевых экологических фондов для финансирования природоохранных мероприятий;
- субсидирование программ и проектов преимущественно малого и среднего бизнеса в области энергосбережения, энергоэффективности, развития возобновляемой энергетики и снижения углеродоемкости экономики, а также мер по адаптации к изменению климата;
- переход от платежей за негативное воздействие к экологическому налогообложению (налоги на экологически вредные продукты и виды топлива);
- создание системы торговли квотами на выбросы/сбросы;
- введение ускоренной амортизации, установление льгот по таможенным пошлинам и налогу на имущество, используемое для экологической модернизации;
- содействие развитию экологических технологий (эко-инноваций), в т. ч. посредством координации разработки и внедрения экологически эффективных технологий на базе единой технологической платформы «Технологии экологического развития». Важным направлением государственной политики экологического развития является постепенное решение проблемы прошлого (накопленного) экологического ущерба. Для этого предлагается следующая последовательность действий:
- утверждение порядка оценки реального состояния природной среды на загрязненных территориях;
- определение территорий с наиболее высоким уровнем загрязнения окружающей среды и риском для здоровья населения («горячих точек» загрязнения окружающей среды);
- реализация проектов реабилитации таких территорий с использованием механизмов государственно-частного партнерства с дифференциацией роли государства, поскольку в ряде случаев ответственность за ликвидацию последствий прошлой экологической деятельности лежит на государстве и проекты реабилитации не могут быть реализованы без государственной поддержки.

4. КЛЮЧЕВЫЕ МЕРЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

1. Существенные позитивные сдвиги в улучшении здоровья населения могут быть достигнуты при умеренном росте затрат за счет реализации комплексной стратегии, ориентированной на оптимальное сочетание медицинских и немедицинских факторов борьбы с заболеваниями. Наиболее значимые и недостаточно используемые резервы связаны с сокращением заболеваемости и смертности активной части населения, лиц в трудоспособном возрасте. Продолжая наращивать усилия по лечению тяжелых заболеваний, которыми чаще всего страдают лица пожилого возраста, необходимо вместе с тем кардинально усилить меры медицинской профилактики, поддержку здорового образа жизни и мероприятия экологического характера.
2. Большие резервы укрепления здоровья связаны с повышением двигательной активности граждан и снижением потребления продуктов, порождающих высокие риски заболеваний. Для решения этой задачи предлагается кардинально расширить комплекс используемых мер регулирующего, экономического и информационного характера.
3. Требуется реализация более жестких по сравнению с существующими административных мер как в части запретов и ограничений на продажу и употребление табака и алкоголя (по времени, месту, числу торговых точек, возрасту покупателей), так и в части санкций за невыполнение законодательных норм.
4. Необходимо проведение политики последовательного повышения цен на алкоголь и табак за счет увеличения акцизов, опережающего по темпам инфляцию. Цены на алкоголь и табак должны стать запретительными для подростков.
5. Предлагается использовать налоговые инструменты для стимулирования занятий спортом и правильного питания — как в семье, так и на рабочем месте: установление налоговых вычетов по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом, повышение НДС на отдельные продукты питания, наносящие наибольший вред здоровью, (фаст-фуд, сладкие газированные напитки и др.) и снижение НДС на отдельные виды продуктов, способствующих сокращению риска заболеваний (прежде всего свежих овощей и фруктов).
6. Введение в образовательный стандарт уроков здоровья для школьников средних классов способно дать значительный долгосрочный эффект в развитии здорового образа жизни. Необходимо расширять социальную рекламу, нацеленную на пропаганду здорового образа жизни, создающую «моду на здоровье».
7. Для расширения возможностей участия населения в занятиях физической культурой и спортом предлагается обеспечить доступ населения к объектам спортивной инфраструктуры общеобразовательных учреждений, спортивных школ, ведомственных объектов спортивной инфраструктуры, увеличить объемы строительства объектов для занятий массовым спортом (бассейны, спортивные залы, плоскостные спортивные сооружения), ввести субсидирование их деятельности для увеличения ценовой доступности их услуг для населения.
8. В медицинской отрасли в первую очередь необходимо обеспечить развитие конкуренции в оказании медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и бюджетного финансирования. Для этого должны быть решительно устранены сохраняющиеся административные и экономические барьеры для участия в системе ОМС организаций разных форм собственности. Целесообразно формирование конкурентной модели ОМС, в рамках которой страховые медицинские организации будут реально заинтересованы в защите прав застрахованных и рациональном использовании ресурсов отрасли.
9. Необходимо осуществить структурные сдвиги, нацеленные на оптимизацию соотношения стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи на основе усиления координации и преемственности между ними и улучшения технической оснащенности медицинских учреждений. Такая оптимизация должна проводиться в рамках новых региональных программ модернизации здравоохранения, рассчитанных на 2013–2020 гг. Важно обеспечить реальную конкурентность процедуры поддержки данных программ из средств федерального бюджета.
10. Для обеспечения непрерывного роста квалификации и качества работы медицинского персонала предлагается сделать

акцент в государственной политике на развитие человеческого потенциала и движение к эффективному контракту. Требуется реформирование профессионального медицинского образования и прежде всего подготовка медицинского персонала для амбулаторного звена. Нужно создать принципиально новую модель постдипломного образования, в которой деньги, права и ответственность будут переданы самим медицинским учреждениям и медицинским работникам. Реформирование медицинского образования должно быть дополнено введением аттестации медицинских работников, проводимой сначала при непосредственном участии, а потом — самим профессиональным медицинским сообществом. Необходимо также разработать долгосрочную программу повышения социального статуса врача и воссоздания этических стандартов врачебной деятельности.

11. Политика конкретизации государственных гарантий бесплатного лечения посредством разработки и утверждения экономически реалистичных медико-экономических стандартов и порядков оказания медицинской помощи при заболеваниях должна быть дополнена внедрением в тех случаях, когда это экономически и социально оправдано, принципа легального софинансирования оказания медицинской помощи государством, работодателями, благотворителями и платежеспособными гражданами. Целесообразно ввести соплатежи при лечении пациентов, в отношении которых достоверно установлены факты уклонения от профилактических мероприятий. Предлагается ввести механизм сооплаты услуг частных медицинских организаций из средств ОМС и пациентов, включающий предоставление гражданину права обращаться в частную медицинскую организацию для получения медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС; оплату оказанной ему там медицинской помощи из средств ОМС по тарифам, действующим в системе ОМС; доплату пациентом разницы между тарифом частной организации и тарифом ОМС. Предлагается ввести со-платежи пациентов за часть видов медицинской помощи, не являющихся общераспространенными. Это целесообразно будет применить, прежде всего, к части инновационных методов лечения и профилактики, которые получают развитие в будущем на основе принципиально новых медицинских технологий (индивидуализация

производства фармакологических препаратов, дистанционный компьютерный мониторинг лечебного процесса, выращивание искусственных органов и др.).

12. Задачей государственной политики является обеспечение прозрачности рынка платных медицинских услуг, содействие расширению перечня и обеспечению качества медицинских услуг, предлагаемых на рыночной основе населению, прежде всего, развивающемуся среднему классу. В числе инструментов решения этой задачи — развитие систем информирования потребителей о качестве работы поставщиков медицинских услуг, внедрение механизмов передачи части мощностей медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям. Фактически сложившийся и растущий с повышением доходов населения рынок платных медицинских услуг способен при условии его адекватного регулирования не только служить источником финансирования здравоохранения сверх государственных гарантий, но и играть ключевую роль в стимулировании технических и организационных инноваций, распространяемых затем на систему оказания бесплатных услуг.
13. Решение экологических проблем в России требует в первую очередь утверждения в 2012 г. единого документа, определяющего содержание федеральной политики в области экологического развития страны (стратегия «зеленого роста»), предусматривающей интеграцию социально-экономического и экологического развития. Среди задач такой политики наиболее приоритетным является создание современной системы нормирования. Необходима замена непрозрачной и коррупциогенной системы нормирования воздействия на окружающую среду, основанной на практически невыполнимых санитарно-гигиенических и рыбохозяйственных нормативах предельно допустимых концентраций вредных веществ, на новую систему нормирования, основанную на показателях наилучших доступных технологий для крупных загрязнителей.
14. Развитие экологических технологий (эко-инноваций) должно быть поддержано мерами по координации разработки и внедрения экологически эффективных технологий на базе единой технологической платформы «Технологии экологического развития», и в перспективе — механизмами экономи-

Раздел III. Новая социальная политика

ческого стимулирования: созданием целевых экологических фондов для финансирования природоохранных мероприятий; субсидированием программ и проектов преимущественно малого и среднего бизнеса в области энергосбережения, энергоэффективности, развития возобновляемой энергетики и снижения углеродоемкости экономики, введением налогов на экологически вредные продукты и виды топлива.