

Системы здравоохранения: время перемен

Том 13 №7 2011

Российская Федерация

Обзор системы здравоохранения

Лариса Попович • Елена Потапчик
Сергей Шишкин • Erica Richardson
Alexandra Vacroux • Benoit Mathivet

Европейская

обсерватория



по системам и политике здравоохранения

Ответственными за подготовку настоящего обзора являются
Erica Richardson (редактор) и Martin McKee (редактор серии)

Редакционная коллегия

Главный редактор

Elias Mossialos, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство

Редакторы серии

Reinhard Busse, Берлинский технический университет, Германия

Josep Figueras, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Martin McKee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Richard Saltman, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Sara Allin, Университет Торонто, Канада

Jonathan Cylus, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Matthew Gaskins, Берлинский технический университет, Германия

Cristina Hernández-Quevedo, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Marina Karanikolos, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Anna Maresso, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

David McDaid, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Sherry Merkur, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Philipa Mladovsky, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Dimitra Panteli, Берлинский технический университет, Германия

Bernd Rechel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Erica Richardson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Anna Sagan, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Sarah Thomson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Ewout van Ginneken, Берлинский технический университет, Германия

Международный консультативный комитет

Tit Albreht, Институт общественного здравоохранения, Словения

Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Университет Аликанте, Испания

Rifat Atun, Глобальный фонд, Швейцария

Johan Calltorp, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция

Armin Fidler, Всемирный банк

Colleen Flood, Университет Торонто, Канада

Péter Gaál, Университет им. Земельвейса, Венгрия

Unto Häkkinen, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения
и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия

William Hsiao, Гарвардский университет, США

Allan Krasnik, Университет Копенгагена, Дания

Joseph Kutzin, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Soonman Kwon, Национальный университет Сеула, Республика Корея

John Lavis, Университет МакМастера, Канада

Vivien Lin, Университет Ла Троб, Австралия

Greg Marchildon, Университет Риджайны, Канада

Alan Maynard, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Nata Menabde, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Ellen Nolte, Rand Corporation, Соединенное Королевство

Charles Normand, Университет Дублина, Ирландия

Robin Osborn, Фонд Содружества, США

Dominique Polton, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности
наемных работников (CNAMTS), Франция

Sophia Schlette, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Российская Федерация

Peter C. Smith, Королевский колледж, Соединенное Королевство

Wynand P.M.M. van de Ven, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды

Witold Zatoński, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Лариса Попович, *Институт экономики здравоохранения, Высшая школа экономики, Москва*

Елена Потапчик, *Институт экономики здравоохранения, Высшая школа экономики, Москва*

Сергей Шишкин, *Институт экономики здравоохранения, Высшая школа экономики, Москва*

Erica Richardson, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

Alexandra Vaccroux, *Гарвардский университет, Кембридж, США*

Benoit Mathivet, *Страновой офис ВОЗ в Таджикистане*

Российская Федерация:

Обзор системы здравоохранения

2011



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE

EVALUATION STUDIES

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORM

HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration

RUSSIAN FEDERATION

© Всемирная организация здравоохранения, 2011 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

**Publications,
WHO Regional Office for Europe,
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических

картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полного согласия пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяется начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяется без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Ссылка на исходный документ:

Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, and Mathivet B. Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(7):1–190.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц, рисунков и вставок	xi
Аннотация	xiii
Основные положения	xv
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	3
1.3 Политика	7
1.4 Состояние здоровья населения	10
2. Организационная структура и управление	15
2.1 Обзор системы здравоохранения	15
2.2 Историческая справка	17
2.3 Организационная структура	26
2.4 Децентрализация и централизация	50
2.5 Планирование	53
2.6 Управление информационными системами	59
2.7 Регулирование	63
2.8 Права пациентов	76
3. Финансирование	81
3.1 Расходы на здравоохранение	81
3.2 Сбор и источники финансовых средств	86
3.3 Обзор государственной системы финансирования	89
3.4 Личные платежи граждан	101
3.5 Добровольное медицинское страхование	104
3.6 Другие источники финансирования	106
3.7 Механизмы оплаты	106

4. Материальные и кадровые ресурсы	113
4.1 Материальные ресурсы	113
4.2 Кадровые ресурсы	120
5. Предоставление медицинских услуг	129
5.1 Общественное здравоохранение	129
5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения	130
5.3 Первичная медико-санитарная/амбулаторная помощь	132
5.4 Специализированная помощь (специализированная амбулаторная/ стационарная помощь)	138
5.5 Скорая медицинская помощь	142
5.6 Медикаментозная помощь	145
5.7 Реабилитационная/санаторно-курортная помощь	151
5.8 Долговременная помощь	153
5.9 Паллиативная помощь	154
5.10 Охрана психического здоровья	156
5.11 Стоматологическая помощь	159
6. Основные реформы здравоохранения	161
6.1 Анализ последних реформ	161
6.2 Перспективы развития	186
7. Оценка системы здравоохранения	195
7.1 Задачи системы здравоохранения	195
7.2 Система финансовой защиты и справедливость в финансировании	195
7.3 Опыт пациента и доступность медицинской помощи	197
7.4 Состояние здоровья, эффективность оказания медицинских услуг и качество медицинской помощи	199
7.5 Эффективность системы здравоохранения	202
7.6 Прозрачность и подотчетность	204
8. Заключение	207
9. Приложения	211
9.1 Библиография	211
9.2 Полезные веб-ресурсы	217
9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	218
9.4 Проверка и рецензирование обзоров	221
9.5 Сведения об авторах	221

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те направления, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ;
- помочь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа политики развития системы здравоохранения.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало.

Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы сочли уместными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int.

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: <http://www.healthobservatory.eu>.

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Российской Федерации подготовлен Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Авторами данного издания выступили Лариса Попович, Елена Потапчик, Сергей Шишкин, Erica Richardson, Alexandra Vacroux и Benoît Mathivet. Редакторами обзора являются Erica Richardson и Marina Karanikolos (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины), а научным руководителем, ответственным за его подготовку, Martin McKee. Основой данного издания послужил изданный в 2003 году обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по России, созданный Ellie Tragakes и Suszy Lessof под редакцией Ellie Tragakes.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения совместно с авторами выражает глубокую признательность Patricio Marquez (Всемирный банк), Luigi Migliorini (ВОЗ) и Кириллу Данишевскому (Общество специалистов доказательной медицины, РФ) за критический анализ этого обзора и большой вклад в его составление.

Авторы также хотели бы поблагодарить сотрудников странового офиса ВОЗ в Москве за предоставленную информацию и ценные замечания в отношении предыдущих проектов обзора и предложения по актуальным тенденциям политики и стратегиям развития здравоохранения Российской Федерации. Авторы выражают благодарность Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в лице Олега Честнова за помощь, оказанную в подготовке данного обзора.

Особую благодарность авторы адресуют Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – за предоставление данных по Западной

Европе, а также Всемирному банку – за данные по странам Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных. Настоящий обзор характеризует ситуацию, сложившуюся в сентябре 2011 года, если не оговаривается иное.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины. Коллектив Обсерватории, работающий над обзорами «Системы здравоохранения: время перемен», возглавляют Josep Figueras – директор, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse и Suszy Lessof. Координацию исследований Программы странового мониторинга и серии обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» осуществил Gabriele Pastorino. Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Jonathan North при поддержке Caroline White, Jane Ward (техническое редактирование) и Aki Hedigan (редактирование).

Список сокращений

ВВП	валовой внутренний продукт
ВЗН	высокозатратные нозологии
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
ДЛО	дополнительное лекарственное обеспечение
ДМС	добровольное медицинское страхование
ЕС	Европейский союз
ЖНВЛП	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
ИТ	информационные технологии
ЛС	лекарственные средства
МНН	международные непатентованные наименования
МЛУ-ТБ	туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью
НПО	неправительственная организация
НСОТ	новая система оплаты труда
ОМС	обязательное медицинское страхование
ОНЛС	программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПГГ	программа государственных гарантий
ПНП «Здоровье»	приоритетный национальный проект «Здоровье»
РМЭЗ/RLMS	Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения
Росздравнадзор	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития
Роспотребнадзор	Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
СНГ	Содружество Независимых Государств
ТБ	туберкулез
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ФМБА	Федеральное медико-биологическое агентство России
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
GMP	правила производства и контроля качества лекарственных средств

Список таблиц, рисунков и вставок

Таблицы

	стр.	
Таблица 1.1	Демографические показатели Российской Федерации, выборочные годы	2
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, выборочные годы	4
Таблица 1.3	Смертность и показатели состояния здоровья населения, выборочные годы	11
Таблица 1.4	Смертность по причинам смерти (на 100 000 человек населения по возрастным группам), 1990–2009 гг., выборочные годы	13
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение в Российской Федерации, 1995–2009 гг., выборочные годы	83
Таблица 3.2	Общие расходы на здравоохранение по источникам финансирования (в %), 1995–2009 гг.	87
Таблица 3.3	Частные расходы граждан на медицинскую и медикаментозную помощь (млрд руб.), 2000–2009 гг.	103
Таблица 3.4	Взносы на ДМС, 2000–2009 гг.	105
Таблица 4.1	Медицинские учреждения, 1990–2009 гг.	114
Таблица 4.2	Техническое состояние и благоустройство зданий амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений	115
Таблица 4.3	Структура инвестиций в основной капитал по источникам финансирования здравоохранения (без субъектов малого предпринимательства и параметров неформальной деятельности), 2005–2008 гг.	115
Таблица 4.4	Число больничных коек по специализации (на 10 000 человек населения)	117
Таблица 4.5	Численность врачей по отдельным специальностям (на 10 000 человек населения), 1990–2009 гг.	121
Таблица 4.6	Численность среднего медицинского персонала по отдельным специальностям (на 100 000 человек населения), 1990–2009 гг.	123
Таблица 5.1	Долговременная медицинская и социальная помощь, оказываемая учреждениями социальной защиты, 2004–2009 гг.	155
Таблица 5.2	Психиатрическая помощь, оказываемая в учреждениях системы здравоохранения, распределение и использование ресурсов, 2000–2008 гг., выборочные годы	157
Таблица 5.3	Психиатрическая помощь, оказываемая в учреждениях системы социальной защиты граждан (взрослых), 2004–2009 гг.	157
Таблица 5.4	Стоматологическая помощь, оказываемая в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, 2000–2008 гг.	159
Таблица 6.1	Расходы по ПНП «Здоровье», 2006–2010 гг.	164
Таблица 6.2	Ставки взносов на ОМС (% фонда оплаты труда согласно общей схеме налогообложения), 2009–2012 гг.	178

Рисунки

		стр.
Рис. 1.1	Карта Российской Федерации	2
Рис. 2.1	Обзор системы здравоохранения Российской Федерации	16
Рис. 3.1	Расходы на здравоохранение (в % ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г.	82
Рис. 3.2	Расходы на здравоохранение (в % ВВП) в России и ряде стран с 1990 г. и по последний имеющийся год	83
Рис. 3.3	Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ по ППС, в долл. США, 2008 г.	84
Рис. 3.4	Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ (в %), 2008 г.	85
Рис. 3.5	Структура общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2009 г.	86
Рис. 3.6	Схема финансирования системы здравоохранения	88
Рис. 3.7	Объем финансовых средств системы здравоохранения, объединенных в пулы: государственный бюджет и система ОМС	97
Рис. 3.8	Доля пациентов, плативших за разные виды медицинских услуг, в общем числе обратившихся за данными услугами, 1994–2009 гг., %	102
Рис. 3.9	Доля пациентов, неформально оплачивающих амбулаторное и стационарное лечение	104
Рис. 3.10	Доля граждан Российской Федерации (13 лет и старше), застрахованных по ДМС	105
Рис. 4.1	Обеспеченность койками в больницах краткосрочного лечения (на 1000 человек населения), Российская Федерация и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	117
Рис. 4.2	Численность врачей (на 100 000 человек населения), Российская Федерация и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	122
Рис. 4.3	Численность медсестер (на 100 000 человек населения), Российская Федерация и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	123
Рис. 4.4	Численность врачей и медсестер на 100 000 человек населения в Европейском регионе ВОЗ, за последний имеющийся год	124
Рис. 4.5	Численность стоматологов (на 100 000 человек населения), Российская Федерация и другие страны, за последний имеющийся год	125
Рис. 5.1	Число обращений за амбулаторной помощью на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ, за последний имеющийся год	136

Вставки

		стр.
Вставка 3.1	Инновационные методы финансирования здравоохранения в Чувашской Республике	97
Вставка 5.1	Пример маршрута пациента в системе здравоохранения	131
Вставка 5.2	Проведение реформы сектора ПМСП в Чувашской Республике	137
Вставка 5.3	Реорганизация учреждений стационарной помощи в Чувашской Республике	141

Аннотация

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процесс, содержание и реализация стратегии улучшения состояния здоровья населения и развития системы здравоохранения; а также освещаются наиболее важные проблемы и направления, требующие более глубокого изучения.

После 1991 года, сопровождавшегося распадом Советского Союза, Россия унаследовала разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения, созданную Н. Семашко. В 1993 году была проведена реформа финансирования здравоохранения, предполагающая создание системы обязательного медицинского страхования граждан (ОМС), целью которого стало целевое финансирование сектора здравоохранения в условиях острой нехватки средств. С начала 1990-х годов в системе здравоохранения произошли существенные изменения, однако она и сегодня отличается высокой степенью централизации и преимущественной ориентацией на общедоступность базовых медицинских услуг.

Для значительной части населения России высокие мировые цены на энергоносители означали бóльшую макроэкономическую стабильность, профицит бюджета и повышение качества жизни. Хотя в стране в целом и отмечается снижение уровня бедности, тем не менее, существует явный разрыв между городским и сельским населением, причем сельские жители отличаются худшим здоровьем и имеют мéньший доступ к медицинской

помощи. Увеличение денежных потоков из государственного бюджета на деятельность по реформированию привело к утверждению ряда федеральных программ в области здравоохранения, направленных на улучшение медицинского обслуживания и повышения финансирования приоритетных секторов, в том числе оказание ПМСП в сельской местности. Вместе с тем государственные расходы на здравоохранение в РФ по-прежнему остаются на относительно низком уровне, учитывая имеющиеся в наличии ресурсы. Безусловно, даже при сегодняшних объемах финансирования можно добиться большей эффективности работы системы. Главной сложностью на пути технического усовершенствования системы здравоохранения РФ остаются механизмы финансирования бюджетных медицинских учреждений из средств местных бюджетов вне зависимости от объемов и качества оказанной медицинской помощи.

Именно по этой причине практически все недавние реформы и готовящиеся законопроекты ставят своей целью введение одноканального финансирования через укрепленную систему ОМС, предполагающую контрактные отношения с медицинскими учреждениями и оплату оказываемой ими помощи по конечным результатам.

Основные положения

Введение

Россия занимает площадь более 17 млн км² и является самой большой страной мира, граничащей со странами Европы и Азии. Россия богата природными ресурсами и располагает крупнейшими запасами нефти, природного газа, угля, древесины и других стратегических полезных ископаемых, от добычи которых во многом зависит экономическое благосостояние страны. После экономической нестабильности 1990-х годов, наступившей вслед за распадом СССР, экономика страны стала неуклонно расти, сопровождаясь умеренной инфляцией, сбалансированным бюджетом и значительным положительным сальдо торгового баланса. По мере улучшения макроэкономической ситуации уровень бедности в городах резко снизился, но увеличился разрыв между городом и деревней. К 2004 году он вырос до такой степени, что бедность стала преимущественно сельским явлением. Экономика страны, устойчивое развитие которой во многом определялось мировыми ценами на нефть, подверглась суровым испытаниям после мирового финансового кризиса 2008 года и последующего обвала рынка энергоносителей.

В 1992 году население России достигло своего пика и составило 148,3 млн человек, после чего численность его сокращалась. Такая ситуация объясняется понижением коэффициентов фертильности и рождаемости и высокой смертностью. В других государствах, находящихся в состоянии социального, экономического и политического перехода, наблюдаются низкие показатели коэффициентов фертильности и рождаемости, однако по сравнению с соседними государствами уровень смертности в России гораздо выше, особенно среди мужского населения трудоспособного возраста. Продолжительность жизни в РФ сильно снизилась после распада Советского Союза в 1991 году, но к 2009 году почти полностью восстановилась на прежнем уровне. По имеющимся данным чрезмерное

потребление алкоголя и технического спирта сыграло ключевую роль в первоначальном снижении продолжительности жизни и по-прежнему оказывает негативное воздействие на состояние здоровья населения.

Организация и управление

Россия унаследовала разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения, созданную Н. Семашко в СССР. В 1993 году была проведена реформа финансирования здравоохранения, предполагающая создание системы ОМС, целью которого стало целевое финансирование сектора здравоохранения. Хотя в системе здравоохранения произошли существенные изменения, вместе с тем, она и сегодня отличается высокой степенью централизации и преимущественной ориентацией на общедоступность базовых медицинских услуг.

Деятельность системы общественного здравоохранения РФ регулируют такие ведущие организации, как Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России), федеральные службы Роспотребнадзор и Росздравнадзор, а также Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА) и Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Организации каждого из иерархических уровней напрямую подотчетны вышестоящей инстанции. Деятельность департаментов здравоохранения, регулируемая на уровне регионов, направлена на поддержание местных медицинских учреждений и осуществление мониторинга действий муниципальных комитетов и подведомственных им медицинских организаций. Муниципалитеты осуществляют контроль над деятельностью принадлежащих им медицинских учреждений. Помимо системы общественного здравоохранения, управляемой Минздравсоцразвития России, имеются «параллельные» системы предоставления медицинских услуг сетью министерских поликлиник, больниц, санаториев и государственных медицинских учреждений.

Децентрализация значительно повлияла на регулирование и планирование в здравоохранении, в частности в результате учреждения ФФОМС в начале 1990-х годов. В свете недавней рецентрализации, являющейся результатом более широких политических мер, Минздравсоцразвития России снова получил полномочия в области управления и планирования. Данные функции распределены между основными участниками процесса: на федеральном уровне – Минздравсоцразвития

России и подведомственные организации, на уровне субъектов РФ – региональные и местные власти, ФФОМС, территориальные фонды ОМС, частные страховые медицинские организации (СМО), осуществляющие ОМС и ДМС. В сферу ответственности Минздравсоцразвития России входит стратегическое планирование сектора здравоохранения, хотя Министерством был предпринят ряд попыток перехода от планирования по ресурсам к планированию по конечным результатам. В настоящее время «бюджетирование по результатам» применяется только на стадии планирования бюджета по РФ.

В России пациенты, принимая решение о приобретении медицинского страхования (например, спектр медицинских услуг, включенных в страховой пакет, стоимость, качество, а также тип медицинских учреждений), имеют ограниченный доступ к важной для принятия такого решения информации. Оценить качество предоставляемых таким образом услуг также представляется трудным, поскольку результаты проверок, проводимых Росздравнадзором и внутри системы ОМС, не издаются на регулярной основе, а отсутствие конкуренции среди медицинских учреждений и СМО свидетельствует о наличии отдельных единичных показателей качества. В целом пациенты обращаются за рекомендацией к друзьям или знакомым.

Финансирование

Особенность финансирования системы здравоохранения РФ состоит в том, что оно практически в равной мере складывается из обязательных источников (средства, получаемые от общего налогообложения и взносов в фонды ОМС) и личных платежей граждан. Конституция Российской Федерации гарантирует населению право на общедоступное бесплатное медицинское обслуживание. Однако меры по практической реализации данной статьи Конституции осуществляют органы власти федерального, регионального и муниципального уровней. Границы конституционного права на бесплатную медицинскую помощь определяются программой государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. ПГГ ежегодно утверждается Правительством РФ и состоит из двух основных частей: базовой программы ОМС и услуг, финансируемых за счет ассигнований соответствующих бюджетов. Базовая программа ОМС включает предоставление населению базовой медицинской помощи, а оказание специализированной и высокотехнологичной

медицинской помощи, лекарственное обеспечение льготных контингентов населения при амбулаторном лечении и скорая медицинская помощь осуществляются из средств бюджетов. Вместе с тем такое четкое разграничение функций не всегда соблюдается в действительности. Органы власти субъектов РФ и органы местного самоуправления отвечают за содержание поликлиник и больниц в надлежащем виде, в том числе за организацию своевременного ремонта, поставок оборудования, выплату заработной платы, обеспечение лекарственными средствами (ЛС) и т.д.

Спектр предоставляемых льгот носит всеобъемлющий характер. Базовая программа ОМС/ПГГ не предусматривает ограничения в объемах оказываемой медицинской помощи, однако, включает перечень медицинских услуг, не входящих в «базовую» программу, оказание которых производится на платной основе. Исключение составляют рецептурные ЛС для амбулаторных больных, приобретаемые ими из личных средств (кроме «уязвимых» групп населения). Вместе с тем постоянная нехватка ресурсов и повсеместная распространенность неформальных платежей делают базовую программу не такой всеобъемлющей.

Двумя главными обязательными источниками финансирования системы здравоохранения РФ выступают средства бюджета и страховые взносы работодателей на ОМС, в виде фиксированной доли единого социального налога. Общие доходы бюджета формируются из многих источников, однако при этом доходы от продажи нефти и газа превалируют.

В свою очередь россияне также в значительной степени участвуют в финансировании системы здравоохранения посредством формальных и неформальных прямых платежей, в частности это относится к амбулаторным больным, оплачивающим рецептурные ЛС.

Фонды ОМС собирают страховые взносы и перераспределяют их СМО с учетом подушевой взвешенной формулы. Однако механизмы фактического получения организациями средств за приобретенные медицинские услуги существенно варьируется. Независимые СМО в идеале должны отбирать медицинские учреждения для заключения договоров по ОМС. Это не только будет способствовать развитию конкуренции между учреждениями, но и приводить к снижению цен на услуги, повышению качества обслуживания, улучшению ПМСП и профилактических мер. СМО заключают с медицинскими учреждениями договоры и оплачивают их услуги по законченному случаю, что создает стимулы для повышения эффективности их деятельности. Финансирование медицинских учреждений также

осуществляется из средств региональных и местных бюджетов напрямую, так как учреждения подведомственны органам власти соответствующего уровня. Таким образом, действия медицинских учреждений во многом контролируются через структуры вертикального управления системой на региональном и местном уровнях.

Материальные и кадровые ресурсы

Российская Федерация унаследовала от Советского Союза разветвленную систему здравоохранения, построенную на принципах, заложенных еще Н. Семашко, которая характеризовалась избыточными мощностями. За период с 1991 года сеть медицинских учреждений значительно сократилась. В 1990-х годах в условиях проведения реформы ОМС и острой нехватки ресурсов постепенно уменьшилось количество стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений. С 2000-х годов в системе отмечались более стремительные изменения, связанные преимущественно с закрытием подавляющего большинства всех небольших участковых больниц в сельской местности.

Поддержание обветшалых зданий в состоянии, пригодном для нормальной работы, – вот главная проблема многих медицинских учреждений. Минздравсоцразвития России проводит ежегодную проверку состояния подведомственных ему учреждений; результаты этих проверок используются для получения капиталовложений, но предоставляемых средств совсем недостаточно даже во времена экономического роста. Отсутствие таких основных удобств, как канализационная система и горячая вода, отрицательно сказываются на качестве медицинской помощи, а отсутствие телефонных линий затрудняет развитие и эксплуатацию информационных систем. Такие медицинские учреждения, без основных удобств, находятся, в основном, в сельской местности, где подобными услугами могли бы воспользоваться и другие здания.

Все страны бывшего Советского Союза при обретении независимости унаследовали высокие показатели общего числа медицинского персонала и врачей на душу населения. Вместе с тем в России в отличие от соседних стран число медицинских работников не просто сохранилось на прежнем уровне, но даже увеличилось и сейчас является одним из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.

С другой стороны, число медицинских работников среднего звена в системе здравоохранения после распада СССР сократилось и восстановилось в прежних масштабах только в 2009 году.

Предоставление медицинских услуг

Россия унаследовала от Советского Союза широкую сеть учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по всей стране. Как и в советские времена, в сельской местности медицинские услуги населению оказывают фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы). В городах эти функции выполняют участковые врачи поликлиник. Пациенты с тяжелыми заболеваниями направляются в медицинские учреждения муниципального, регионального или федерального уровня, организованные в иерархическую систему.

Начиная с 1992 года в некоторых сельских районах были предприняты попытки ввести систему врачей общей практики/семейных врачей, оказывающих ПМСП, однако в большинстве областей ПМСП по-прежнему оказывается участковыми терапевтами и педиатрами, а также рядом узких специалистов.

Вместе с тем ни в одном регионе модель общей врачебной практики/семейной медицины не является преобладающей, а в четверти регионов доля врачей общей практики от общего числа врачей ПМСП составляет менее 3%. Как правило, врачи общей практики работают самостоятельно (в особенности в отдаленных сельских районах), иногда в групповых практиках или в поликлиниках наравне с узкими специалистами.

Вторичную и третичную медицинскую помощь предоставляют больницы и их амбулаторные отделения, а также специализированные амбулаторные центры при поликлиниках. Во многом сохранилась структура специализированной медицинской помощи советского образца. Изменения в основном сводятся к закрытию части больниц и сокращению коечного фонда, причем, в сельских районах они достигли больших размеров – в основном сокращению подверглись небольшие сельские больницы. Оказание медицинской помощи все еще организовано по территориальному принципу. В стране отмечается переизбыток оказываемой специализированной и высокотехнологичной помощи, особенно в стационарах.

Основные реформы в области здравоохранения

В последнее время на федеральном уровне был предпринят ряд инициатив по реформированию здравоохранения, направленных на улучшение оказания услуг и увеличение финансирования таких приоритетных направлений, как Федеральная программа дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и приоритетный национальный проект (ПНП) «Здоровье».

Программа ДЛО была в основном направлена на расширение доступа к ЛС особенно уязвимых групп населения, что соответствовало проводимым в стране широким мерам по предоставлению гражданам льгот. В 2006 году был введен ПНП «Здоровье», главной задачей которого стало улучшение состояния здоровья граждан посредством дальнейшего совершенствования материальной и технической базы, а также трудовых ресурсов сектора здравоохранения. В 2007–2008 годах в рамках ПНП «Здоровье» в 19 регионах стартовали пилотные проекты, направленные на выработку эффективных реформ системы финансирования здравоохранения с целью их последующего повсеместного внедрения. Затем были предприняты попытки введения новой системы оплаты труда (НСОТ), предусматривающей отказ от единой тарифной сетки оплаты труда работников бюджетной сферы (ЕТС) и переход на более гибкую систему начисления заработной платы по конечному результату. Однако данная инициатива получила ограниченное воплощение, поскольку методологическая основа для перехода на НСОТ не была достаточно разработана, а критерии и порядки оценки деятельности медицинских работников по конечному результату не были определены. В итоге переход на НСОТ во многих организациях оказался исключительно формальным.

Значительной реорганизации также подверглась система ОМС, хотя судить об эффективности этого процесса пока рано. В соответствии с принятым в 2009 году законодательством значительно повысились ставки взносов работодателей на ОМС работающего населения, а также прошел процесс централизации финансовых поступлений на федеральном уровне. С 1 января 2011 года вступил в силу новый закон об ОМС, который обеспечивает полную централизацию средств ОМС на федеральном уровне. ФФОМС выполняет функции страховщика, и все средства, включая взносы из региональных бюджетов на страхование неработающего населения, подлежат зачислению в ФФОМС.

Территориальные фонды ОМС только управляют ресурсами ФФОМС в ходе реализации базовой программы ОМС на своей территории. Все порядки по реализации ОМС устанавливаются на федеральном уровне.

Оценка системы здравоохранения

Наблюдавшееся после распада СССР замещение государственных расходов на здравоохранение личными платежами граждан в целом свидетельствует о тенденции к менее справедливому распределению ресурсов и создает условия для роста неравенства в экономической доступности медицинского обслуживания для разных групп населения. Кроме того, имеет место и региональное неравенство в доступе к медицинской помощи, характеризуемое крайне неравномерным распределением уровня финансирования здравоохранения по регионам страны. Несмотря на усилия федеральных властей, региональное неравенство только увеличивается. Доступность медицинской помощи значительно ниже в сельских районах по сравнению с городами. Наиболее часто медицинскими услугами пользуются люди с определенным достатком, в отличие от малообеспеченных слоев населения, хотя состояние здоровья последней категории граждан значительно хуже.

Согласно опросу общественного мнения в целом население недовольно системой здравоохранения РФ.

Показатели состояния здоровья населения существенно различаются по регионам РФ. Показатели перинатальной и младенческой смертности различались по регионам соответственно в 3 и 4 раза. Горожане, в отличие от сельских жителей, обладают лучшим здоровьем, а женщины живут значительно дольше мужчин. Вместе с тем системе здравоохранения удалось добиться значительных улучшений основных показателей состояния здоровья населения: младенческой смертности, перинатальной смертности, смертности детей в возрасте до 5 лет и материнской смертности.

Несмотря на то, что в системе здравоохранения РФ определенные проблемы вызваны низким уровнем государственного финансирования, очевидно, что даже при нынешнем уровне, можно достичь лучшего функционирования системы. Эффективность использования выделяемых на социальные нужды бюджетных средств, в том числе расходы на здравоохранение, остаются достаточно низкими, потому как по таким показателям здоровья, как уровень смертности, РФ занимает те же

позиции, что и страны, которые выделяют на здравоохранение на 30–40% меньше средств. Главной сложностью на пути технического усовершенствования системы здравоохранения остаются механизмы финансирования бюджетных медицинских учреждений из средств местных бюджетов вне зависимости от объемов и качества оказанной медицинской помощи. Именно по этой причине практически все недавние реформы ставят своей целью введение одноканального финансирования, обеспечиваемого укрепленной системой ОМС.

Многое предстоит сделать для более эффективного распределения ресурсов в системе здравоохранения РФ. Полученные данные указывают, что в системе здравоохранения РФ оказание стационарной помощи занимает лидирующие позиции во многом за счет пренебрежения ПМСП. Показатели использования ресурсов также свидетельствуют об ограниченной эффективности их распределения. К примеру, уровень госпитализации значительно превышает аналогичный показатель в странах Европейского региона ВОЗ. Такой высокий уровень госпитализации вкупе с высоким показателем вызовов скорой медицинской помощи (часто пациентов с обострениями хронических заболеваний) подтверждает низкую эффективность сектора ПМСП. В свете недавних реформ были предприняты попытки усилить сектор ПМСП и добиться равного распределения ресурсов на амбулаторный и стационарный сектора. Однако до сих пор нет данных, свидетельствующих об успешном проведении этих реформ.

1. Введение

1.1 География и социодемография

Россия занимает площадь более 17 млн км² и является самой большой страной мира. Протяженность береговой линии составляет 37 653 км, сухопутных границ – более 20 000 км. РФ граничит с Азербайджаном, Белоруссией, Грузией, Казахстаном, Китаем, КНДР, Латвией, Литвой, Монголией, Норвегией, Польшей, Украиной, Финляндией и Эстонией (рис. 1.1). Климат – от субтропического на юге страны и умеренно континентального в Европейской части России до субарктического в Сибири. Разнообразны и природные зоны – от степей на юге до тундр на севере. Мягкие зимы Черноморского побережья контрастируют с крайне суровыми в Сибири, а знойное лето степей – с прохладным Арктического побережья. Эксклав Калининград, расположенный на побережье Балтийского моря, также является субъектом РФ, хотя и не имеет с ней общей границы. Леса занимают 51% территории страны, а пахотные земли – лишь 13%. Значительная часть пахотных земель расположена либо в слишком холодном, либо в слишком сухом климате. Страна богата природными ресурсами – нефтью, газом, углем, древесиной и другими стратегическими видами полезных ископаемых. В то же время широкому освоению природных ресурсов препятствуют суровый климат, сложный ландшафт и огромные расстояния (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003).

По данным за 1992 год население России достигло своего пика и составило 148,3 млн человек, после чего численность его сокращалась (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). Такая ситуация объясняется понижением коэффициентов фертильности и рождаемости и высокой смертностью (таблица 1.1). В других государствах, находящихся в состоянии социального, экономического и политического перехода, наблюдаются низкие показатели коэффициентов фертильности и рождаемости, однако по сравнению с соседними странами уровень смертности в России гораздо выше, особенно среди мужского населения трудоспособного возраста. Причины, лежащие в основе данной демографической тенденции, и ее последствия изложены ниже (раздел 1.4).

Рис. 1.1

Карта Российской Федерации



Источник: United Nations, 2004.

Таблица 1.1

Демографические показатели Российской Федерации, выборочные годы

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
Общая численность населения, млн человек	139,00	148,30	148,10	146,30	143,20	141,90
% женского населения	53,90	53,20	53,10	53,30	53,60	53,80
% населения в возрасте 0–14 лет	21,60	23,00	21,40	18,20	15,10	14,80
% населения в возрасте 65 и старше лет	10,20	10,10	11,90	12,40	13,80	13,10
Ежегодный прирост населения, %	0,71	0,39	-0,13	0,00	-0,49	-0,07
Плотность населения (кол-во человек на км ²)	8,50	9,00	9,00	8,90	8,70	8,70
Общий коэффициент фертильности (число родов на одну женщину)	1,90	1,90	1,30	1,20	1,30	1,60
Общий коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек населения)	15,90	13,40	9,30	8,70	10,20	12,40
Общий коэффициент смертности (на 1000 человек населения)	11,00	11,20	15,00	15,40	16,10	14,20
Коэффициент демографической нагрузки	46,80	49,40	50,00	44,00	40,60	38,60
% сельского населения	30,20	26,60	26,60	26,60	27,10	27,20
% грамотного населения (число лиц в возрасте от 15 лет ^a и старше)	98,80	99,20	99,40	99,60	99,40 ^b	99,60

Источники: World Bank, 2011с; ^aЕвропейское региональное бюро В03, 2011.

Примечание: коэффициент демографической нагрузки представляет собой соотношение числа лиц в возрасте до 14 лет и в возрасте 65 лет и старше к числу лиц в трудоспособном возрасте (15–64 лет); ^bпо данным за 2004 г.

После распада СССР в России начались массовые перемещения населения. «Обратная миграция» этнических русских из соседних стран бывшего Советского Союза достигла высокого уровня. Кроме того в поисках хорошо оплачиваемой работы в страну приехало большое количество экономических мигрантов из соседних государств. Россияне тоже стали активно перемещаться внутри страны, т.к. были сняты ограничения на место жительства, существовавшие при Советском Союзе. В результате, в настоящее время наблюдается бóльшая мобильность населения по сравнению с аналогичным явлением в советские времена, а количество людей, переезжающих из сельской местности в города, постоянно увеличивается (Wegren, 2007). Граждане также перебираются из городов на крайнем севере в места с менее суровым климатом, как самостоятельно, так и по программам переселения. Конфликты в Чеченской Республике привели к значительному внутреннему перемещению населения, что сказалось на граничащих с республикой субъектах РФ.

Официальный язык в стране – русский, однако на территории РФ говорят более чем на 100 различных языках, что свидетельствует о ее значительном культурном и этническом многообразии. Всего в РФ проживает более 150 этнических меньшинств. Согласно переписи населения 2002 года к числу самых многочисленных групп населения принадлежат русские (79,8%), татары (3,8%), украинцы (2%), башкиры (1,2%) и чувашаи (1,1%), а на долю остальных приходится 12,1%. Большинство россиян либо не верят в Бога, либо верят, но не ходят в церковь. Самой крупной по численности религиозной группой является Русская Православная Церковь, за которой следует примерно 15–20% населения, у ислама – 10–15% последователей и у остальных христианских конфессий – 2% (Central Intelligence Agency, 2010). «Национальными религиями» официально считаются только русское православие, ислам, иудаизм и буддизм.

1.2 Экономика

Непосредственные экономические последствия распада СССР отразились на России в виде гиперинфляции, достигшей 2500% в 1992 году, а также краха промышленного производства и ВВП, уровень которого снижался в течение семи лет подряд, в совокупности составив 40% от уровня 1990 года (Rutland, 2005) (таблица 1.2). Значительно выросла безработица по сравнению с базовым нулевым уровнем, существовавшим в советской

системе. Проблемы на рынке труда усугублялись высоким уровнем «скрытой» безработицы, задолженностью по заработной плате и выплатами в натуральной форме – так крупные убыточные предприятия пытались сопротивляться давлению рынка. Тем не менее, в начале 1990-х годов проблема задолженности по зарплате государственным служащим – учителям и работникам здравоохранения – стояла весьма остро, поскольку правительство не справлялось с бюджетным дефицитом.

Таблица 1.2

Макроэкономические показатели, выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ВВП в текущих ценах, млрд долл. США	517	396	260	764	990	1300	1660	1220	1480
ВВП по ППС, млрд межд. долл.	1190	832	1000	1700	2140	2390	2880	2680	2810
ВВП на душу населения, в текущих ценах, долл. США	1647	1288	1229	3771	5292	6772	8514	7241	8764
ВВП на душу населения по ППС в текущих ценах, межд. долл.	5116	3657	4792	8699	9839	10 904	11 370	11 429	12 050
Годовой рост ВВП, %	-3,00	-4,10	10,00	6,40	8,20	8,50	5,30	-7,80	4,00
Общие государственные расходы, % ВВП ^a	-	43,70	25,50	27,40	31,00	33,80	33,80	41,10	-
Положительное сальдо/дефицит, % ВВП	-	-	-	-	8,00	6,20	5,60	5,30	-
Налоговые поступления, % ВВП	-	-	-	-	16,60	16,60	15,80	12,90	-
Добавленная стоимость в промышленности, % ВВП	48,40	37,00	37,90	38,10	37,20	36,40	35,90	32,80	-
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве, % ВВП	16,60	7,20	6,40	5,00	4,50	4,40	4,40	4,70	-
Добавленная стоимость в сфере услуг, % ВВП	35,00	55,90	55,60	57,00	58,20	59,10	59,70	62,50	-
Рабочая сила, млн человек	76,80	72,20	72,30	74,40	75,10	76,10	76,00	75,90	-
Безработица, % рабочей силы	-	9,50	10,60	7,10	7,10	6,10	6,30	8,20	-
Коэффициент Джини	-	-	-	37,51	-	43,68	42,27	-	-
Реальная процентная ставка, %	-	72,30	-9,60	-7,20	-4,10	-3,30	-5,20	12,50	-
Официальный обменный курс (рубли к долл. США, среднее за период)	-	4,56	28,13	28,28	27,19	25,58	24,85	31,74	30,37

Источники: Всемирный банк 2011с; ^aWHO, 2011.

Последствия модели советской индустриализации проявились в том, что после распада СССР российская экономика столкнулась с определенными проблемами при переходе от административно-командной системы к рыночным отношениям. В советские времена основное внимание уделялось тяжелой промышленности в ущерб легкой промышленности и сфере услуг. Государство было сосредоточено на развитии промышленности, мало уделяя внимания рентабельности, воздействию на экологию

и издержкам неиспользованных возможностей. Последнее воплощено в концепции моногородов, которые предоставляли рабочим и их семьям жилье, услуги по уходу за детьми и даже медицинское обслуживание в ограниченном объеме. Эти города столкнулись с большими проблемами: промышленные предприятия, являвшиеся основным градообразующим элементом, стали экономически нежизнеспособными при рыночной экономике, а возможностей для диверсификации экономической деятельности там тоже практически не было.

До 1995 года не наблюдалось признаков стабилизации макроэкономических показателей; затем инфляция была взята под контроль, и к 1997 году наметилось некоторое возрождение экономики. В том же году из-за восточноазиатского кризиса цены на нефть резко упали, в результате чего сальдо платежного баланса уменьшилось. Это, в свою очередь, вкупе с дефицитом бюджета привело к сильной девальвации рубля, дефолту по государственным долгам и краху частного банковского сектора (Rutland, 2005). «Рублевый кризис» – именно так его запомнили – оказал сильнейшее воздействие на российское население, но, в конце концов, благодаря девальвации рубля сократился объем импорта (который стал непомерно дорогим), что позволило российской промышленности и сельскому хозяйству отвоевать некоторые свои старые рынки (Rutland, 2005). Это, в свою очередь, привело к быстрому повышению уровня жизни, что положительно сказалось на развитии сельского хозяйства: потребление продуктов питания увеличилось, и благодаря девальвации рубля сократился их импорт. Государственные программы поддержки тоже способствовали увеличению объема производства отечественных продуктов питания и эффективности сельского хозяйства (Wegren, 2007). Однако из-за сильной засухи 2010 года объем сельскохозяйственной продукции снизился на 12,1% , что привело к резкому увеличению цен на продукты питания (Всемирный банк, 2011b).

На смену экономической нестабильности эры Б.Н. Ельцина, пришло правление В.В. Путина с неуклонным ростом экономики, умеренной инфляцией, сбалансированным бюджетом и значительным положительным сальдо торгового баланса: в 2004 году реальная заработная плата поднялась на 28% по сравнению с предкризисным периодом до 1998 года (Rutland, 2005). Измерить уровень бедности в РФ за прошедший период представляется сложным, т.к. происходили различные изменения в методах измерения уровня бедности, направленных на более точное воссоздание картины в обществе. Рост задолженности по зарплате и развитие теневой экономики в начале 1990-х годов свидетельствует

о том, что для оценки уровня бедности использовались методы, основанные на учете расходов, а не доходов. В 2000 году были пересмотрены товары потребительской корзины и введены оценки прожиточного минимума по регионам; это показало, что уровень бедности значительно выше, и выявило масштабы регионального неравенства (Mosley & Mussurov, 2009). Правительство РФ заявило, что его цель – сократить вдвое количество граждан, живущих в бедности, за период 2002–2007 годов. Уровень бедности в городах быстро снизился, т.к. улучшилась макроэкономическая ситуация, но разрыв между селом и городом оказался настолько широким, что к 2004 году бедность стала присуща исключительно селу (Gerry, Nivorozhkin & Rigg, 2008). На территории России процесс экономического роста проходил неравномерно. Были выявлены различия между регионами и секторами экономики, которые привели к такому явлению как «эластичная бедность» – т.е. в одних регионах экономический рост работал на бедных, а в других – сказывался на них пагубно (Mosley & Mussurov, 2009). В 2010 году общий уровень бедности продолжал снижаться, несмотря на повышение цен на продукты. Это происходило благодаря проведению антикризисных мер, направленных на значительное увеличение размера пенсий и заработной платы, к тому же уровень безработицы оказался ниже, чем предполагалось. Расчеты, произведенные по методике Международной организации труда, показывают, что уровень безработицы среди населения упал с 9,1% в январе 2010 года до 7,6% в январе 2011 года (Всемирный банк, 2011b). Однако данная методика не учитывает значительные региональные различия; в конце 2010 года число безработных по регионам варьировалось от 1,6% в Москве до 47,5% в Республике Ингушетия (Всемирный банк, 2011b).

Устойчивость восстановления экономики на основе высоких цен на нефть оказалась под вопросом после наступления глобального экономического кризиса и, как следствие, падения мировых цен на топливо в 2008 году. Кризис выявил, что российская экономика не способна к диверсификации, и следовательно, она уязвима в условиях неустойчивых международных товарно-сырьевых рынков, несмотря на созданный в 2004 году Стабилизационный фонд РФ, призванный защищать экономику страны от подобных внешних экономических катаклизмов (Министерство финансов Российской Федерации, 2010). В 2000 году доля нефти и газа составляла меньше половины от общего объема экспорта, но к 2010 году эта цифра выросла до двух третьих, к тому же, еще 15% приходилось на другие добывающие отрасли (Всемирный банк, 2011a).

1.3 Политика

Россия вышла из состава Советского Союза в 1991 году; президентом страны стал Б.Н. Ельцин. В 1993 году национальный референдум одобрил Конституцию Российской Федерации. В том же году состоялись выборы в Федеральное Собрание Государственной Думы. В Российской Федерации – федеральная политическая система, которая подчинена Президенту РФ. Исполнительную власть возглавляет Президент РФ, который избирается народным голосованием на 4 года (начиная с выборов 2012 года – на 6 лет), но не может пребывать у власти более двух сроков подряд. Федеральное Собрание РФ является органом законодательной власти, состоящим из двух палат: Совета Федерации (166 мест назначаются высшими исполнительными и законодательными должностными лицами в каждом из 83 субъектов РФ сроком на 4 года) и Государственной Думы (450 мест избираются всеобщим голосованием сроком на 4 года). Судебная система состоит из Конституционного суда РФ, Верховного суда РФ и Высшего Арбитражного Суда РФ. Все судьи этих инстанций назначаются Советом Федерации РФ на пожизненный срок по представлению Президента РФ.

Конституция Российской Федерации – президентская по своему характеру; Президент РФ обладает большими полномочиями, и Правительство РФ отчитывается перед Президентом РФ, а не перед парламентом (Государственной Думой РФ). Парламент может только отклонить кандидатуру премьер-министра, предложенную Президентом РФ, и выразить вотум недоверия Правительству РФ в целом. Президентская власть определена и ограничена Конституцией Российской Федерации (1993); изменить ее можно только посредством референдума. Президентские полномочия были дополнительно укреплены при В.В. Путине, который пребывал у власти в течение двух сроков с марта 2000 года по май 2008 года, а затем его сменил Д.А. Медведев – кандидатура, выдвинутая Президентом РФ. На момент написания обзора В.В. Путин занимал должность Председателя Правительства РФ.

Характер российской политической системы и общественное разочарование по отношению к партийной политике свидетельствует о том, что в России политические партии играют меньшую роль, чем в других странах (White, 2005). Например, Президент РФ Д.А. Медведев, подобно своим предшественникам В.В. Путину и Б.Н. Ельцину, не состоит ни в одной партии. После внесения изменений в выборное законодательство, согласно которым был введен минимальный барьер в 5% (в 2007 г. увеличенный до 7%) для прохождения в Государственную Думу РФ, многие

написания обзора самыми крупными партиями в правительстве являлись «Единая Россия», «Коммунистическая партия Российской Федерации» (КПРФ), «Справедливая Россия» и «Либерально-демократическая партия России» (ЛДПР). «Единая Россия» – это «партия власти», которую, однако, нельзя назвать типичной в том смысле, что она растет и крепнет благодаря поддержке Президента РФ, а не за счет выработанной идеологии и прочной сети низовых партийных организаций (White, 2005). В результате быстрой и хаотичной приватизации, проведенной в начале 1990-х годов, на свет появился новый класс влиятельных экономических магнатов, известных как «олигархи», которые обладали огромным влиянием в политике во время правления Президента РФ Б.Н. Ельцина. Однако с приходом к власти Президента РФ В.В. Путина политическое влияние этой группы уменьшилось (Sakwa, 2008).

В России – федеральная политическая система. В январе 2006 года прошел процесс объединения субъектов РФ, в результате чего регионов стало 83, из них областей – 46, республик – 21, краев – 9, автономных округов – 4, автономных областей – 1, а также города – Москва и Санкт-Петербург. Все субъекты РФ обладают равными правами. В начале правления Президента РФ Б.Н. Ельцина регионам было позволено получить столько суверенитета, сколько им было под силу; а некоторые вообще решили выйти из состава РФ. В результате в 1990-х годах у регионов была значительная автономия, хотя республики (руководители которых пользовались наибольшей властью) и регионы-доноры (те, что отчисляли в федеральный бюджет больше доходов, чем получали из него) могли в значительной степени диктовать свои условия и имели наибольшую свободу действий. При Президенте РФ В.В. Путине были предприняты энергичные усилия с тем, чтобы взять под контроль некоторые наиболее независимые субъекты РФ и справиться с разностатусностью субъектов путем введения дополнительного уровня администрирования: субъекты РФ были сгруппированы в 7 федеральных округов во главе с Полномочными представителями Президента РФ. В 2010 году в соответствии с указом Президента РФ был создан дополнительный федеральный административный округ. Цель – усиление централизации власти или осуществление более эффективного контроля исполнительной власти и реинтеграции правового и конституционного пространства в РФ (Hahn, 2005). Задача Полномочных представителей Президента РФ в федеральных округах состояла в том, чтобы обеспечить в регионах исполнение федеральными ведомствами федеральных постановлений и других политических инициатив, а не указаний органов местного самоуправления.

В 2005 году начался процесс политической рецентрализации в рамках, установленных ФЗ РФ от 04.07.2003 № 95-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации□» и ФЗ РФ от 11.12.2004 № 159-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации□ и в Федеральный закон „Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации□».

С 2005 года губернаторы регионов не избираются, а назначаются региональными парламентами по рекомендации Президента РФ. В 2009 году процедура назначения губернатора региона была значительно изменена с целью укрепления институционального потенциала политических партий для формирования исполнительной власти. Партия, победившая на региональных выборах, рекомендует троих кандидатов в губернаторы Президенту РФ. Если партия не выдвигает ни одной кандидатуры, тогда Президент РФ выбирает из списка, предложенного Полномочным представителем Президента РФ в федеральном округе (ФЗ РФ от 05.04.2009 № 41-ФЗ; Указ Президента РФ от 23.04.2009 № 441).

В результате рецентрализации у региональных руководителей сейчас – более сильные стимулы выполнять министерские программы и следовать политическому курсу, поскольку они отчитываются перед Администрацией Президента РФ, а не перед местным электоратом. Однако с 2005 года сильной ротации региональных руководителей не наблюдается и политическая жизнь за пределами столицы идет своим чередом. В каждом регионе – свой ритм. Разнообразие велико, нет «типичного» региона, который можно было бы взять в качестве модели, представляющей определенные шаблоны и тенденции. Субъекты РФ (регионы) подразделяются на муниципалитеты. В 2009 году количество муниципалитетов составило 23 907, из них – 1829 муниципальных районов, 512 городских округов и 21 330 поселений (Федеральная служба государственной статистики, 2010а). Эти низовые уровни администрации обладают небольшой политической властью в национальном масштабе, но они очень важны в жизни местного населения.

В 1997 году Россия вошла в состав «Группы восьми» и стала постоянным членом Парижского клуба кредиторов; у страны – договор о статусе присоединения к ВТО с 1993 года и к ОЭСР с 1997 года. Членство России

в международных организациях включает: ООН (полноправный член ООН, постоянный член Совета Безопасности ООН), СНГ и Организацию по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ). Страна ратифицировала большинство основных международных конвенций, которые имеют отношение к здоровью, в том числе «Конвенцию ООН о правах ребенка» и «Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака» (по состоянию на июнь 2008 года). Так как Россия является ведущей промышленной страной (что доказано фактом ее членства в «Группе восьми»), декларация «Цели тысячелетия в области развития (ЦТР)» не представляет собой официальной основы планирования для Правительства РФ. В 1992 году Россия подала заявку на вступление в Совет Европы и с 1996 года является полноправным его членом. Однако обеспокоенность общественности в отношении нарушений прав человека в Чеченской Республике привели к призывам приостановить членство РФ в Совете Европы; в сентябре 2009 года Европейский суд по правам человека вынес 115 решений по делам о серьезных нарушениях прав человека на Северном Кавказе. Почти во всех случаях суд постановил, что РФ ответственна за «исчезновения», внесудебные казни и пытки и за отсутствие должного расследования этих преступлений (Human Rights Watch, 2009).

В 2009 году индекс восприятия коррупции для РФ составил 2,2 балла из 10 возможных (в случае, когда в стране коррупции нет). Наравне с Россией аналогичную оценку в 2009 году получили Украина, Сьерра-Леоне и Зимбабве (Transparency International, 2010). В 2008 году индекс восприятия коррупции для Российской Федерации был зафиксирован на уровне 2,1 балла. Президент РФ Д.А. Медведев сделал борьбу с коррупцией приоритетным направлением своей внутренней политической стратегии, и в первый месяц своего президентского правления в мае 2008 года издал «Национальный план противодействия коррупции». После многих лет малопродуктивной полемики в настоящее время систематически предпринимаются попытки по исследованию коррупции в РФ и борьбе с ней. Однако практическая реализация нового антикоррупционного законодательства будет сопряжена с рядом значительных трудностей (Transparency International, 2009).

1.4 Состояние здоровья населения

Несмотря на то, что данные о количестве смертей в РФ являются достаточно полными и достоверными, здесь, как и во многих странах бывшего Советского Союза, при расчетах не используются новые критерии

живорождения, принятые ВОЗ. Это означает, что данные о смертности новорожденных могут быть занижены в официальной статистике примерно на 50%, а младенческой смертности – примерно на 25% (Shkolnikov & Jdanov, 2010). Аналогичные ограничения распространяются и на критерии материнской смертности; в результате показатели материнской смертности в официальной российской статистике часто оказываются ниже по сравнению с показателями, которые могли бы быть получены при расчетах в соответствии со стандартными критериями ВОЗ (UNICEF, 2010). По данным Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) уровень младенческой смертности в России в 2008 году составил 12 смертей на 1000 живорожденных, а уровень смертности детей в возрасте до 5 лет – 27 смертей на 1000 живорожденных (официальные российские показатели были соответственно 8,5 и 10,8). По данным ЮНИСЕФ в 2005 году материнская смертность составила 28 смертей на 100 000 живорожденных, а по официальной российской статистике – 25,4 (UNICEF, 2010). Вместе с тем и официальные российские данные, и оценки ЮНИСЕФ демонстрируют тенденции к сокращению показателей, как младенческой, так и материнской смертности, начиная с середины 1990-х годов (таблица 1.3).

Таблица 1.3

Смертность и показатели состояния здоровья населения, выборочные годы

	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	74,3	71,6	72,3	71,8	72,3	72,4	73,2	73,9	74,2	74,7
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	63,7	58,1	59,0	58,6	58,9	58,9	60,4	61,4	61,8	62,8
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, общая (лет)	69,2	64,5	65,3	64,8	65,3	65,3	66,6	67,5	67,9	68,7
Смертность, женщины (на 1000 женского населения)	8,9	13,3	13,5	14,1	13,7	13,8	13,3	12,9	12,9	12,6
Смертность в трудоспособном возрасте, женщины (на 1000 женщин в возрасте 16–54 лет)	2,0	3,0	2,9	3,4	3,3	3,4	3,0	2,9	2,8	2,7
Смертность, мужчины (на 1000 мужского населения)	16,9	16,9	17,3	18,9	18,6	18,8	17,4	16,7	16,6	16,0
Смертность в трудоспособном возрасте, мужчины (на 1000 мужчин в возрасте 16–59 лет)	7,6	12,8	11,5	12,7	12,7	13,0	11,7	10,9	10,7	10,0
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)	17,4	18,1	15,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1
Детская смертность в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	21,3	22,5	19,3	15,7	14,5	13,9	13,0	11,8	10,8	10,2
Материнская смертность (на 100 000 живорожденных)	47,4	53,3	39,7	31,9	23,4	25,4	23,8	22,0	20,7	22,0

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010б.

Продолжительность жизни в РФ сильно снизилась после распада Советского Союза в 1991 году, но к 2009 году почти полностью восстановилась на прежнем уровне. Хотя сокращение продолжительности жизни произошло как среди мужского, так и женского населения, наибольшее падение данного показателя было зафиксировано среди мужчин. Очевидно, что такая разница показателей не являлась искусственной. Кроме того, неоспоримые факты свидетельствуют о том, что чрезмерное потребление алкоголя, в том числе спиртосодержащих жидкостей непитьевого назначения, сыграло ключевую роль в первоначальном снижении продолжительности жизни (Leon et al., 1997) и по-прежнему оказывает на нее негативное воздействие, особенно среди мужчин трудоспособного возраста (Leon et al., 2007). Еще одним фактором, влияющим на состояние здоровья населения, является курение. Ратификация «Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» в июне 2008 года стала значительным прорывом в области здравоохранения в России, т.к. традиционно количество курящих мужчин было велико (61,3% в 2002–2005 годах). Хотя курение среди женщин было гораздо менее популярно (15% в 2002–2005 годах), российские женщины оказались основной целевой группой для международных табачных компаний, которые стали очень быстро распространяться на постсоветском пространстве (WHO Regional Office for Europe, 2010). В период 1990–2000-х годов потребление сигарет в РФ достигло небывалого уровня в 81%, несмотря на снижение численности населения (Danishevski, Gilmore & McKee, 2007). Нужно учитывать и смертность от внешних причин; например, в 2004 году в РФ смертность от ДТП была одной из самых высоких в Европе (25,2 смертей на 100 000 человек населения), что особенно коснулось мужчин трудоспособного возраста (Всемирный банк, 2009) (таблица 1.4).

Разница показателей продолжительности жизни объясняется, в основном, изменениями в уровне смертности из-за сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин. Больше всего это коснулось молодых людей и мужчин среднего возраста из низших социально-экономических групп населения, проживающих в регионах, где экономические перемены проходят наиболее динамично (Chenet et al., 1998; Walberg et al., 1998; Shkolnikov, McKee & Leon, 2001). Смертность среди мужчин очень высока по сравнению с государствами с аналогичным доходом и уровнем развития; по данному показателю существует огромный разрыв между Россией и другими странами «Группы восьми».

Таблица 1.4

Смертность по причинам смерти (на 100 000 человек населения по возрастным группам), 1990–2009 гг., выборочные годы

Основные причины смерти ^a	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Инфекционные болезни</i>								
Инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)	12,1	20,7	24,9	27,2	25,1	24,2	24,3	24,0
Туберкулез (A17–A19)	7,9	15,4	20,5	22,5	20,0	18,4	17,9	16,8
<i>Неинфекционные болезни</i>								
Болезни системы кровообращения (I00–I99)	618,7	790,7	845,1	908,0	864,7	833,9	835,5	801,0
Злокачественные новообразования (C00–C97)	192,2	200,9	202,9	199,4	200,9	201,2	201,9	204,9
Злокачественные новообразования органов пищеварения (C15–C26)	81,0	80,6	78,0	76,0	75,6	76,2	76,2	76,8
Болезни органов дыхания (J00–J99)	59,4	73,9	70,2	66,2	58,1	54,8	56,0	56,0
Болезни органов пищеварения (K00–K93)	28,7	46,1	44,4	65,5	62,8	61,7	63,7	62,7
Внешние причины (V01–Y89)	134,0	236,8	219,0	220,7	198,5	182,5	172,2	158,3
Транспортные несчастные случаи (V01–V99)	29,2	26,3	27,2	28,1	26,8	27,5	25,0	21,2
Преднамеренное самоповреждение (X60–X84)	26,5	41,4	39,1	32,2	30,1	29,1	27,1	26,5

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010b.

Примечание: ^aПричины смерти приведены в соответствии с Международной классификацией болезней МКБ-10 (ВОЗ, 1994).

К основным трем причинам смерти в РФ относятся смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и внешних причин (включая травмы и отравления) (таблица 1.4). Мужская смертность значительно выше женской; женщины чаще умирают от онкологических заболеваний, чем от внешних причин. Множество смертей, происшедших в результате внешних причин, в какой-то степени связаны с потреблением алкоголя. Но особое беспокойство вызывает высокая смертность по международным стандартам в РФ в результате дорожно-транспортного травматизма (21,1 смертей на 100 000 человек населения в 2008 году); половина этих смертей приходится на людей в возрасте 15–44 лет (Marquez & Bliss, 2010). Последние данные по РФ, полученные по ожидаемой продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность, показывают, что здоровье российских женщин в последние годы жизни ухудшается, несмотря на то, что они живут значительно дольше мужчин. В 2007 году данный показатель у женщин составил 65,5 лет, а у мужчин – всего лишь 54,3 года, что свидетельствует об его очень низком уровне по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

Хотя неинфекционные болезни приводят к наибольшей смертности и заболеваемости в РФ, инфекционные болезни также представляют серьезную угрозу здоровью населения. После распада Советского Союза заболеваемость туберкулезом (ТБ) резко возросла; разрешение сложившейся ситуации – основная задача системы здравоохранения РФ и международных гуманитарных организаций (Маркес, П. В. с соавт., 2010). Хотя эпидемиологическая ситуация и стабилизировалась, она по-прежнему остается серьезной, т.к. уровень туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) высок, и эпидемия туберкулеза накладывается на устоявшуюся эпидемию ВИЧ/СПИДА (Перельман, М.И., Михайлова, Ю.В., 2008).

В 1990-х годах существовали проблемы с плановой иммунизацией; сейчас профилактическая вакцинация инфекционных болезней доведена до прежнего высокого уровня. В 2008 году 97,1% младенцев были привиты комбинированной вакциной против дифтерии, коклюша и столбняка; 98,3% против ТБ; 98,1% против полиомиелита; и 97,8% против гепатита В (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). Данных по вакцинированию паротита и краснухи за 2008 год нет, и их нельзя получить, основываясь на информации по вакцинации кори, т.к. тривакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК) не прививается на регулярной основе. Вакцинация против гемофильной палочки типа В (Хиб-инфекции) не стоит в плане.

2. Организационная структура и управление

2.1 Обзор системы здравоохранения

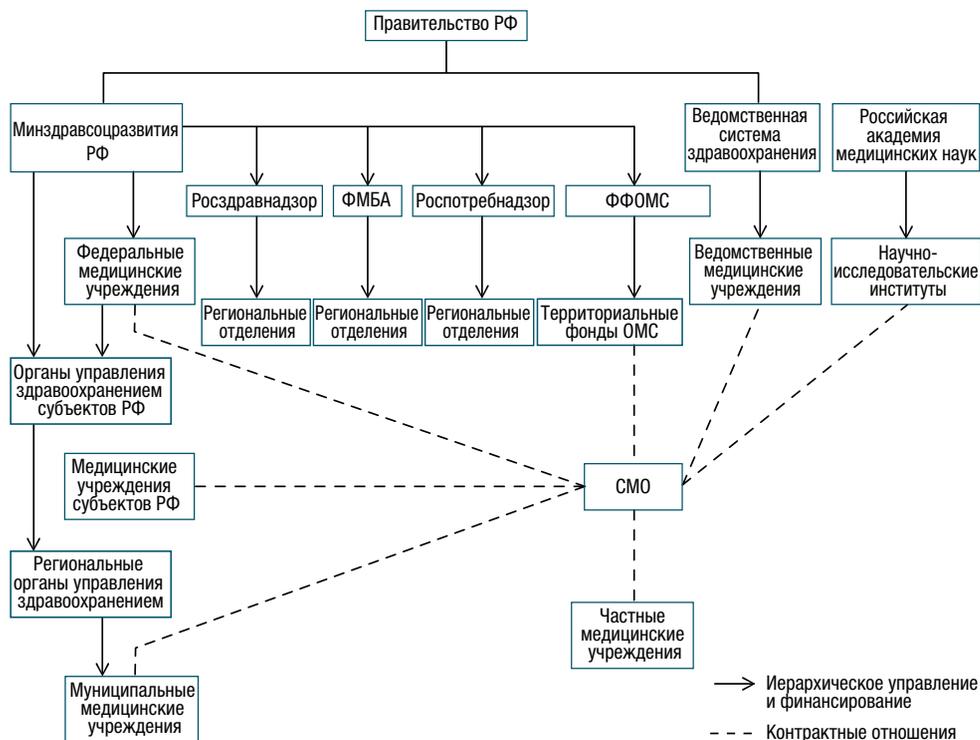
Россия унаследовала от СССР разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения. На фоне изменений, произошедших за последние двадцать лет в области организации работы и управления системы здравоохранения, отмечается высокая степень ее централизации и преимущественная ориентация на общедоступность базовых медицинских услуг.

Деятельность системы общественного здравоохранения РФ регулируют такие ведущие организации, как Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России), федеральные службы Роспотребнадзор и Росздравнадзор, а также Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА) и Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Организации каждого из иерархических уровней напрямую подотчетны вышестоящей инстанции (рис. 2.1).

Деятельность департаментов здравоохранения, регулируемая региональными органами управления, направлена на поддержание подведомственных им медицинских учреждений (многопрофильных и специализированных больниц, амбулаторно-поликлинических учреждений, диагностических центров, специализированных больниц скорой медицинской помощи, и т.д.) и осуществление мониторинга за деятельностью муниципальных комитетов здравоохранения и подведомственных им медицинских организаций. Муниципалитеты осуществляют контроль над деятельностью принадлежащих им медицинских учреждений. Сеть медицинских учреждений в городах включает общие и специализированные больницы, поликлиники, больницы скорой медицинской помощи, диагностические центры, и т.д. В сельской местности система представлена центральными

Рис. 2.1

Обзор системы здравоохранения Российской Федерации



районными, районными и небольшими участковыми больницами. ПМСП предоставляют амбулаторные отделения сельских больниц и ФАПы, которые, как правило, входят в состав близлежащей сельской больницы. Помимо системы общественного здравоохранения, управляемой Минздравсоцразвития России, имеются «параллельные» системы предоставления медицинских услуг сетью министерских поликлиник, больниц, санаториев и государственных медицинских учреждений.

Государственное финансирование системы здравоохранения осуществляется из двух источников: из средств бюджетов, распределяемых федеральными, региональными и местными органами власти, а также из средств системы ОМС, управляемой ФФОМС и территориальными фондами ОМС (раздел 3).

2.2 Историческая справка

Система здравоохранения РФ унаследовала модель управления, разработанную Н. Семашко. До революции 1917 года медицинские услуги предоставлялись широкой сетью медицинских учреждений. В послереволюционный период была введена система Н. Семашко, на основе которой и сформировалось современное российское здравоохранение. Ключевым принципом советской системы стало обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания. Финансирование системы осуществлялось из средств налогоплательщиков и отличалось высоко централизованной моделью управления материальными и кадровыми ресурсами в соответствии с иерархией медицинских учреждений, представленных на местном, региональном, республиканском и краевом уровнях. В советское время все работники здравоохранения являлись государственными служащими, ведение частной практики было запрещено. Основное внимание уделялось постоянному увеличению трудовых и материальных ресурсов, а также развитию ведомственной системы здравоохранения, предоставляющей услуги преимущественно сотрудникам крупных промышленных производств, представителям некоторых министерств (например, Министерства транспорта и Министерства внутренних дел) и высшему руководящему составу КПСС. Система Н. Семашко, основанная на принципах общедоступного и всестороннего бесплатного медицинского обслуживания, отличалась универсальностью, несмотря на различия в качестве медицинских услуг, оказываемых региональными, федеральными и ведомственными медицинскими учреждениями. Вместе с тем такая система была убыточной и характеризовалась чрезмерным использованием ресурсов, в частности стационарной помощи. Тем не менее, благодаря системе удалось вести эффективный контроль над инфекционными болезнями, что привело к утверждению неинфекционных болезней в качестве основного элемента эпидемиологической парадигмы. Однако, осуществление контроля над неинфекционными болезнями, которые к концу советской эпохи стали преобладающими, осложнялось недостаточной гибкостью самой системы и неэффективностью механизмов ПМСП и профилактических мер (Figueras et al., 2004).

В конце 1980-х годов была предпринята попытка децентрализации системы управления медицинскими учреждениями, направленная на повышение эффективности их деятельности и отзывчивости

к нуждам населения. Пилотный проект в области здравоохранения, так называемый новый хозяйственный механизм, был экспериментально введен в трех областях – Кемеровской, Самарской и Ленинградской. Реформы были направлены на оптимизацию структуры медицинского обслуживания, усиление сектора ПМСП и предоставление большей автономии медицинским учреждениям. В соответствии с реформой были организованы территориальные медицинские объединения (ТМО), в сферу ответственности которых входило предоставление медицинских услуг прикрепленному населению. В основу концепта ТМО было положено понятие медико-страхового объединения, впервые введенное в США, согласно которому объединения являлись держателями бюджета и отвечали за оказание медицинской помощи прикрепленному населению. Как правило, в ТМО входили поликлиники, больницы, специализированные больницы, женские консультации, родильные дома, детские санатории, станции скорой медицинской помощи и т.д. Бюджет каждого ТМО рассчитывался на основе подушевых нормативов, в зависимости от общего количества прикрепленного населения. Поликлиники занимали ведущие позиции в ТМО, являясь держателями бюджета и предоставляя средства на оказание услуг больницам и медицинским учреждениям. Больницы получали средства по контрактам, заключенным с поликлиниками, а для установления расценок использовался метод оплаты услуг по клинически связанным группам (DRG/KCT), т.е. оплата в зависимости от типа заболевания, осложнений, схемы и продолжительности лечения. Все медицинские учреждения, помимо государственных средств, могли получать дополнительный доход от предоставления медицинских услуг частным клиентам и сотрудникам промышленных производств на договорной основе. Проведение реформ носило достаточно глубокий характер, как с институциональной, так и политической точек зрения. В результате был отмечен ряд положительных достижений, в частности, увеличилась доля амбулаторной помощи, по сравнению с ранее преобладающей тенденцией к использованию стационарной помощи, а также улучшились показатели эффективности. Фундаментальные аспекты данных реформ, включая финансовые механизмы, до сих пор можно наблюдать в пилотных регионах.

С распадом Советского Союза в 1991 году и началом перехода к рыночной экономике появилась потребность в реформировании механизмов финансирования системы здравоохранения РФ с целью отражения этих перемен и, что более важно, создания постоянного потока денежных средств, выделяемых исключительно для здравоохранения через целевые фонды. В результате была введена система ОМС.

Врачи, уровень дохода которых всегда был весьма низким, оказались не способными справиться с резко возросшей инфляцией и выступили за введение системы медицинского страхования в надежде на то, что это приведет к росту доходов. Механизм медицинского страхования, основанный на принципах рыночной экономики, получил поддержку страховых компаний в других отраслях. Система ОМС, становление которой полностью соответствовало проводимым в российской экономике рыночным реформам, была призвана ликвидировать с помощью рынка многие проблемы неэффективности и финансирования системы здравоохранения, унаследованной со времен Н. Семашко.

В условиях острой нехватки финансовых средств Верховный Совет РСФСР принял закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР»¹. Это стало первым шагом на пути создания законодательной базы для будущих комплексных реформ финансирования здравоохранения. В апреле 1993 года данный закон, отличающийся недостаточной эффективностью по ряду ключевых положений, был переработан и заменен законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (здесь и далее – закон «О медицинском страховании»²). Принятие закона «О медицинском страховании» ставило своей целью изыскание новых источников внебюджетного финансирования с тем, чтобы дополнить выделяемые бюджетные средства, создать механизм объединения финансовых средств в пул, сохранение общедоступного и всестороннего медицинского обслуживания, а также дать пациентам право выбора медицинского учреждения и СМО. Достижению поставленных целей должны были служить следующие меры: внедрение усовершенствованных механизмов управления системой здравоохранения и стимулов, напрямую определяемых конкуренцией, как среди страховщиков, так и среди медицинских учреждений.

Основные принципы новой системы финансирования, предусмотренной законом о медицинском страховании, включают (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003):

- здравоохранение, сохранив прежние источники финансирования, получает источник внебюджетных средств в виде страховых взносов, выплачиваемых исключительно работодателем. Средства последнего используются для обеспечения работающего населения медицинским

¹ Закон РСФСР от 28.06.1991 № 1499-1.

² Закон РФ от 02.04.1993 № 4741-1.

страхованием и выравнивания средств территориальных фондов.

На момент введения закона ставка страхового взноса составляла 3,6% начисленной оплаты труда;

- взносы за неработающих граждан платит государство (размер взноса не уточняется);
- создаются ФФОМС и территориальные фонды ОМС для объединения в пул средств, полученных от взносов работодателей и государства. В ФФОМС поступает 0,2% начисленной оплаты труда для выравнивания средств территориальных фондов ОМС, в которые работодатель вносит 3,4% начисленной оплаты труда. Территориальные фонды ОМС оплачивают услуги страховых компаний: на каждого застрахованного с учетом группы риска, – исходя из средств, полученных от работодателей, и из регионального и местного бюджетов;
- набор медицинских услуг по договору ОМС определяют федеральные власти, а регионы имеют право только расширять его;
- покупателями медицинских услуг от лица граждан выступают частные страховые компании, а при их отсутствии и до их появления – филиалы территориальных фондов ОМС;
- СМО оплачивают услуги медицинских учреждений с учетом результатов их деятельности по тарифам, которые ежегодно утверждают территориальные фонды ОМС, региональные органы управления здравоохранением, местная власть, медицинские и страховые ассоциации;
- пациентам предоставляется право выбора страховой компании, поставщика медицинских услуг и специалистов медицинских учреждений;
- медицинские услуги, не вошедшие в набор по договору ОМС, разрешается включать в договор ДМС.

Закон «О медицинском страховании» был принят с целью создания гибкого инструмента для контроля над независимой неправительственной системой здравоохранения, которая все же была подотчетна государству, что позволило бы разработать комплексный механизм организации и управления системой на местах, отвечая потребностям каждого из регионов. Такие нововведения должны были привести к более эффективному и полному использованию ресурсов на фоне общедоступного и всестороннего медицинского обслуживания, которое стало отличительной

чертой советской системы здравоохранения. Принятие и внедрение закона «О медицинском страховании» имело ряд предполагаемых преимуществ. Во-первых, фонды ОМС должны были не заменить, а дополнить бюджет здравоохранения, и таким образом, оно становилось лучше обеспеченным. По расчетам Министерства здравоохранения, на первых этапах за счет медицинского страхования средства здравоохранения должны были дополнить запланированный бюджет сектора на 30% (Sheiman, 1994). Более того, ОМС должно было стать надежным и предсказуемым источником средств, состояние которого никоим образом не изменялось бы при колебаниях бюджета, и который был бы недоступен для других отраслей. Таким образом, здравоохранение должно было избавиться от старой беды – финансирования по остаточному принципу.

Основным изменением в организации медицинского обслуживания становится разделение покупателей и поставщиков медицинских услуг, что должно отразиться на повышении качества обслуживания и эффективности самой системы. Институт покупателей в лице страховых компаний, заключающих договоры с медицинскими учреждениями, должен привести к полному обновлению существующих интересов в медицине: старую командно-административную систему сменяет гибкая, подчиняющаяся законам рыночной экономики форма управления, деятельностью которой, в конечном счете, руководят потребности и запросы потребителей. На практике этому способствует конкуренция двух видов. Первый вид – конкуренция между СМО за клиентов. Клиент выберет ту СМО, которая предоставит ему возможность лечиться в лучшем медицинском учреждении и обеспечит ему качественное медицинское обслуживание (соответственно, в СМО должна быть развита система контроля качества). Второй вид – конкуренция между больницами, поликлиниками, любыми медицинскими учреждениями, будь они частными или государственными, за возможность заключить договор со СМО. Медицинские учреждения вместо гарантированного бюджета теперь будут получать средства по договорам со страховыми медицинскими организациями. У страховщиков будут созданы стимулы для выбора наиболее эффективных медицинских учреждений, предоставляющих медицинское обслуживание высокого качества. Медицинские учреждения, в свою очередь, конкурируя за договоры со страховщиками, будут стремиться предоставлять услуги высокого качества.

Рыночный механизм должен не только справиться с убыточным и некачественным медицинским обслуживанием, но и с избыточными

мощностями медицинских учреждений. Соответственно, медицинские учреждения, которые тратят слишком много денег или работают плохо, должны исчезнуть, ведь никто не станет заключать с ними договоры. Наконец, достижение многих из перечисленных преимуществ возможно лишь благодаря появлению у потребителя свободы выбора. Именно ее не было в СССР, где граждан приписывали к местной поликлинике и лечащему врачу. В конечном счете, конкуренция строится именно на свободном выборе потребителя, и именно на его нужды и запросы должны ориентироваться как страховые медицинские организации, так и медицинские учреждения.

Провозглашенная законом реформа здравоохранения началась в 1993 году с основания Федерального и территориальных фондов ОМС, а также с открытия страховых медицинских организаций. Однако медицинское страхование развивается неравномерно, помимо разного рода мошенничеств, на его пути возникает множество финансовых, бюрократических и организационных трудностей (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003).

В связи с децентрализацией финансирования и управления Министерство здравоохранения сыграло весьма незначительную роль в развитии медицинского страхования в областях. Предусмотренные законом новые методы финансирования и развитие института покупателей медицинских услуг вступили в полную силу только в конце 1990-х годов. Вместе с тем в большинстве регионов новые принципы финансирования сочетаются со старыми, а скорость и успешность перехода на новые методы работы чрезвычайно различается по регионам (раздел 3).

Поначалу приток страховых взносов от работодателей стал большой удачей для здравоохранения. В первые годы (1993–1994) медицинское страхование повысило доходы здравоохранения. В 1993 году, как и ожидалось, здравоохранение получило из бюджета на 35% больше средств (Shishkin, 1998). Но уже в 1994–1995 годах некоторые местные власти сократили свои расходы на здравоохранение, исходя из того, что теперь медицинским учреждениям будет достаточно страховых средств. К 1997 году бюджетное финансирование здравоохранения было на 27% меньше, чем в 1993 году (Shishkin, 1998). Помимо прочего, этому способствовали как то, что в законе не было четко сказано, сколько денег местные власти должны выделять на здравоохранение, так и то, что многие регионы столкнулись со значительными экономическими трудностями. Таким образом, медицинское страхование стало не

дополнительным источником средств для здравоохранения, а отчасти заменило бюджетное финансирование. Медицинское страхование стало надежным, а в некоторых регионах даже растущим источником финансирования здравоохранения. Именно средства от медицинского страхования отчасти послужили сдерживающим фактором и уберегли систему здравоохранения от еще больших финансовых потерь (Shishkin, 1998). Скорее всего, без медицинского страхования финансирование здравоохранения существенно снизилось бы – на это указывает заметное сокращение бюджетных средств, выделяемых на прочие сферы социального обслуживания (например, на образование).

Конкуренция между СМО, с одной стороны, и медицинскими учреждениями, с другой, – основа реформы. Что касается СМО, то конкуренция между ними практически отсутствовала (раздел 3.3.4). В малонаселенных сельских районах страховых медицинских организаций почти не было. Но даже там, где существует более одной СМО, отношения между ними больше напоминают не конкуренцию, а разделение сфер влияния. Так, население Санкт-Петербурга условно разделено на группы, каждая из которых закреплена за одной СМО. При таком положении дел территориальные фонды ОМС постоянно заключают одни и те же договоры с одними и теми же страховыми медицинскими организациями, и ни работодатели, ни потребители не имеют возможности выбора. В случае, когда страховщики обеспечены подписчиками, ничто не побуждает их осуществлять мониторинг стоимости и качества оказываемых услуг и отбирать медицинские учреждения, что в свою очередь, определяет наличие или отсутствие конкуренции среди поставщиков медицинских услуг. Согласно федеральному законодательству о медицинском страховании 1993 года медицинские учреждения должны соревноваться за право заключить договор со страховой компанией, а выбор медицинского учреждения потребителем медицинских услуг (еще одна движущая сила конкуренции) происходит не напрямую, а через выбор СМО. Если СМО не ищет лучшее медицинское учреждение, чтобы заключить с ним договор, а потребитель выбирает медицинское учреждение только посредством выбора СМО, конкуренции между медицинскими учреждениями, безусловно, не будет. Медицинские учреждения, обладающие монополией на предоставление медицинских услуг определенным районам, мешали развитию конкуренции в большей степени в сельской местности, хотя и в больших городах конкуренция как таковая отсутствовала.

Разборчивость в заключении договоров, без которой новой системе финансирования успеха не добиться, встречает препятствия на нескольких направлениях. Местные органы управления здравоохранением сопротивляются ей, поскольку их власть уменьшается пропорционально развитию рыночных отношений. Руководители больниц и поликлиник нередко боятся ее, поскольку с ней, помимо вероятного увеличения доходов, пришли бы необходимость менять привычные методы работы и справляться с непредвиденными ситуациями. Да и население не знает, что делать с возможностью выбора, предпочитая пассивно зависеть от государства (Twigg, 1998) или полагаться на не совсем достоверные рекомендации знакомых (Manning & Tikhonova, 2009).

В результате стремительной децентрализации управления здравоохранением государство утратило свое регулирующее влияние в этой сфере (раздел 2.4). Хотя Министерство здравоохранения поддержало введение закона о медицинском страховании, впоследствии оно не делало ничего, чтобы наладить взаимоотношения сторон, участвующих в медицинском страховании, и таким образом, осложнило развитие законодательной и нормативной основы ОМС (раздел 2.7). Реформа осталась без контроля со стороны министерства, и децентрализация управления здравоохранением пошла еще быстрее (раздел 2.4). Усматривая в рыночных отношениях средство от всех бед здравоохранения, государство всецело положило на них и забыло о том, что здравоохранение требует государственного управления. Так, деятельность СМО не нормировали, посчитав, что она наладится сама собой под напором конкуренции. Крайне слабо оказалась упорядочена и деятельность фондов ОМС. В соответствии с законом страховщики получили право заключать договоры, как с государственными, так и с частными медицинскими учреждениями. Однако ни для страховых медицинских организаций, ни для медицинских учреждений не было введено четкого определения разницы между ОМС и ДМС, государственным и частным финансированием как на уровне страховщика, так и на уровне медицинского учреждения. Из-за этих неясностей у медицинских учреждений и СМО появились возможности для использования в своих интересах неосведомленность потребителя, манипулирования базовой программой ОМС, финансируемой из средств бюджета, а также получения необоснованного дохода от использования государственных средств (Chernichovsky & Potapchik, 1997). Отсутствие четкого разделения обязанностей властных и страховых структур в обеспечении медицинского обслуживания в рамках ОМС и жесткого

управления их деятельностью способствует нерациональному использованию средств (Shishkin, 1998).

Когда в финансировании здравоохранения появились новые участники, между ними и прежними хозяевами этой сферы возникла борьба за власть. В 1994 году большинство региональных властей стали требовать права управлять распределением средств, собранных территориальными фондами ОМС. Хотя тогда же некоторые регионы приветствовали реформы, особенно мощную поддержку ОМС получило в наиболее финансово благополучных и обладающих сильной властью регионах. В 1995–1996 годах ряд представителей центрального руководства здравоохранением попытались внести в закон о медицинском страховании поправки, которые сократили бы власть новых страховых структур. В частности, фонды ОМС предлагали передать под управление государства, а частных страховщиков намеревались лишить возможности распоряжаться государственными средствами. Однако в Государственной Думе эти предложения не прошли благодаря противодействию сильных групп, представляющих интересы частных страховщиков и фондов ОМС.

Несмотря на многочисленные трудности, реформа финансирования здравоохранения привела к ряду положительных начинаний. Договорные отношения с четким определением обязанностей всех сторон привнесли в здравоохранение ответственность. С появлением новой системы финансирования стала очевидна необходимость новых навыков руководства и работы с информацией. Развиваются электронные системы, содержащие сведения о больных, медицинских учреждениях, страховых медицинских организациях, медицинских услугах и нормативах. Методы оплаты труда по конечному результату, хотя используются еще не повсюду, наступление продолжают, а их способность повысить экономическую эффективность медицинского обслуживания признают все шире. Врачи научились считать затраты на лечение. Зарождаются методы внешнего контроля качества, его задачи и необходимость в качестве средства повышения дисциплины тоже стали понятны многим. С появлением у больных возможности искать защиты в суде и просить поддержки у страховой компании права больного приобрели больший вес (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003). Однако, в целом, переход к механизму финансирования здравоохранения на страховых принципах не завершен. По состоянию на 2011 год комплексная система ОМС в РФ не полностью достигла поставленных целей реформ.

2.3 Организационная структура

В соответствии со ст. 72 Конституции Российской Федерации (1993) координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов. Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»³ устанавливает полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в области охраны здоровья.

Полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан

К полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относятся следующие полномочия:

- принятие и изменение федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль над их соблюдением и исполнением;
- регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан;
- установление и проведение единой государственной политики в области охраны здоровья граждан;
- организация оказания специализированной медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях;
- организация оказания медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан РФ;
- формирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- организация и обеспечение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- организация обеспечения донорской кровью и ее компонентами, лекарственными и иными средствами и изделиями медицинского назначения федеральных организаций здравоохранения;

³ ФЗ РФ от 22.07.1993 № 5487-1.

- реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение единой технической политики в области фармацевтической и медицинской промышленности;
- установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения;
- организация и осуществление контроля над соответствием качества оказываемой медицинской помощи, качества лекарственных средств и качества донорской крови и ее компонентов и т.д.;
- разработка и утверждение ППГ, включающей в себя базовую программу ОМС;
- координация деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении и номенклатуры организаций здравоохранения;
- лицензирование отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения.

Полномочия органов государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан

К полномочиям органов государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан относятся:

- принятие законов и иных нормативных правовых актов субъекта РФ в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль над их соблюдением и исполнением;
- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан;
- разработка, утверждение и реализация региональных программ по развитию здравоохранения;
- разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;

- самостоятельное формирование органов исполнительной власти субъекта РФ, осуществляющих полномочия в сфере здравоохранения; развитие организаций здравоохранения субъекта РФ; материально-техническое обеспечение таких организаций;
- формирование расходов бюджета субъекта РФ на здравоохранение;
- установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;
- организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений);
- организация оказания медицинской помощи, предусмотренной законодательством субъекта РФ для определенных категорий граждан;
- организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи;
- обеспечение лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами и изделиями медицинского назначения организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта РФ;
- организация заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов, организация безвозмездного обеспечения организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта РФ, и муниципальных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами;
- организация ОМС неработающего населения;
- осуществление профилактических и санитарно-гигиенических мер в соответствии с законодательством РФ;
- координация деятельности органов исполнительной власти субъекта РФ, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях.

В соответствии с действующим законодательством органы государственной власти субъекта РФ имеют право осуществлять функции по выработке нормативно-правового регулирования в сфере здраво-

охранения, при условии что принимаемые поправки и нормы не противоречат федеральному закону, а дополняют и уточняют его. Органы государственной власти субъектов РФ отвечают за принятие законов и иных нормативных правовых актов субъекта РФ в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль над их соблюдением и исполнением; формирование расходов бюджета субъекта РФ на здравоохранение (в том числе, субвенций и начислений для организации обязательного медицинского страхования неработающего населения) и бюджетов территориальных фондов ОМС. Федеральные органы исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющие функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (региональные комитеты и республиканские министерства), отвечают за разработку, утверждение и реализацию региональных программ по развитию здравоохранения, соответствующих, как правило, федеральным программам и отвечающих нуждам региона; территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; в большинстве случаев отвечают за формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в учреждениях муниципальной системы здравоохранения за принятие нормативных правовых актов субъекта РФ в области охраны здоровья граждан, проживающих на территории региона, а также управление подведомственными медицинскими учреждениями.

Полномочия органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан

К полномочиям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан относятся:

- формирование органов, уполномоченных на осуществление управления муниципальной системой здравоохранения; развитие организаций муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности;
- организация оказания ПМСП, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях;
- организация обеспечения учреждений региональной системы здравоохранения лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами и изделиями медицинского назначения;

- обеспечение улучшенного доступа к лекарственным средствам;
- санитарно-гигиеническое просвещение населения и регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Функции органов муниципальной системы здравоохранения, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, выполняют департаменты здравоохранения в городах и главные врачи центральных районных больниц в сельской местности. Назначения на муниципальном уровне принимаются органами местного самоуправления.

Федеральное Собрание Российской Федерации

Федеральное Собрание Российской Федерации состоит из двух палат – Совета Федерации и Государственной Думы – и отвечает за разработку и утверждение законов, в том числе в области охраны здоровья граждан, подготовка которых осуществляется Комитетом Государственной Думы по охране здоровья и Комитетом Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению.

В состав Комитета Государственной Думы по охране здоровья входят следующие подкомитеты:

- по вопросам здравоохранения, науки в здравоохранении и бюджетного финансирования;
- по вопросам образования в здравоохранении;
- по вопросам восстановительной терапии и медицинской бальнеологии;
- по вопросам охраны здоровья матери;
- по вопросам охраны здоровья ребенка;
- по вопросам ОМС и расходов на здравоохранение;
- по вопросам обращения лекарственных средств, медико-социального страхования и развития медицинской промышленности.

К ведению Комитета Государственной Думы по охране здоровья относятся:

- разработка, предварительное рассмотрение законопроектов, определение приоритетных законопроектов, подготовка законопроектов к рассмотрению Государственной Думой;

- подготовка проектов постановлений Государственной Думы в области охраны здоровья;
- подготовка заключений по проектам федеральных законов и постановлений Государственной Думы, а также заявлений и обращений, поступивших на рассмотрение в Государственную Думу;
- анализ реализации законодательства по вопросам, относящимся к ведению комитета;
- организация и проведение в Государственной Думе парламентских слушаний, конференций, совещаний, «круглых столов», семинаров, других мероприятий по вопросам, относящимся к ведению комитета;
- подготовка заключений и предложений по соответствующим разделам проекта федерального закона о федеральном бюджете.

При Комитете Государственной Думы по охране здоровья был создан межрегиональный совет по вопросам законодательства в сфере здравоохранения, членами которого являются представители региональных законодательных и исполнительных органов, относящихся к управлению здравоохранением, руководители медицинских учреждений и т.д.

К ведению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению относятся вопросы законодательного обеспечения: формирования и исполнения бюджета ФФОМС; охраны здоровья граждан; здравоохранения, включая бюджетное финансирование здравоохранения; медицинского страхования; изготовления, оборота и использования лекарственных средств; санитарии и гигиены; здравоохранения и лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Администрация Президента Российской Федерации

В состав Администрации Президента РФ входит Экспертное управление Президента РФ, занимающееся вопросами экономического развития страны, в том числе и здравоохранения. Данное управление осуществляет экспертно-аналитическое обеспечение реализации Президентом РФ его конституционных полномочий посредством подготовки экспертных заключений, аналитических докладов и иных необходимых экспертных и аналитических материалов. В 2005 году при Администрации Президента РФ была создана Комиссия при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике (далее – Комиссия), обсуждение внедрения которой велось с 2000 года. Комиссия является совещательным органом при Президенте РФ, созданным в целях обеспечения взаимодействия между федеральными

органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями, научными и другими организациями при рассмотрении вопросов, связанных с реализацией приоритетных национальных проектов и демографической политики.

Основными задачами Комиссии являются:

- подготовка предложений Президенту РФ по разработке приоритетных национальных проектов, выработке основных направлений демографической политики, включая государственную поддержку семьи, материнства и детства, а также по определению мер, направленных на их реализацию;
- рассмотрение концептуальных основ, целей и задач приоритетных национальных проектов, вопросов, касающихся демографической политики, включая государственную поддержку семьи, материнства и детства, а также определение способов, форм и этапов их реализации;
- анализ практики реализации приоритетных национальных проектов, оценка эффективности мер, направленных на решение задач в области демографической политики, а также подготовка предложений по совершенствованию деятельности в этих областях.

Решения Комиссии направляются Президенту РФ, в Правительство РФ, Совет Федерации РФ, Государственную Думу РФ и в органы государственной власти субъектов РФ.

Правительство Российской Федерации

Правительство РФ является органом государственной власти и в пределах своих полномочий организует исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, указов Президента РФ, международных договоров РФ, осуществляет систематический контроль над их исполнением федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ. Вопросы здравоохранения находятся в ведении Департамента социального развития. К полномочиям Департамента социального развития относятся:

- совместно с органами исполнительной власти и другими органами государственной власти осуществляет разработку и представление законопроектов по основным направлениям деятельности Правительства РФ к рассмотрению Председателем Правительства

РФ и ведет систематический контроль над их выполнением федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ;

- осуществляет подготовку экспертных заключений и подготовку законопроектов и нормативных правовых актов к рассмотрению Правительством РФ для их дальнейшего утверждения;
- осуществляет контроль над исполнением федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ решений Правительства РФ;
- проводит в соответствии с указаниями Председателя Правительства РФ, Заместителя Председателя Правительства РФ и Руководителя Аппарата Правительства РФ заседания с участием руководителей соответствующих федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, организаций, специалистов и ученых;
- обеспечивает взаимодействие Правительства РФ с обеими палатами Федерального Собрания РФ при осуществлении законопроектной деятельности;
- направляет в федеральные министерства, федеральные службы и федеральные агентства проекты федеральных законов, поступающие от субъектов права законодательной инициативы для подготовки заключений, поправок к законопроектам и официальных отзывов Правительства РФ;
- рассматривает обращения граждан и организаций, адресованные в Правительство РФ, направляет эти обращения в соответствующие государственные органы и органы местного самоуправления для рассмотрения и принятия мер.

Министерство финансов Российской Федерации (Минфин России)

Минфин России выполняет важную функцию в разработке бюджета на здравоохранение, исходя из данных полученных от Минздравсоцразвития России. В ведении Минфина России находится разработка государственного бюджета, включая бюджет Минздравсоцразвития России и подведомственных ему агентств и служб, а также представление бюджета к рассмотрению в Государственной Думе РФ. В состав Минфина России входит Департамент бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки, а также Федеральная служба страхового надзора,

принимающая решения о выдаче или отказе в выдаче, аннулировании, ограничении, приостановлении, возобновлении действия и отзыве лицензий субъектам страхового дела.

Министерство экономического развития Российской Федерации (Минэкономразвития России)

Департамент экономики социального развития и приоритетных программ, являясь структурным подразделением Минэкономразвития России, оказывает содействие реализации приоритетных национальных проектов и программ, осуществляет анализ и мониторинг их внедрения. Департамент также производит экспертизу федеральных целевых программ и ведомственных целевых программ (включая проекты); анализ и мониторинг экономических аспектов стратегий развития; экспертизу проектов нормативных правовых актов, подготовку предложений по институциональным преобразованиям. В состав департамента входит отдел развития экономики здравоохранения, физической культуры и спорта.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России)

После распада Советского Союза Министерство здравоохранения стало постепенно утрачивать свое значение, и только в 2000-х годах начался процесс восстановления многих функций Министерства, как часть проводимой В.В. Путиным политики по укреплению федеральной власти. С 1991 года структурные реорганизации министерства включали: объединение департаментов, создание новых отделов, постепенную полную интеграцию функций охраны труда и социальной защиты граждан, произошедшую в 2004 году. В результате в том же году было основано новое Министерство здравоохранения и социального развития, объединившее ранее действующие Министерство здравоохранения и Министерство труда. Помимо этого, в 2004 году отдельные функции, прежде выполняемые самим Министерством, были теперь переданы подведомственным федеральным органам управления (рис. 2.1). Основной целью реформ, проводимых на федеральном уровне, стало разграничение функций по выработке государственной политики и регулированию. Функции регулирования были переданы вновь образованным федеральным агентствам и службам (раздел 2.4).

Согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.2004 № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» основной функцией

Минздравсоцразвития России является выработка государственной политики и осуществление нормативно-правового регулирования в сферах:

- здравоохранения, включая вопросы организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных болезней (включая ВИЧ/СПИД); медицинской помощи и медицинской реабилитации; фармацевтической деятельности; качества, эффективности и безопасности ЛС; санитарно-эпидемиологического благополучия; медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда; медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы; курортного дела;
- социального развития, включая вопросы уровня жизни и доходов населения, демографической политики, пенсионного обеспечения, в том числе негосударственного пенсионного обеспечения, социальной защиты населения, в том числе социальной защиты семьи, женщин и детей;
- охраны труда, включая вопросы условий и охраны труда, социального партнерства и трудовых отношений, занятости населения и безработицы, трудовой миграции, альтернативной гражданской службы, государственной гражданской службы;
- защиты прав потребителей.

Минздравсоцразвития России осуществляет следующие полномочия:

- вносит в Правительство РФ проекты федеральных законов, нормативных правовых актов Президента РФ и Правительства РФ, а также федеральные программы в области здравоохранения;
- самостоятельно принимает следующие нормативные правовые акты:
 - положения о территориальных органах федеральных служб и агентств, подведомственных Министерству;
 - квалификационные требования к работникам и номенклатура специальностей в сфере, отнесенной к компетенции Министерства;
 - порядок оказания медицинской помощи, в том числе ПМСП, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;

- нормативные правовые акты в области общественного здравоохранения;
 - стандарты медицинской помощи, стандарты оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и другие федеральные стандарты в сфере здравоохранения;
 - порядок применения новых методов диагностики и лечения;
 - порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий;
 - порядок ведения государственного реестра ЛС для медицинского применения;
 - национальный календарь профилактических прививок;
- размещает заказы и заключает государственные контракты, а также иные гражданско-правовые договоры на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд в установленной сфере деятельности Министерства, в том числе специализированной медицинской помощи гражданам РФ в подведомственных Министерству федеральных специализированных медицинских учреждениях;
 - обобщает практику применения законодательства и проводит анализ реализации государственной политики в установленной сфере деятельности;
 - осуществляет ведение федеральных баз данных, в том числе ведение федеральных реестров и регистров в области здравоохранения и социального развития (например, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП));
 - осуществляет полномочия собственника в отношении федерального имущества;
 - осуществляет функции государственного заказчика федеральных целевых программ;
 - осуществляет функции главного распорядителя и получателя средств федерального бюджета, предусмотренных на содержание Министерства и реализацию возложенных на него функций.

С 2010 года Минздравсоцразвития России также выполняет функции контроля над исполнением федеральных целевых программ, финансируемых из средств федерального бюджета:

- Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» включает следующие подпрограммы:
 - «Сахарный диабет»;
 - «Туберкулез»;
 - «Вакцинопрофилактика»;
 - «ВИЧ/СПИД»;
 - «Онкология»;
 - «Вирусные гепатиты»;
 - «Инфекции, передаваемые половым путем»;
 - «Психические расстройства»;
 - «Артериальная гипертензия»;
- Федеральная целевая программа «Дети России»; подпрограмма «Здоровое поколение»;
- Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения» (подпрограмма по оказанию медицинской помощи лицам, пострадавшим от дорожно-транспортного травматизма);
- строительство медицинских центров по оказанию специализированной медицинской помощи в области акушерства, гинекологии и неонатологии (перинатальных центров);
- строительство и оснащение оборудованием Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии (г. Москва).

Минздравсоцразвития России осуществляет свою деятельность непосредственно через подведомственные Министерству организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями. Минздравсоцразвития России возглавляет Министр,

назначаемый на должность и освобождаемый от должности Президентом РФ по представлению Председателя Правительства РФ. В секторе здравоохранения Министерство координирует и регулирует деятельность подведомственных федеральных агентств и служб, включая ФФОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор и ФМБА.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

Роспотребнадзор осуществляет следующие полномочия:

- осуществляет надзор и контроль над исполнением обязательных требований законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей, в том числе:
 - государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства;
 - государственный контроль над соблюдением законов и иных нормативных правовых актов РФ, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;
 - контроль над соблюдением правил продажи отдельных предусмотренных законодательством видов товаров, выполнения работ, оказания услуг в порядке, установленном законодательством РФ;
 - санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу РФ;
 - аккредитацию испытательных лабораторий (центров), осуществляющих работы в области подтверждения соответствия качества и безопасности муки, макаронных и хлебобулочных изделий, и проверку их деятельности в части работы по подтверждению соответствия указанной продукции и выдачи сертификатов, предусмотренных законодательством РФ;
- осуществляет в соответствии с законодательством РФ лицензирование отдельных видов деятельности, отнесенных к компетенции Службы;
- регистрирует:
 - впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества и изготавливаемые на их основе препараты, потенциально опасные для человека (кроме ЛС);

- отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека (кроме ЛС);
- отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию РФ;
- лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов;
- устанавливает причины и выявляет условия возникновения и распространения инфекционных болезней и массовых неинфекционных болезней (отравлений);
- информирует органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- готовит предложения о введении и об отмене на территории РФ, субъектов РФ ограничительных мероприятий (карантина);
- организует в установленном порядке ведение социально-гигиенического мониторинга;
- организует деятельность системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ;
- осуществляет в установленном порядке проверку деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства, законодательства РФ в области защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров;
- осуществляет функции главного распорядителя и получателя средств федерального бюджета в части средств, предусмотренных на содержание Службы и реализацию возложенных на нее функций.

Роспотребнадзор осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями. Роспотребнадзор возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством РФ по представлению Министра здравоохранения и социального развития РФ.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор)

Росздравнадзор является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Служба осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями. Росздравнадзор возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством РФ по представлению Министра здравоохранения и социального развития РФ. Служба, включающая региональные отделения и четыре НИИ, осуществляет следующие полномочия:

- надзор за фармацевтической деятельностью; соблюдением государственных стандартов, технических условий на продукцию медицинского назначения;
- контроль и надзор за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания;
- контроль над:
 - соблюдением стандартов качества медицинской помощи;
 - производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования ЛС;
 - производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения;
 - проведением доклинических и клинических исследований ЛС, а также соблюдением правил лабораторной и клинической практики;
 - порядком производства медицинской экспертизы;
 - порядком установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
 - порядком организации и осуществления медико-социальной экспертизы, а также реабилитацией инвалидов;

- осуществлением судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз;
- организует проведение экспертизы качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;
- выдает разрешения на:
 - применение новых медицинских технологий;
 - ввоз ЛС на территорию РФ в установленном законодательством РФ порядке;
 - вывоз ЛС с территории РФ в установленном законодательством РФ порядке;
 - ввоз на территорию РФ незарегистрированных ЛС с целью проведения их клинических исследований;
 - проведение клинических исследований ЛС;
- выдает заключения о соответствии организации производства ЛС требованиям законодательства РФ при лицензировании производства ЛС; выдает сертификат на право ввоза (вывоза) наркотических средств и психотропных веществ;
- регистрирует предельные отпускные цены на препараты перечня ЖНВЛП;
- ведет государственный реестр ЛС; государственный реестр цен на препараты перечня ЖНВЛП; реестр учреждений здравоохранения, имеющих право проводить клинические исследования ЛС;
- проводит аттестацию и сертификацию специалистов, занятых в сфере обращения ЛС;
- осуществляет в установленном порядке проверку деятельности организаций здравоохранения, аптечных учреждений, организаций оптовой торговли ЛС, организаций, осуществляющих социальную защиту населения, других организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения и социальной защиты населения;
- осуществляет функции главного распорядителя и получателя средств федерального бюджета, предусмотренных на содержание Службы и реализацию возложенных на нее функций.

Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА)

ФМБА является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в том числе при подготовке и выполнении космических полетов по пилотируемым программам, проведении водолазных и кессонных работ) и населения отдельных территорий, а также оказание государственных услуг в сфере медико-санитарного обеспечения. Агентство осуществляет свою деятельность непосредственно или через свои территориальные органы, а также через подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями. ФМБА возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством РФ по представлению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. ФМБА осуществляет следующие полномочия в установленной сфере деятельности:

- осуществляет государственный санитарно-эпидемиологический надзор обслуживаемых территорий;
- в установленном порядке в пределах своей компетенции устанавливает медико-санитарные требования в отношении продукции (работ, услуг), ее характеристик, процессов ее производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, сведения о которых составляют государственную тайну или относятся к охраняемой в соответствии с законодательством РФ информации ограниченного доступа;
- организует проведение мероприятий по выявлению и устранению влияния особо опасных факторов физической, химической и биологической природы на здоровье работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий;
- организует проведение медико-санитарных мероприятий по предупреждению, выявлению причин, локализации и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, радиационных, химических и биологических аварий и инцидентов, распространения инфекционных болезней и массовых неинфекционных болезней (отравлений);
- организует ведение социально-гигиенического мониторинга;

- регистрирует лиц, пострадавших от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, в том числе подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов;
- информирует органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в обслуживаемых организациях и на обслуживаемых территориях;
- готовит в установленном порядке предложения о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в обслуживаемых организациях и на обслуживаемых территориях;
- проводит в установленном порядке конкурсы и заключает государственные контракты на размещение заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг, на проведение научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ, в том числе в области медико-гигиенического обеспечения работ по комплексной утилизации химических и атомных объектов, экологической реабилитации указанных объектов, а также работ, осуществляемых в рамках Федеральной космической программы;
- осуществляет в порядке и пределах, определенных федеральными законами, актами Президента РФ и Правительства РФ, полномочия собственника в отношении федерального имущества;
- осуществляет функции государственного заказчика федеральных целевых, научно-технических, инновационных и специальных программ и проектов в сфере деятельности Агентства;
- организует оказание следующих государственных услуг в сфере медико-санитарного обеспечения работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий: медицинской, медико-социальной и лекарственной помощи;
- организует проведение медико-социальной экспертизы;
- организует возмещение вреда, причиненного здоровью работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий в результате воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы (в том числе вследствие техногенных аварий и катастроф);

- организует проведение медико-биологических и химико-аналитических испытаний гражданского оружия и патронов к нему в части оценки допустимого воздействия на человека поражающих факторов этого оружия;
- ведет регистр работников, занятых на работах с химическим оружием; радиационно-эпидемиологический регистр работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий;
- организует профессиональную подготовку работников Агентства, их переподготовку, повышение квалификации и стажировку;
- организует конгрессы, конференции, семинары, выставки и другие мероприятия в установленной сфере деятельности;
- осуществляет функции главного распорядителя и получателя средств федерального бюджета, предусмотренных на содержание Агентства и реализацию возложенных на него функций.

В состав ФМБА входят:

- региональные управления – 41;
- подведомственные федеральные государственные учреждения и федеральные государственные унитарные предприятия: научные организации – 33; научно-производственные учреждения – 2; учреждения здравоохранения – 85; санаторно-курортные учреждения – 11; центры гигиены и эпидемиологии – 56; учреждения службы крови – 7; учреждения профессионального образования – 7; учреждения медико-социальной экспертизы – 86; аптечные учреждения – 12.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)

ФФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подведомственным Минздравсоцразвития России. Управление ФФОМС осуществляется коллегиальным органом – правлением во главе с Министром здравоохранения и социального развития РФ. ФФОМС возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством РФ по представлению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. ФФОМС осуществляет контроль и надзор за деятельностью территориальных фондов обязательного медицинского страхования на уровне субъектов РФ.

В целях выполнения основных задач ФФОМС:

- осуществляет региональное выравнивание в рамках базовой программы ОМС;
- разрабатывает и вносит предложения по совершенствованию нормативно-правового регулирования ОМС и размере взносов на ОМС;
- осуществляет аккумулирование финансовых средств ФФОМС;
- осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС и органами Государственной налоговой службы РФ контроль над своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды ОМС;
- осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС контроль над рациональным использованием финансовых средств в системе ОМС, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;
- осуществляет в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы ОМС;
- участвует в разработке базовой программы ОМС;
- осуществляет сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы ОМС, и представляет соответствующие материалы в Правительство РФ;
- организует подготовку специалистов для системы ОМС;
- изучает и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам ОМС;
- обеспечивает организацию научно-исследовательских работ в области ОМС;
- участвует в порядке, установленном Правительством РФ, в международном сотрудничестве по вопросам ОМС;
- ежегодно в установленном порядке представляет в Правительство РФ проекты федеральных законов об утверждении бюджета ФФОМС на соответствующий год и о его исполнении;
- осуществляет в соответствии с законодательством Российской Федерации расходы на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению ЛС.

Территориальные фонды ОМС

Территориальный фонд ОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением. Состав правления Территориального фонда ОМС утверждается органами исполнительной власти субъектов РФ по согласованию с ФФОМС. Территориальные фонды ОМС выполняют следующие полномочия:

- аккумулирует средства ОМС и управляет ими (страховые взносы на ОМС работающего населения, страховые взносы на ОМС неработающего населения, дотации ФФОМС, субсидии и субвенции из средств федерального бюджета, и др. поступления);
- участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках ОМС;
- заключает со СМО договоры на оказание услуг застрахованным лицам;
- утверждает дифференцированные подушевые нормативы для СМО;
- участвует в установлении тарифов на оплату медицинской помощи;
- определяет методы оплаты медицинской помощи;
- осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ;
- осуществляет контроль над СМО и медицинскими учреждениями по использованию средств ОМС;
- проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно;
- проводит разъяснительную работу, информирование населения по правовым вопросам в рамках системы ОМС.

Ведомственная система здравоохранения

Помимо Минздравсоцразвития России медицинским обслуживанием издавна занимаются другие министерства. Ведомственная система здравоохранения обслуживает только сотрудников соответствующего ведомства и членов их семей. Администрация Президента РФ, министерства обороны, внутренних дел и экономического развития в числе прочих министерств имеют свои амбулаторные и стационарные медицинские учреждения, некоторые из которых принадлежат общественной системе здравоохранения. Финансирование ведомственной системы

здравоохранения осуществляется из средств бюджета соответствующих министерств, утверждаемых Минфином России.

Частные медицинские учреждения

В соответствии с российским законодательством частные медицинские учреждения получают право функционировать наравне с государственными организациями, поскольку административные и другого рода барьеры для осуществления такой деятельности отсутствуют. Частные организации могут предоставлять услуги в рамках государственно финансируемых программ. На региональном уровне власти могут исключать частные медицинские учреждения из государственных программ либо по идеологическим причинам, либо с целью защиты государственных учреждений от конкуренции. Вместе с тем отсутствие официальной позиции властей, согласно которой частным медицинским учреждениям не рекомендуется выступать в качестве поставщика услуг для ОМС, не мешает страховщикам субъектов РФ испытывать возможное нежелание со стороны органов местного самоуправления заключать с ними государственные контракты и неприятие, выражаемое в «негласном противостоянии» (Рабцун, Е.А., 2008). К числу экономических факторов, не способствующих тому, что частные учреждения выступают в качестве поставщиков услуг для ОМС, в первую очередь, относятся низкие тарифы оплаты медицинской помощи, покрывающие только часть истинной стоимости услуг. Сложившаяся ситуация является результатом частичной замены старой бюджетной системы финансированием через систему ОМС и существованием так называемого двухканального финансирования (ОМС плюс бюджет) медицинских учреждений (раздел 3).

По официальным данным за 2008 год из общего числа учреждений стационарной помощи (6545) только 124 являлись частными с объемом коечного фонда в 3900 единиц (Федеральная служба государственной статистики, 2010f). Частные больницы распределены по территории страны неравномерно: в городах – 120, в сельской местности – 4. Доля частных организаций в секторе амбулаторной помощи значительно больше. По данным за 2008 год из общего числа амбулаторно-поликлинических учреждений (12 278) только 2432 являлись частными, а из общего числа ФАПов (39 300) частному сектору принадлежало 72. За период 2007–2008 годов число частных поставщиков услуг в секторе стационарной помощи уменьшилось на 32%, а амбулаторной – на 53%. Все СМО, работающие в системе ОМС, являются частными. По состоянию на 2009 год их общее число составило 106 (Federal MHI Fund, 2010).

Профессиональные объединения

В СССР имелось множество различных научных и профессиональных объединений, независимость которых подавлялась властями, которые старались таким образом избежать возникновения дополнительного источника законодательной силы. Таким образом, институт медицинских работников лишился права голоса и никогда не выступал в защиту прав медицинских сотрудников в советский период. С 1991 года в стране был основан ряд профессиональных организаций, а конкуренция между ними привела к появлению учреждений, действующих с позиций силы и лидерства. Российская медицинская ассоциация на сегодня выражает четкие профессиональные позиции по вопросам медицины и политики в области здравоохранения большинства представителей отрасли. Профессиональные ассоциации функционируют, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ. Медсестрам и акушеркам в меньшей степени удалось донести до сведения общественности все волнующие вопросы и окончательно утвердить единую позицию по ним. Вместе с тем врачи активно отстаивают свои интересы в отношении законодательства, в чем весьма заинтересованы страховые компании. Фармацевтические компании с успехом учредили профессиональные ассоциации, однако сила их потенциального воздействия ограничивается зависимостью от интересов оптовых и розничных поставщиков и тем, насколько последним удастся отстаивать свои позиции. В последнее время отмечается усиление роли Всероссийского Пироговского съезда врачей во взаимодействии с общественными кругами и властями. В съезде принимают участие общероссийские профессиональные объединения: Российская медицинская ассоциация, Российское медицинское общество, Первая общероссийская ассоциация врачей частной практики, Национальная медицинская палата, Общество фармакоэкономических исследований, Общество специалистов доказательной медицины, Российский медицинский союз и др.

Общественные организации

Деятельность ассоциаций пациентов становится более значимой. Изначально такие ассоциации по преимуществу объединяли пациентов с определенным диагнозом (например, диабетом) или по территориальному принципу (к примеру, ассоциация для родителей детей-инвалидов в г. Москве). Действия этих групп носят открытый характер и направлены на защиту интересов своих членов, однако чтобы добиться полного признания прав пациентов со стороны властей

потребуется много работы. В 2009 году был основан Всероссийский союз пациентов, который в мае 2010 года провел в Москве первый конгресс для пациентов и организаций. В конгрессе приняли участие более ста представителей: объединения пациентов, объединения инвалидов, научные организации, медицинские ассоциации, страховые компании, органы власти и др. Конгресс ставил следующие цели: объединить общие усилия и выработать единую стратегию по защите прав пациентов, а также разработать и утвердить декларацию прав пациента РФ (раздел 2.8).

Коммерческие организации здравоохранения

В качестве ключевого игрока сектора коммерческого здравоохранения выступают фармацевтические компании, которые активно защищают свои экономические интересы, оказывая влияние на проводимую министерствами политику и принимаемое законодательство. В связи с тем, что оформить подписку на профессиональные периодические издания оказывается не по карману многим врачам, а знания английского языка не всегда достаточно для того, чтобы воспользоваться представленными в сети международными журналами, многим специалистам приходится полностью полагаться на достоверность информации, получаемой от представителей фармацевтических компаний. Последние посещают медицинские учреждения с образцами лекарственных препаратов (Vlassov & Danishevskiy, 2008).

Разработка и реализация политики в области здравоохранения, оценка результатов

Каждый из федеральных органов государственной власти отвечает за распространение и предоставление населению информации о принятых законопроектах и нормативных правовых актах путем их размещения на сайтах соответствующих органов законодательной (Государственная Дума и Совет Федерации) и исполнительной власти (Правительство РФ, Минздравсоцразвития России с подведомственными организациями). В последнее время Минздравсоцразвития России опубликовал на своем сайте проекты нормативных правовых актов для того, чтобы привлечь к ним внимание общественности и обеспечить их всестороннее обсуждение. Подобного рода механизм функционирует на уровне субъектов РФ и в некоторых случаях на уровне органов местного самоуправления.

2.4 Децентрализация и централизация

После распада СССР все российские реформы подразумевали децентрализацию. В секторе здравоохранения только система федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора оказалась не затронутой проводимыми экспериментами по введению новых форм организации здравоохранения и сохранила централизованный характер управления.

Переход власти

В период 1991–1992 годов изменения управления здравоохранением объяснялось в значительной мере происходящими изменениями в общей системе управления страной и бюджетном процессе. По закону «О краевом, областном Совете народных депутатов и краевой, областной администрации»⁴ области и края получили те же права в сфере собственного социально-экономического развития, что и республики РФ, в том числе право распоряжаться собственностью, землей и природными ресурсами. В соответствии с данным законом, а также по закону РСФСР «О местном самоуправлении в РСФСР»⁵, региональные и местные власти получили право самостоятельно распоряжаться средствами и управлять медицинским обслуживанием, назначать руководителей региональных и муниципальных органов управления здравоохранением и главврачей подведомственных медицинских учреждений, разрабатывать собственные программы в области медицинского обслуживания, укрепления здоровья населения и профилактики заболеваний без утверждения федерального министерства.

На уровне органов местного самоуправления право независимо разрабатывать и утверждать бюджет, а также следить за его исполнением, принадлежало советам депутатов соответствующих административно-территориальных единиц, которые в свою очередь самостоятельно утверждали бюджет здравоохранения и не нуждались в согласии вышестоящих федеральных органов – Министерства здравоохранения или Министерства финансов.

В действительности специалисты отдела планирования местных органов самоуправления продолжали использовать старые модели

⁴ Закон РФ от 05.03.1992 № 2449-1.

⁵ Закон РСФСР от 06.06.1991 № 1550-1.

разработки бюджета в силу отсутствия какой-либо альтернативной модели распределения ресурсов. На фоне общих формальных изменений, процесс ассигнования средств по-прежнему носил глубоко пассивный характер. Контроль над сложившейся ситуацией со стороны федеральных органов власти был невозможен. Последний раз такие ресурсные нормы, как обеспеченность стационарными койками, утверждались в 1987 году.

В 2003–2004 годах была проведена общая административная реформа (см. раздел 1.3), основной целью которой стало четкое разграничение полномочий каждого из уровней государственной власти. Передача ответственности предполагала и передачу соответствующих финансовых ресурсов для реализации передаваемых полномочий. В течение этого периода был принят ряд федеральных законов, определивших основные принципы распределения полномочий между федеральными органами власти, органами власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, что получило отражение в принятии следующих законов:

- Федеральный закон от 04.07.2003 № 95-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов „О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»» (здесь и далее – «Закон о монетизации льгот»). Данный закон описывал изменения, которые необходимо было внести в существовавшее законодательство в связи с принятием ранее упомянутых законов, а также вводил принцип монетизации льгот (см. раздел 5.6).

В 2005 году начался процесс экономической децентрализации. В 2006 году был принят ПНП «Здоровье» (см. раздел 6.1), который в основном финансируется из средств федерального бюджета, часть ассигнований поступает из бюджетов субъектов РФ. ПНП «Здоровье» ставит своей целью проведение мер по улучшению здравоохранения на региональном и местном уровнях (например, надбавки к заработной плате участковых терапевтов и медсестер, а также закупка машин скорой помощи финансируются из средств федерального бюджета). Выделение дополнительных ассигнований из федерального бюджета на финансирование ПНП «Здоровье» привело к значительному увеличению доли федерального бюджета в общем объеме государственного финансирования здравоохранения (см. раздел 3). Дальнейшая функциональная и финансовая централизация была определена Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»⁶ (здесь и далее – закон «Об обязательном медицинском страховании», см. раздел 6.1).

На низшем уровне системы здравоохранения, на уровне медицинских учреждений, напротив, имеет место процесс передачи им больших полномочий. С 2011 года федеральные, региональные и муниципальные медицинские учреждения получают более гибкие системы управления и право выбора организационно-правовой формы (см. раздел 6.1).

Передача полномочий

Еще одна сторона децентрализации управления российским здравоохранением – передача полномочий. Она началась с принятия законодательства о медицинском страховании, которыми были учреждены фонды ОМС. Цель этих реформ – разделить производителя и покупателя медицинских услуг, используя для этого конкурентные рыночные механизмы, направленные на повышение эффективности, оставаясь в то же время под государственным контролем (см. раздел 2.2). Вместе с тем в 2004 году в ходе рецентрализации ФФОМС был передан под юрисдикцию Минздравсоцразвития России. Начавшаяся в 2004 году общая административная реформа предполагала разделение функций выработки государственной политики, регулирования и предоставления услуг. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

⁶ ФЗ РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

происходит распределение полномочий между самим Министерством (ответственно за формирование политики и «установление правил»), агентством (ответственно за регулирование) и службами (ответственными за оказание услуг на федеральном уровне) (см. раздел 2.3).

Приватизация

В основном аптеки, оптовые фармацевтические компании, производители ЛС и медицинского оборудования, а также некоторые стоматологические поликлиники получили право собственности на свои помещения и учреждения. Однако широкомасштабной передачи государственных активов не произошло.

2.5 Планирование

В сферу ответственности Минздравсоцразвития России входит стратегическое планирование сектора здравоохранения (см. раздел 2.3). Министерством был предпринят ряд попыток преобразовать механизмы планирования, переходя от принципа планирования по ресурсам к планированию по результатам. В настоящее время «бюджетирование по результатам» применяется только на первой стадии бюджета – планировании. Система нормативных правовых актов, на основе которых проводится внедрение финансовых механизмов бюджета, ориентированного на новый подход, и которые действуют на федеральном уровне, не определяет ни порядка действий, ни сферы ответственности в том случае, если фактический уровень показателей отличается от запланированного уровня.

Программа государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи является основным механизмом планирования в области оказания медицинской помощи. В соответствии со ст. 20.1 Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»⁷ в рамках ПГГ определяются виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь. ПГГ также предусматривает условия оказания медицинской помощи и критерии качества и доступности медицинской

⁷ ФЗ РФ от 22.07.1993 № 5487-1.

помощи. Правительство РФ утверждает ПГГ и рассматривает доклад о ее реализации, ежегодно представляемый Минздравсоцразвития России. В соответствии с ПГГ органы государственной власти субъектов РФ утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы ОМС. Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи.

В 1998 году было принято постановление Правительства РФ от 11.09.1998 № 1096 «Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». Согласно данному постановлению был утвержден перечень предоставляемых гражданам РФ бесплатных услуг (скорой медицинской помощи, амбулаторной помощи, стационарной помощи) и условий их оказания (например, стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям); а также объем амбулаторной, стационарной и скорой медицинской помощи в расчете на 1000 человек, финансируемой из государственных средств. Позднее Правительством РФ был внесен ряд незначительных поправок в ПГГ, а с 2005 года она утверждается ежегодно на каждый последующий год.

Уровень показателей объемов медицинской помощи, утверждаемый в рамках ПГГ, оставался неизменным вплоть до 2010–2011 годов, после чего он начал снижаться; запланированный объем стационарной помощи немного уменьшился по сравнению с аналогичным показателем за 2009 год; объемы амбулаторной помощи и помощи в дневных стационарах выросли в незначительной степени; уровень скорой медицинской помощи оставался неизменным. В 1999–2009 годах наблюдался постоянный рост нормативов расходов на единицу объема. Темпы роста стоимости единицы медицинской помощи варьировали по видам помощи. Больше всего нормативы расходов увеличились в сегменте амбулаторной, а меньше всего – скорой медицинской помощи. С 2009 года ПГГ, утверждаемые Правительством РФ, не предусматривают роста нормативов расходов на единицу медицинской помощи или норматива подушевого финансирования ПГГ. С 2009 года ПГГ помимо основных положений, касающихся видов, нормативов объема медицинской

помощи и нормативов расходов на единицу объема помощи (подушевого финансирования), также включает:

- требования к структуре территориальной программы государственных гарантий;
- критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой в рамках ППГ;
- рекомендации по использованию эффективных методов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результаты деятельности медицинских организаций;
- примерный порядок определения размера взносов субъектов РФ на ОМС неработающих граждан.

В течение долгого времени утверждаемые в рамках ППГ показатели объема медицинской помощи по ее видам оставались неизменными в силу того, что фактические показатели не соответствовали утвержденным. По наиболее дорогим видам медицинской помощи (стационарной и скорой) фактические объемы значительно превысили ранее утвержденные, несмотря на то, что объемы стационарной помощи уменьшились. В 2009 году утвержденные и фактически оказанные объемы стационарной помощи практически совпали. Объем услуг, предоставляемых дневными стационарами, вырос. В 2006–2009 годах он увеличился на 12% и достиг утвержденного уровня (см. раздел 5.4.1).

Рост взносов работодателей на ОМС работающего населения и усиление роли федерального центра способствовали усилению планирования в здравоохранении (см. раздел 6.1). В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России региональные органы управления здравоохранением разработали и представили в Министерство региональные программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы. Региональные программы модернизации здравоохранения являлись базой для принятия решения о распределении в 2011–2012 годах средств ФФОМС и территориальных фондов ОМС на реализацию этих программ по видам помощи, включенным в базовую программу ОМС. Предусматривается, что перечисление субсидий территориальным фондам ОМС осуществляется только при наличии заключенных региональными органами государственной власти договоров с Минздравсоцразвития России и ФФОМС, предполагающих софинансирование реализации территориальных программ модернизации из средств региональных

бюджетов. Основные цели программы – повышение контроля качества и общедоступности медицинской помощи. Региональные программы модернизации предусматривали внедрение стандартов оказания медицинской помощи, улучшение материально-технической базы медицинских учреждений и введение современных информационных систем. Все региональные программы разработаны по единому образцу и включают следующие обязательные элементы:

1. Анализ состояния здоровья населения, основных проблем региональной системы здравоохранения, а также способы их решения с помощью методологии, описанной в Программе.
2. Систему действий по внедрению региональной программы модернизации здравоохранения:
 - 2.1 Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения. Этот блок предусматривает реформирование региональной инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с нуждами местного населения. Согласно приказу Минздравсоцразвития России был утвержден механизм расчетов стоимости требуемого медицинского оборудования для укрепления материально-технической базы (см. раздел 2.7.2).
 - 2.2 Внедрение современных информационных систем в здравоохранении. Этот блок предусматривает проведение мер по созданию персонифицированного учета оказания медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, организацию системы записи к врачу в электронном виде, обмена телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота и медицинских карт пациентов в электронном виде, ведению единого реестра поставщиков медицинских услуг, внедрению электронного «паспорта» для медицинских учреждений и системы здравоохранения региона.
 - 2.3 Внедрение стандартов медицинской помощи. Этот блок предусматривает поэтапный переход к предоставлению медицинских услуг в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России. В ноябре 2010 года было утверждено 612 стандартов для взрослых и детей. Данные стандарты носят характер рекомендаций, и их соблюдение не является обязательным. Региональные власти разрабатывают медико-экономические

стандарты, по которым оплачивается медицинская помощь. Принятый в конце 2010 года закон «Об обязательном медицинском страховании» (см. раздел 6.1) предусматривает применение единых для всей страны стандартов и единых методов оплаты (с учетом региональных стоимостных коэффициентов).

3. Оценка эффективности реализации Программы, включающая показатели состояния здоровья (снижение заболеваемости, снижение уровня предотвратимой смертности и т.д.), показатели общедоступности и эффективности использования ресурсов (например, рост среднегодовой занятости койки, сокращение времени ожидания по отдельным видам госпитализаций и т.д.), а также внедрение стандартов медицинского обслуживания, показатели оптимизации сети медицинских учреждений, введение информационных систем в здравоохранении и т.д.

В соответствии с приказом ФФОМС от 26.05.2008 № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» территориальные фонды ОМС и СМО выполняют следующие полномочия.

Территориальный фонд ОМС в пределах своей компетенции может осуществлять:

- формирование системы мер по повышению качества медицинской помощи и эффективности использования финансовых ресурсов ОМС на основе данных экспертной деятельности субъектов контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС;
- координацию взаимодействия в части контроля объемов и качества медицинской помощи субъектов и участников ОМС на территории субъекта РФ;
- организационно-методическую работу по функционированию системы контроля объемов и качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных граждан;
- контроль над соблюдением договорных отношений субъектов ОМС;
- контроль над деятельностью СМО по выполнению функции обеспечения права застрахованных на доступную, качественную медицинскую помощь в рамках программы ОМС;
- формирование и поддержание в актуальном состоянии регистра экспертов качества медицинской помощи;

- анализ жалоб и обращений застрахованных, других представителей субъектов ОМС, результатов контроля объемов и качества медицинской помощи, проводимых СМО и территориальным фондом ОМС;
- подготовку материалов для принятия соответствующих мер при нарушениях прав застрахованных граждан медицинскими организациями или СМО;
- информирование субъектов ОМС, органов исполнительной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан, а также органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан о результатах контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС; населения субъекта РФ о правах застрахованных граждан в системе ОМС;
- обращение в адрес Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью о применении мер к СМО в части приостановления (отзыва) лицензии на осуществление ОМС.

СМО в пределах своей компетенции в рамках программы ОМС может осуществлять:

- организацию и проведение контроля объемов, сроков и экспертизу качества медицинской и медикаментозной помощи, оказанной застрахованным гражданам медицинскими организациями, состоящими со СМО в договорных отношениях;
- контроль соответствия персонифицированных счетов медицинской организации, выставленных к оплате, условиям действующих договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС, заключаемым между СМО и медицинской организацией, территориальной программе ОМС, тарифному соглашению между заинтересованными сторонами, способам и порядку оплаты медицинской помощи;
- организацию и проведение экспертизы качества медицинской помощи в связи с поступившими заявлениями (жалобами) застрахованных, их законных представителей, или страхователей на качество медицинской помощи;
- анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями работающими в системе ОМС, в том числе индикаторов деятельности медицинских организаций;

- предъявление исков к медицинским организациям по установленным случаям нарушений прав застрахованных граждан и возмещению ущерба, причиненного застрахованным, возможности применения частичной или полной неоплаты медицинских услуг в случае нарушений условий договора санкций;
- изучение удовлетворенности застрахованных граждан объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;
- обобщение и анализ результатов контроля объемов и экспертизы качества медицинской помощи; предоставление органам управления здравоохранением результатов, выводов и предложений для использования их в системе управления качеством медицинской помощи медицинских организаций.

2.6 Управление информационными системами

Федеральная служба государственной статистики РФ (Росстат) выполняет функции по сбору, обработке и предоставлению данных государственной статистики, в том числе и в секторе здравоохранения, включая сведения о состоянии здоровья населения, ресурсах и деятельности здравоохранения, занятости и оплате труда в здравоохранении, подготовке кадров, об основных экономических показателях здравоохранения, потреблении медицинских товаров, предоставлении услуг и т.д. Сбор данных осуществляется через систему обязательных отчетов и выборочного анкетирования. Формы отчетности государственной статистики разрабатываются Росстатом. Каждые два года Росстат публикует статистический сборник «Здравоохранение в России», в котором содержатся не только показатели состояния здоровья населения и функционирования системы здравоохранения, но и показатели условий и уровня жизни, распространенности факторов риска и отношения населения к своему здоровью. Ключевые показатели состояния здоровья и функционирования системы здравоохранения представлены и в других ежегодно публикуемых статистических сборниках, таких как Российский статистический ежегодник.

Департамент статистики Минздравсоцразвития России занимается разработкой форм ведомственной статистики и сбором информации по этим формам, утверждаемым Министерством. Собранная, обработанная и проанализированная информация позволяет органам власти принимать

управленческие решения и планировать действия. Минздравсоцразвития России предоставляет бóльший спектр статистических докладов по сравнению с Росстатом, исключение составляют данные ведомственной системы здравоохранения, которая не входит в сферу ответственности Министерства. При составлении докладов сотрудники департамента статистики Минздравсоцразвития России используют как данные, собранные самим Министерством, так и данные Росстата, для более полной оценки сектора здравоохранения. Департамент статистики также выпускает отчеты о деятельности служб скорой помощи, станций переливания крови, судебно-медицинской экспертизы, дневных стационаров, дополнительной диспансеризации работающего населения, а также отчеты о результатах ПНП «Здоровье» (см. раздел 6.1).

В период 2004–2007 годов в структуре Минздравсоцразвития России не было подразделения, отвечающего за ведение статистического учета, однако уже в 2008 году при Министерстве был вновь создан отдел статистического учета, отчетности и контроля качества. После вступления в силу Указа Президента РФ от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» высшие должностные лица субъектов РФ должны представлять в Правительство РФ информацию о достигнутых показателях, в том числе в области здравоохранения. Однако эти данные существенно отличались от данных, полученных от них же министерством. С 2009 года указанные показатели представляет только Минздравсоцразвития России по единым утвержденным протоколам. В рамках системы Минздравсоцразвития России за сбор, обработку и анализ статистической и отчетной информации ответственны медицинские информационно-аналитические центры – МИАЦы (бывшие бюро медицинской статистики). В настоящее время практически во всех регионах созданы и работают такие структуры. От региональных МИАЦ информация поступает в головное учреждение – Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ), где присланные из регионов отчеты проходят контроль, анализ со стороны ведущих специалистов-статистиков и только после этого поступают в Минздравсоцразвития России. Минздравсоцразвития России затем предоставляет данные о деятельности региональных органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения в Росстат, Правительству РФ и Президенту РФ.

Медицинские учреждения ведомственного сектора здравоохранения используют систему отчетности Минздравсоцразвития России

по основным направлениям деятельности, а также бухгалтерии, в результате чего можно провести сравнительный анализ данных системы в целом. Вместе с тем система медицинской статистики не полностью компьютеризованна. Руководитель департамента статистики Минздравсоцразвития России в интервью Медицинской газете (4 сентября 2009 г.) отмечала, что по данным за 2007 год только 22,5% МИАЦ и отделов статистики в медицинских учреждениях оборудованы компьютерами, в то время как в 2006 году это показатель составил всего 14,7%.

Помимо Минздравсоцразвития России и подведомственных ему учреждений, сбор статистических данных также осуществляют федеральные службы и агентства ФФОМС. Например, ФФОМС производит сбор информации по показателям деятельности учреждений здравоохранения в системе ОМС, о доходах и расходах системы ОМС, о деятельности СМО и т.д. В ФФОМС статистические отчеты представляют в соответствии с утвержденной формой (по приказу ФФОМС от 02.06.2006 № 64 «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ и инструкции по ее заполнению»). Данная форма заполняется всеми СМО субъектов РФ и вводится для получения информации по жалобам застрахованных лиц на медицинские учреждения (например, недовольство медицинским учреждением или врачом, предоставляемых в рамках ОМС, санитарно-гигиеническим состоянием учреждений, отсутствием врачебной этики, и т.д.). Все статистические данные публикуются как на сайтах соответствующих органов государственной власти федерального и регионального уровней, так и отдельными изданиями в виде годовых отчетов о деятельности в соответствующей области здравоохранения.

Информационные базы данных Минздравсоцразвития России представляют собой компьютеризованные информационно-аналитические системы для получения оперативной информации о деятельности Министерства, в особенности о ПНП «Здоровье». Доступ к информационным базам Минздравсоцразвития России определяется ведущими структурными подразделениями Министерства, ответственными за разработку и внедрение государственной политики в соответствующей области. Данные информационно-аналитические системы были созданы при Минздравсоцразвития России для осуществления сбора, обработки и анализа данных, необходимых органам власти при формировании политики в области здравоохранения и осуществлении мониторинга: (1) ключевых показателей здравоохра-

нения и социального развития субъектов РФ; (2) субсидий из федерального бюджета на софинансирование объектов капитального строительства в регионах; (3) реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи из средств федерального бюджета. Таким образом, осуществляется сбор, обработка и анализ:

- федерального регистра пациентов с гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также перенесших трансплантацию органов и/или тканей;
- федерального регистра поставщиков медицинских услуг;
- федерального регистра стационарных больных с острым нарушением мозгового кровообращения;
- индикаторов федеральных целевых программ и показателей их софинансирования за счет средств региональных бюджетов.

Вместе с тем проводится сбор, обработка и анализ данных с целью мониторинга результатов внедрения ПНП «Здоровье». Основными функциями системы являются:

- формирование регламентированной и нерегламентированной отчетности о реализации ПНП «Здоровье»;
- хранение, ввод и отображение адресно-справочной информации по Министерству и подведомственным организациям (федеральным службам, агентствам и внебюджетным фондам);
- оказание информационной и аналитической поддержки при осуществлении контроля дополнительных денежных выплат медицинским учреждениям в рамках ПНП «Здоровье»;
- обеспечения взаимодействия между структурными подразделениями Минздравсоцразвития России, органами власти субъектов РФ и учреждениями федерального подчинения по формированию заявок на поставку и последующему распределению материальных ценностей в рамках ПНП «Здоровье»;
- интеграция с информационной и аналитической системой Минздравсоцразвития России.

Вместе с тем достоверность предоставляемой таким образом информации вызывает сомнения, поскольку на местах отсутствует гибкая система компьютеризации данных и, соответственно, возможность их проверки (см. раздел 4.1.4).

2.7 Регулирование

Децентрализация значительно повлияла на регулирование и планирование в здравоохранении, включая создание системы ОМС в начале 1990-х годов и проведение административных реформ в начале 2000-х годов. Данные функции были распределены между основными участниками процесса: на федеральном уровне – Минздравсоцразвития России и подведомственные организации, на уровне субъектов РФ – региональные и местные органы управления здравоохранением, ФФОМС, территориальные фонды ОМС, частные СМО, осуществляющие ОМС и ДМС.

2.7.1 Регулирование и управление плательщиками третьей стороны

СМО выступают в качестве плательщиков третьей стороны (см. раздел 3.3.4). СМО являются юридическими лицами, обладающими необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующими свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории РФ. Все работающие в рамках ОМС страховые медицинские организации являются частными организациями.

По закону РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1993) органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями СМО, но могут владеть до 10% акций. СМО не имеют права предоставлять населению другие виды страхования, за исключением ДМС. В случае, когда организация предоставляет как ОМС, так и ДМС, учет средств должен вестись отдельно по каждому виду страхования. СМО для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды. СМО не имеют права отказать страхователю в заключении договора ОМС, который соответствует действующим условиям страхования.

СМО действует на основании договора с территориальным фондом ОМС, а также заключает договоры с медицинскими учреждениями на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. СМО имеет право:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или/и медицинскому работнику на материальное возмещение физического или/и морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине;
- устанавливать размер страхового взноса по ДМС.

СМО обязуется:

- осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе;
- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по ОМС;
- заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по ДМС с любыми медицинскими и иными учреждениями;
- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- защищать интересы застрахованных.

СМО осуществляет свою деятельность на основе лицензии Федеральной службы страхового надзора, причем, если организация предоставляет страхование по ОМС и ДМС, она должна получить две лицензии. Территориальные фонды ОМС имеют право обратиться в вышестоящие органы с просьбой отозвать лицензию СМО, если последняя не предоставила требуемой отчетности о своей деятельности в рамках системы ОМС.

СМО, работающие по системе ОМС, в основном преследуют следующие цели: получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; заключать с медицинскими организациями договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; обеспечивать контроль объемов и качества оказываемого медицинского обслуживания. Страховые платежи по ОМС, поступившие от территориального фонда ОМС в соответствии с заключенными СМО договорами, используются на оплату медицинских услуг, на расходы по ведению дела по ОМС, формирование резервов (оплаты медицинских услуг, профилактических мероприятий и непосредственно в качестве резерва), на выплату зарплат сотрудникам. Территориальные фонды ОМС определяют структуру

расходов и тарифы, связанные с администрированием больных по ОМС. Страховые резервы формируются из полученных страховых платежей в порядке и на условиях, устанавливаемых территориальным фондом ОМС. Средства резервов могут размещаться в банковских депозитах и инвестироваться в высоколиквидные государственные ценные бумаги.

Территориальный фонд ОМС осуществляет контроль над деятельностью СМО, утверждает дифференцированные подушевые нормативы и ведет реестр СМО, работающих по ОМС, на подведомственной ему территории.

Отношения между СМО и медицинской организацией осуществляется на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС. Медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а СМО обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС, и по утвержденным территориальным фондом ОМС тарифам. За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, установленном договором.

2.7.2 Регулирование и руководство деятельностью медицинских учреждений

Основные положения регулирования производителей медицинских услуг определяются на федеральном уровне – Правительством РФ и Минздравсоцразвития России. Министерство определяет номенклатуру медицинских учреждений и медицинских специальностей, определяет процедуру подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников. Медицинская деятельность подлежит лицензированию на основании ст. 17 ФЗ РФ от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». Порядок лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности разрабатывается Минздравсоцразвития России и утверждается Правительством РФ. Лицензирование осуществляется Росздравнадзором. Лицензии выдаются сроком на пять лет. Основные требования для получения лицензии включают: наличие материально-технической инфраструктуры и высококвалифицированного персонала (наличие медицинских сотрудников с профильным образованием определенного уровня). Так, для получения лицензии на ведение медицинской деятельности соискатель представляет следующие

документы в соответствии с постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»:

- документы о наличии зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности по перечню планируемых работ (утвержден Правительством РФ);
- санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности;
- регистрационные удостоверения и сертификаты соответствия на используемую медицинскую технику;
- документы об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники;
- документы об образовании и документы, подтверждающие стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;
- документы об образовании состоящих в штате и привлекаемых по договору специалистов.

В соответствии с этим постановлением по отдельным заболеваниям предлагаются рекомендуемые нормы оснащения медицинских учреждений медицинской техникой и оборудованием и рекомендуемые штатные нормативы.

На сегодняшний день практически все государственные учреждения здравоохранения относятся к единой организационно-правовой форме – государственного или муниципального бюджетного учреждения здравоохранения. Начиная с 2011 года планируется расширить правовые формы медицинских учреждений, предоставляя возможность выбора из нескольких форм некоммерческих организаций (см. раздел 6.1). Руководители медицинских учреждений назначаются главами соответствующего звена системы здравоохранения. Вопросы развития мощностей и кадрового потенциала, а также вопросы материально-технического развития решаются органами управления здравоохранением, в подчинении которых находятся медицинские учреждения.

Большинство медицинских учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения финансируются из двух общественных источников: бюджетов соответствующего уровня и системы ОМС.

Исключение составляют учреждения скорой помощи, учреждения, оказывающие помощь при социально-значимых болезнях (ТБ, ВИЧ/СПИД, и т.д.), а также учреждения санитарно-эпидемиологического надзора, которые финансируются исключительно из средств бюджета. В большинстве случаев в рамках бюджетного финансирования деньги выделяются исходя из ранее сложившихся бюджетов, основанных на таких показателях мощности, как число коек. Однако в последнее время наметилась тенденция расширения практики выделения бюджетных средств с использованием показателей объемов деятельности медицинских учреждений.

В рамках системы ОМС деятельность медицинских учреждений регулируется договорами, подписываемыми со СМО, в которых определяется объем и качество предоставляемой застрахованным лицам медицинской помощи. Оказанная медицинская помощь оплачивается СМО по утвержденным территориальным фондом ОМС тарифам. В соответствии с действующим законодательством медицинские учреждения, оказывающие услуги по ОМС и ДМС, должны реализовывать программы по ДМС без ущерба для программы ОМС.

Контроль качества медицинского обслуживания осуществляют: Росздравнадзор и подведомственные ему региональные отделения, региональные и муниципальные органы власти, территориальные фонды ОМС, СМО и медицинские учреждения. В соответствии с Административным регламентом, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 31.12.2006 № 905 «Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля над соблюдением стандартов качества медицинской помощи» Росздравнадзор выполняет государственную контрольно-надзорную функцию посредством оценки соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям к проведению диагностических, лечебных и иных исследований и мероприятий, а также медикаментозного лечения при конкретных заболеваниях и состояниях, установленных стандартами медицинской помощи, а также требованиям к объемам и качеству медицинской помощи. В соответствии с действующим законодательством Росздравнадзор и его территориальные управления с целью поведению оценки медицинской помощи используют динамические показатели, характеризующие качество оказываемой медицинской помощи. Они также осуществляют мониторинг результатов социологических исследований, а также рассматривают

жалобы граждан на качество медицинского обслуживания и проводят запланированные и незапланированные проверки на отдельных объектах в соответствии с утвержденным регламентом. Региональные управления Росздравнадзора совместно с соответствующими органами управления здравоохранением регионального и муниципального уровней отвечают за соблюдение стандартов медицинской помощи на подведомственной территории посредством сбора данных и проведения проверок. Во многих регионах страны органы управления здравоохранением разрабатывают системы контроля качества медицинской помощи, включающие в себя проведение многоуровневых экспертиз, начиная от уровня подразделения медицинского учреждения и заканчивая региональным органом управления здравоохранением и региональным управлением Росздравнадзора.

В рамках системы ОМС действует своя система контроля объемов и качества медицинской помощи. Мониторинг объемов и качества оказания медицинской помощи в рамках системы ОМС предусматривает медико-экономический контроль (МЭК), медико-экономическую экспертизу (МЭЭ) страховых случаев и экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП). При осуществлении МЭК исследуются случаи оказания медицинской помощи по данным предъявленных реестров счетов по оплате медицинских услуг с целью проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с действующим тарифным соглашением и договором на оказание медицинской помощи. При МЭЭ исследуются случаи оказания медицинской помощи с целью подтверждения обоснованности объемов, предъявленных к оплате медицинских услуг, на их соответствие записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. МЭЭ осуществляется экспертами-организаторами СМО путем анализа первичной медицинской (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного) и учетно-отчетной документации (статистические талоны, журналы учета и др.) медицинских организаций по страховым случаям, отобранным в ходе МЭЭ. ЭКМП проводится с использованием методов, утвержденных в субъекте РФ штатным или внештатным экспертом качества медицинской помощи, в целях выявления дефектов и ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, с описанием их реальных и возможных последствий, выяснением причин их возникновения, составлением мотивированного экспертного заключения о надлежащем/ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи.

ЭКМП может осуществляться в виде: целевой экспертизы качества и плановой (тематической) экспертизы качества. Целевую экспертизу качества индивидуальных случаев медицинской помощи проводят при:

- поступлении письменных жалоб застрахованного или страхователя на качество медицинской помощи в медицинской организации;
- запросах правоохранительных органов;
- необходимости подтверждения надлежащего объема и качества медицинской и лекарственной помощи по случаям, отобраным при МЭК;
- внутрибольничном инфицировании и осложнениях.

Поводами для проведения целевой экспертизы качества по результатам МЭЭ также могут служить случаи:

- летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца (квартала);
- заболеваний с удлинненными или укороченными сроками лечения.

Плановая ЭКМП проводится в объеме, предусмотренном условиями договора с медицинским учреждением. Тематическая ЭКМП проводится с целью общей системной оценки оказания качества и объемов медицинской помощи отдельным группам застрахованных, по виду оказанной медицинской помощи, нозологической форме, возрасту, социальному положению, уровню медицинской организации и др. По инициативе застрахованного может проводиться очная экспертиза качества во время получения им медицинской помощи. Качество медицинской помощи регулируется посредством стандартов и руководств, а использование доказательной медицины не является отличительной чертой «медицинской культуры» и ее внедрение затрудняется материальными условиями систем здравоохранения (Geltzer, 2009).

2.7.3 Регулирование и управление кадровыми ресурсами

Право вести медицинскую и фармацевтическую деятельность в РФ имеют: дипломированные специалисты высшего и среднего профессионального медицинского и фармацевтического образования, лица, получившие медицинские сертификаты и лицензии на ведение

медицинской деятельности. В сельской местности, в условиях отсутствия аптек, лица, работающие в медицинских учреждениях, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность (амбулаторно-поликлинические учреждения, ФАПы, районные больницы), также имеют право ее вести при наличии диплома высшего или среднего профессионального образования, медицинского сертификата специалиста или дополнительного профессионального образования в области фармацевтики.

Медицинский сертификат специалиста выдается при наличии у соискателя послеуниверситетского профессионального образования (интернатура, ординатура), дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, специализированная подготовка) или если соискатель успешно сдал квалификационный экзамен по своей специализации. Данный экзамен проводится комиссией специалистов в области медицины и фармацевтики и направлен на выявление практических и теоретических знаний, а также юридических вопросов по защите здоровья граждан. Минздравсоцразвития России утверждает форму таких экзаменов, срок действия результатов, условия и порядок выдачи медицинских сертификатов специалиста, равно как и сертификатов о дополнительном профессиональном образовании в области фармацевтики (см. раздел 4.2.2).

Студенты, обучающиеся по медицинским специальностям при государственных и муниципальных медицинских учреждениях, имеют право работать в этих учреждениях под контролем со стороны сотрудников, которые несут ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты медицинских ВУЗов и средних профессиональных училищ имеют право оказывать медицинские услуги в соответствии с учебной программой только под присмотром медицинского персонала, который отвечает за профессиональную подготовку студентов. Медицинским работникам среднего звена разрешается получать высшее медицинское или фармацевтическое образование без отрыва от производства. Врачи и фармацевты, не работающие по специальности более пяти лет, могут приобрести разрешение на ведение профессиональной деятельности после прохождения соответствующего курса повышения квалификации в медицинском образовательном учреждении или после сдачи квалификационного экзамена, принимаемого комиссией из представителей медицинских и фармацевтических ассоциаций. Медицинские сотрудники среднего звена, не работающие по специальности более пяти лет, могут заручиться разрешением на

ведение профессиональной деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующих федеральных и муниципальных медицинских учреждениях или по результатам сдачи квалификационного экзамена, организаторами которого выступают профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации. Лица, получившие диплом высшего или среднего медицинского образования, а также обладающие медицинским сертификатом специалиста и лицензией на ведение медицинской деятельности, имеют право вести частную практику.

Вместе с тем по данным Росздравнадзора не все медицинские работники соблюдают вышеуказанные предписания Минздравсоцразвития России. За последние пять лет порядка 15% медицинского персонала не прошли повышения квалификации, а в сельской местности этот показатель был значительно выше (Шейман, И.М., Шишкин, С.В., 2009).

Вскоре после распада СССР Министерство здравоохранения оказалось в ситуации, когда оно больше не могло регулировать госзаказ на количество мест в медицинских ВУЗах, поскольку эти функции были переданы непосредственно регионам. Однако в 1994 году Министерство здравоохранения утвердило общероссийскую квоту на количество мест в медицинских образовательных учреждениях, включая номенклатуру по специализациям и регионам, которая отражала максимальное число требуемых в стране специалистов. Медицинские сотрудники, которых в России переизбыток, не так часто решают искать трудоустройства за рубежом. Вместе с тем мобильность внутри страны означает, что в сельской местности ощущается острая нехватка врачей.

Одной из основных проблем при планировании кадровых ресурсов сектора здравоохранения является несоответствие количества персонала объему проводимых работ, а также существенная разница в численном соотношении среди представителей различных медицинских специальностей: врачей общей практики и специалистов, врачей и медсестер, а также в городах и сельской местности, между специализированными медицинскими центрами и учреждениями ПМСП. Еще одна трудность – привлечение будущих специалистов в такие «непопулярные» области, как фтизиология, несмотря на то, что контроль над заболеваемостью ТБ остается серьезной проблемой в стране (см. раздел 4.2.1). В целом отсутствует краткосрочное и долгосрочное планирование кадров в зависимости от потребности в специалистах, а также медперсонала в конкретной географической зоне. Так, количество студентов, поступивших в медицинские ВУЗы, не соответствует числу

дипломированных специалистов, которые продолжают работу в секторе по окончании обучения, а такие специализации как гинекология, урология и стоматология, равно как и большинство специальностей, позволяющих работать в частном секторе с более здоровым населением, бесспорно, пользуются популярностью у студентов. В настоящее время наблюдается отток молодых сотрудников из отрасли, а низкая заработная плата не способствует привлечению и удержанию специалистов в различных секторах системы. При осуществлении планирования кадров в здравоохранении не используются доказательные методы в отношении числа требуемых специалистов, а количество выпускаемых специалистов не соответствует нуждам отрасли.

2.7.4 Регулирование и управление лекарственными средствами

Регулирование ЛС осуществляется в рамках Федерального закона РФ от № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»⁸. Закон регулирует процедуру регистрации ЛС на всех этапах, прописанную по этапам и срокам. Максимальный срок регистрации не превышает 210 рабочих дней (60 рабочих дней – для воспроизведенных лекарственных препаратов). Информация о регистрируемых препаратах выкладывается в Интернет для обеспечения прозрачности процесса. В соответствии с законом, при условии существования подписанного всеми сторонами соглашения о подтверждении результатов клинической экспертизы, дополнительной клинической экспертизы препарата для его государственной регистрации не потребуется, что значительно упростило приход новых ЛС на российский рынок. Кроме того, государством взимается единовременная пошлина за регистрацию ЛС, сборы от которой поступают в федеральный бюджет.

Роспотребнадзор выполняет функции государственного надзора за оборотом некачественных и поддельных ЛС и в соответствии с действующим законодательством осуществляет контроль (над):

- клиническими и доклиническими исследованиями ЛС;
- производством ЛС;
- качества ЛС при гражданском обороте (в форме выборочного контроля);
- уничтожением ЛС;
- безопасностью находящихся в обращении ЛС;

⁸ ФЗ РФ от 12.04.2010.

- применением ЛС;
- хранением и транспортировкой ЛС, соблюдением правил оптовой и розничной торговли;
- изготовлением и отпуском ЛС;
- ассортимента и цен на ЛС из перечня ЖНВЛП;
- рекламой ЛС;
- ввозом ЛС в Россию.

С конца 2002 года в целях борьбы с поддельными препаратами, доля которых на рынке составляет порядка 12% всех проданных средств, каждая партия, ввозимая на территорию РФ, подлежит обязательной сертификации в одном из семи центров контроля качества Росздравнадзора (в Москве, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде, Новосибирске, Екатеринбурге, Хабаровске и Ростове-на-Дону). Ввезенные ЛС остаются на таможенном складе при постоянном надзоре таможенных офицеров до завершения экспертизы. Вместе с тем по данным Росздравнадзора порядка 60% поддельных лекарственных препаратов производится внутри страны (Anonymous, 2009b).

Для вступления в ВТО России предписывается внести изменения в существующее законодательство и привести его в соответствие с нормами и стандартами ВТО. В области регулирования фармацевтической промышленности основную трудность представляет защита авторских прав. В соответствии с п. 3 ст. 39 «Соглашения ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС)» все члены ВТО обязуются не допустить раскрытия и неправомерного коммерческого использования секретных данных экспертиз и другой информации, полученных государственными органами в процессе лицензирования. На сегодня в России такой закон не действует, хотя Правительством РФ и были предприняты попытки рассмотрения правовой стороны вопроса. В 2005 году в России был введен государственный стандарт «Правила производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP), однако его дальнейшее внедрение потерпело неудачу в силу недостаточных производственных мощностей, которые потребовали бы существенных инвестиций на модернизацию. По данным за 2007 год только 3% местных производителей прошли сертификацию на соответствие качеству российского или европейского образца (GMP), причем вторую получить значительно сложнее (Суханова, С., 2007). Соответствие стандарту GMP – необходимое условие стратегии

развития фармацевтической промышленности, поскольку соблюдение этих стандартов позволит не только улучшить качество изготавливаемой на российском рынке продукции, но и даст возможность местным производителям выйти на международный рынок.

В рамках существующего законодательства государство обязано регулировать цены на перечень ЖНВЛП. В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств»⁹ запрещена продажа ЛС, включенных в перечень ЖНВЛП, на которые не зарегистрирована установленная производителями предельная отпускная цена. В РФ действует несколько утвержденных списков ЛС: перечень ЖНВЛП, перечень ДЛЮ (см. раздел 5.6), минимальный перечень для аптечных организаций, а также перечень стратегически важных лекарственных средств.

Перечень ЖНВЛП

Государственная политика в области регулирования цен перечня ЖНВЛП в основном направлена на поддержание общедоступности включенных в список ЛС, хотя не всегда эти ЛС являются полностью бесплатными (см. раздел 5.6).

В 1992–2001 годах перечни ЖНВЛП утверждались в виде отраслевых приказов Министерства здравоохранения, а с 2002 года – в виде распоряжений Правительства РФ. На момент написания обзора действовал перечень ЖНВЛП, утвержденный распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2135-р. Список включал 222 позиции лекарственных препаратов (международные непатентованные наименования (МНН)), входящих в «Примерный перечень ВОЗ Основных лекарственных средств» и зарегистрированных в РФ. Порядка 15% наименований перечня ЖНВЛП изготавливаются только отечественными производителями, 32% наименований – только зарубежными, а производство 53% ЛС осуществляется как российскими, так и иностранными фармацевтическими предприятиями. Обновленный перечень ЖНВЛП был введен в 2011 году и включал 522 наименования ЛС, в наибольшей степени влияющих на снижение смертности и заболеваемости в РФ.

С 2010 года государство выполняет функцию регулирования цен на ЛС, входящие в перечень ЖНВЛП. Механизмы осуществления контроля цен следующие:

⁹ ФЗ РФ от 12.04.2010 № 61-ФЗ.

- регистрация максимальной цены производителем (цены утверждаются Минздравсоцразвития России на основе исторически сложившихся расходов, а также с учетом стоимости препарата в 21 стране мира, отпускной цены и зарегистрированной стоимости МНН);
- определение предельных оптовых и предельных розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на ЖНВЛП в соответствии с методикой утвержденной приказом Федеральной службы по тарифам от 11.12.2009 № 442-а.

Росздравнадзор несет ответственность за соблюдение установленных максимальных цен и надбавок. Реестр зарегистрированных цен на лекарственные средства перечня ЖНВЛП представлен в открытом доступе на сайте Минздравсоцразвития России. Государство не обладает правом регулирования цен на медицинские препараты, не вошедшие в перечень ЖНВЛП.

Перечень ДЛО

Перечень лекарственных препаратов в рамках программы ДЛО утверждается Минздравсоцразвития России. На сегодня перечень ДЛО включает 375 наименований препаратов (МНН), объединенных в 31 группу. С 2008 года программа ДЛО была разделена (см. раздел 5.6, раздел 6.1), а подпрограмма ВЗН (охватывающая редкие нозологии с очень высокой стоимостью медикаментозного лечения) стала включать список из 18 препаратов (МНН), закупаемых централизованно на федеральном уровне из средств федерального бюджета.

Минимальный перечень для аптечных организаций

Данный минимальный перечень служит гарантией наличия отдельных препаратов во всех аптеках России. Минимальный ассортимент ЛС был утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 29.04.2005 № 312 и содержит 149 препаратов (МНН), объединенных по своему фармакологическому действию в 25 групп. Из 149 препаратов минимального ассортимента только 24 отпускаются без рецепта врача. Новый минимальный перечень был утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 15.09.2010 № 805н и включал уже 60 препаратов (МНН), из которых 50 также входят в перечень ЖНВЛП, а 45 – в перечень ДЛО. Препараты, помещенные в минимальный перечень, используются в амбулаторной практике, а также включают противовирусные и противогистаминные ЛС. По приказу Минздравсоцразвития России от 15.09.2010 № 805н было введено следующее новшество: в случае обращения пациента в аптеку за препаратом по рецепту врача

и отсутствием такого препарата, последний должен быть доставлен в аптеку в течение пяти дней.

Перечень стратегически важных ЛС

В 2010 году Правительство РФ утвердило перечень стратегически важных ЛС, разработанный Минздравсоцразвития России, который включал 57 наименований дорогостоящих препаратов, в том числе для лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, гепатита, болезни Гоше и рассеянного склероза. Ожидается, что данные препараты будут произведены в России к 2015 году, что позволит уменьшить их стоимость, а также увеличить доступность и повысить качество медицинской помощи.

Набор мер по повышению эффективности препаратов ограничен, а среди врачей отмечается тенденция к выписке чрезмерного количества медикаментов. Доказательная медицина находится на пути своего становления, и врачи обладают неограниченным правом самостоятельно назначать медикаменты для лечения своих пациентов. В связи с тем, что стоимость препаратов в рамках ДЛО значительно возросла, контролирующие органы более тщательно следят за выбором врачей при назначении того или иного препарата, так что ранее описываемая тенденция может измениться (см. раздел 6.1). Вместе с тем врачи и фармацевты часто рекомендуют новейшие препараты, являющиеся более безопасными и эффективными, и в этом пациенты с ними согласны (Фармэксперт, 2009).

2.7.5 Регулирование инвестиций в основной капитал

Регулирование инвестиций в основной капитал, в том числе приобретение и содержание зданий и основного оборудования, представлено в разделе 4.1.

2.8 Права пациентов

2.8.1 Предоставление информации пациентам

В России пациенты, принимая решение о приобретении медицинского страхования (например, спектр медицинских услуг, включенных в страховой пакет, стоимость, качество, а также тип медицинских учреждений), имеют ограниченный доступ к важной для принятия такого решения информации. Оценить качество предоставляемых таким образом

услуг также представляется трудным, поскольку результаты проверок, проводимых Росздравнадзором и внутри системы ОМС, не издаются на регулярной основе, а отсутствие конкуренции среди медицинских учреждений и СМО свидетельствует о наличии отдельных единичных показателей качества (см. раздел 2.7.2).

В целом пациенты обращаются за рекомендацией к друзьям или знакомым (Rusinova & Brown, 2003; Salmi, 2003).

2.8.2 Право выбора пациента

Пациент имеет право выбора медицинского учреждения и врача. В соответствии со ст. 6 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»¹⁰ каждый гражданин имеет право выбрать СМО для заключения договора по ОМС и ДМС. В действительности большинство россиян обращаются в поликлинику по месту жительства и не всегда знают о своем праве поменять врача в случае низкого качества обслуживания. По результатам одного из исследований даже в тех случаях, когда пациенту предоставляется выбор, только 6% опрошенных сменили врача или медицинское учреждение (Fotaki, 2006). Основным препятствием на пути принятия пациентом обоснованных решений в отношении медицинского обслуживания остается отсутствие доступной информации о заболевании и возможных вариантах лечения. Таким образом, пациенты полагаются на социальные сети и знакомства при пользовании системой (Rusinova & Brown, 2003; Salmi, 2003; Manning & Tikhonova, 2009).

2.8.3 Права пациентов

Права пациентов, закрепленные в «Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1994), не были введены в действие на территории РФ. В российском законодательстве не существует как такового закона о правах пациентов, однако отдельные положения закреплены в различных нормативных правовых актах. В соответствии с п. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации (1993) каждый гражданин наделен правом на бесплатное медицинское обслуживание: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов,

¹⁰ Закон РФ от 02.04.1993 № 4741-1.

других поступлений». В соответствии с законом РФ от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» каждый гражданин обладает правом на:

- выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, методах лечения и связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

По данным исследования 1999–2000 годов, проведенного в четырех российских городах, опрошенные в достаточной степени владели информацией о некоторых правах пациента (например, право на получение информации о заболевании и методах лечения) и совсем не знали о других (например, право на проведение по просьбе пациента консилиума или право на доступ адвоката). Однако осведомленность граждан в данном вопросе различается по регионам (Fotaki, 2006).

2.8.4 Процедура подачи иска, безопасность пациента и выплата компенсаций

В соответствии со ст. 6 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»¹¹ пациент имеет право предъявить иск страхователю, СМО, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того,

¹¹ Закон РФ от 02.04.1993 № 4741-1.

предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования. Пациенты или их родственники, которые хотели бы предъявить иск врачу или медицинской организации, в обязательном порядке направляют иск сначала в учреждение, где проходило лечение. В случае неудовлетворительного решения по иску пациент имеет право обратиться в отдел исков местного департамента здравоохранения, в состав которого входят медицинские эксперты. Пациент также имеет право предъявить иск СМО, которая несет ответственность за застрахованных ею клиентов. Пациент также может обратиться в территориальный фонд ОМС и ФФОМС или в суд (Всемирный банк, 2003). Лига защитников пациентов также активно помогает гражданам, которые обращаются в основном с жалобами о том, что они не получили требуемого препарата или копий медицинских данных, и в меньшей степени по вопросам, касающимся врачебных ошибок.

Судебные процессы по медицинским случаям занимают много времени на подготовку, требуют больших денежных вложений и могут занять годы, даже, несмотря на то, что права пациентов защищены существующим законодательством. Кроме того, существует множество барьеров: у медицинских учреждений достаточный арсенал механизмов и стремление не признавать врачебные ошибки, например, патологоанатомы напрямую подотчетны главврачу того медицинского учреждения, на пациентов которого они выдают заключения о смерти. В стране отсутствует законодательная база или свод нормативных правовых актов, который регулировал бы случаи профессиональной некомпетентности. Государственные медицинские учреждения не застрахованы на случай преступной небрежности персонала, так что любые иски удовлетворяются из средств учреждения. Только небольшое число частных клиник, предоставляющих услуги, связанные с риском для пациентов, такие как косметическая, глазная и стоматологическая хирургия, застрахованы на случай халатности сотрудников (Всемирный банк, 2003).

2.8.5 Участие пациентов

В соответствии с ФЗ РФ от 04.04.2005 № 32-ФЗ «Об общественной палате Российской Федерации» и указом Президента РФ от 04.08.2006 № 842 «О порядке образования общественных советов при федеральных министерствах, федеральных службах и федеральных агентствах, руководство деятельностью которых осуществляет Президент Российской Федерации, при федеральных службах и федеральных агентствах, подведомственных этим федеральным министерствам» при Минздравсоцразвития России и Роспотребнадзоре были учреждены два общественных совета. В состав общественного совета входят представители неправительственных

организаций, ассоциации по защите прав пациентов, медицинские учреждения и представители средств массовой информации. Советы являются консультативными организациями и принимаемые ими решения носят исключительно рекомендательный характер.

Общественный совет при Минздравсоцразвития России выполняет следующие функции:

- подготовка рекомендаций по совершенствованию и более эффективному применению законодательства в сфере здравоохранения;
- участие в подготовке предложений по разрабатываемым целевым программам, планам, национальным и региональным проектам;
- выработка предложений по совместным действиям общественных объединений, научных учреждений и средств массовой информации по вопросам, отнесенным к ведению Минздравсоцразвития России;
- осуществление консультативной помощи по предложению Минздравсоцразвития России.

Общественный совет при Роспотребнадзоре выполняет следующие функции:

- содействие в защите прав потребителей;
- обеспечение координации участия институтов гражданского общества, средств массовой информации, властей федерального и регионального уровней, находящихся под юрисдикцией Роспотребнадзора;
- подготовка предложений и рекомендаций по законопроектам Роспотребнадзора.

Вместе с тем в России участие пациентов не является распространенным.

2.8.6 Лечение за пределами РФ

Лечение за пределами РФ предусмотрено бюджетом Минздравсоцразвития России, правда, в ограниченном виде, а сама процедура получения этих средств пациентами остается непонятной. Как ни парадоксально, состоятельные россияне самостоятельно оплачивают стационарное лечение в клиниках Европы. Например, согласно последним данным жители Санкт-Петербурга проявляют интерес к получению услуг стоматологической хирургии и родовой помощи в близлежащей Финляндии, в частности в области Куопио (Tikkanen, 2005).

3. Финансирование

3.1 Расходы на здравоохранение

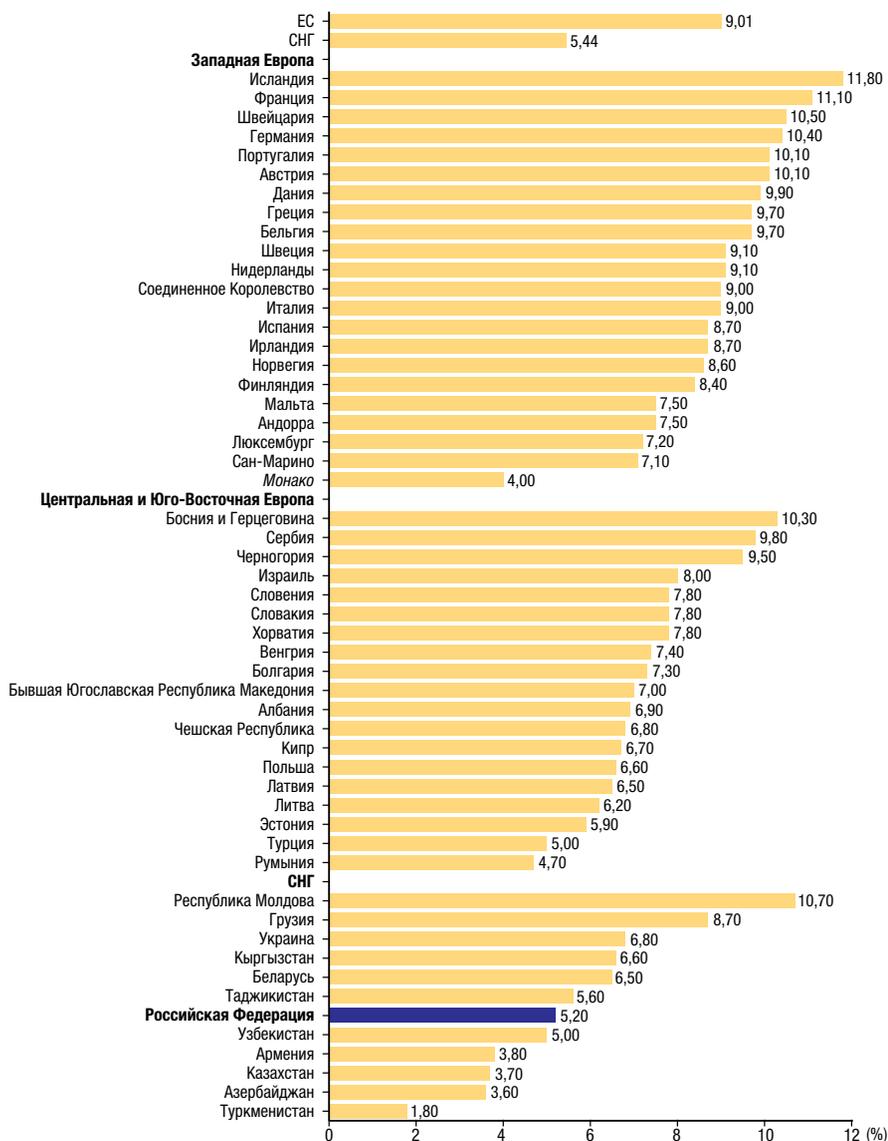
Публикация ВОЗ «Национальные счета здравоохранения» представляет собой достоверную базу данных, ежегодно обновляемую и дополняемую информацией, полученной в результате совместной работы отдельных стран и международных организаций под руководством ВОЗ (WHO, 2011). Это самая лучшая из всех, имеющихся в свободном доступе, база данных, создатели которой использовали единую международную методологию оценки расходов на здравоохранение, позволяющую сравнивать аналогичные показатели во всем мире. Вместе с тем доказано, что личные платежи граждан, в особенности неформальные, по всей вероятности не до конца учитываются, в особенности в России, т.к. несмотря на то, что исследования расходов домохозяйств проводятся постоянно, процесс проведения таких исследований все еще не систематизирован и разные исследования используют разные подходы (Jakab & Kutzin, 2010). Весьма сложным при сборе данных остается оценка ведомственной системы здравоохранения, поскольку требуемая для ее проведения информация не предоставлена в свободном доступе.

В соответствии с Европейской базой данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) общие расходы на здравоохранение в России, исчисляемые в процентах от ВВП, по данным за 2008 год составили 5,2%. Данный показатель считается невысоким в сравнении с аналогичным показателем стран Европейского региона ВОЗ (см. рис. 3.1). Однако общие расходы на здравоохранение в РФ остаются на слишком низком уровне по сравнению с другими странами «Группы восьми», что свидетельствует о тенденции стран с высоким доходом привлекать больше финансовых ресурсов (более 7% ВВП) на здравоохранение в отличие от стран с низким и средним доходом (Tompson, 2007). Более того, в последние годы доля ВВП, приходящаяся на здравоохранение, постоянно уменьшается (таблица 3.1).

Общие расходы на здравоохранение в РФ ниже, чем в среднем по странам СНГ, и значительно отстают от аналогичного показателя в странах Европейского союза (ЕС) (рис. 3.2). Расходы здравоохранения на душу населения в России также остаются относительно низкими (рис. 3.3).

Рис. 3.1

Расходы на здравоохранение (в % ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

В отличие от стран Европейского региона ВОЗ государственное финансирование здравоохранения в РФ весьма незначительно (рис. 3.4), а его доля в общих расходах на здравоохранения за период 1995–2009 годов уменьшилась с 73,9% до 64,4% (таблица 3.1). Сегмент частных расходов на здравоохранение формируется в основном за счет личных платежей

граждан, поскольку лекарственное обеспечение амбулаторных больных не входит в ППГ (см. раздел 3.3.1).

Таблица 3.1

Динамика расходов на здравоохранение в Российской Федерации, 1995–2009 гг., выборочные годы

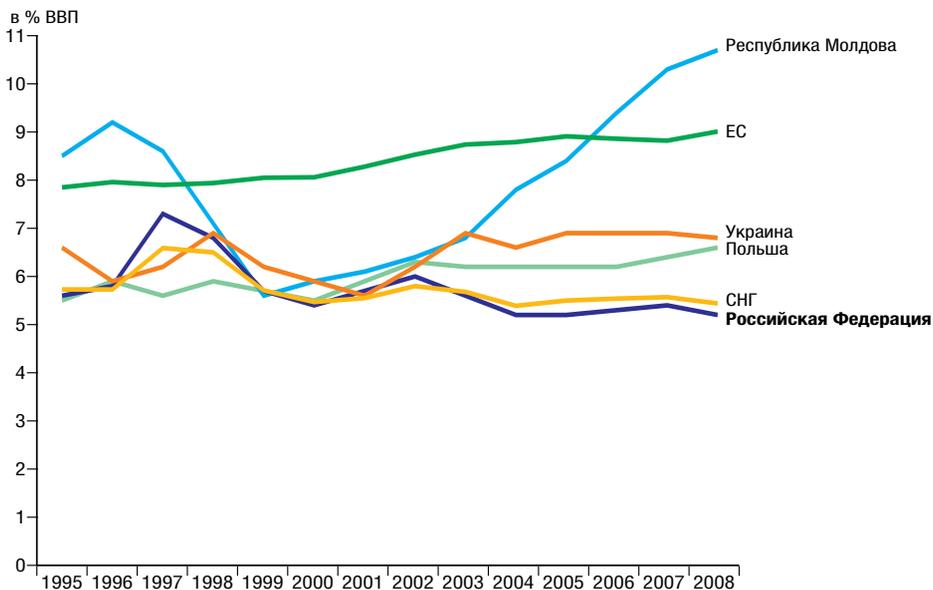
	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС (руб. за долл. США)	301	369	618	797	905	985	1038
Общие подушевые расходы на здравоохранение в % ВВП	5,3	5,4	5,2	5,3	5,4	4,8	5,4
Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	73,9	59,9	62,0	63,2	64,2	64,3	64,4
Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение, %		40,1	38,0	36,8	35,8	35,7	35,6
Доля внешних источников финансирования в общих расходах на здравоохранение, %	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Доля официальных платежей граждан в частных расходах на здравоохранение, %	64,7	74,7	82,4	81,5	83,0	81,3	80,9
Общие государственные расходы в ВВП, %	43,7	25,5	27,4	31,0	33,8	33,8	41,1
Доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, %	9,0	12,7	11,7	10,8	10,2	9,2	8,5
Государственные расходы на здравоохранение в % ВВП	3,9	3,2	3,2	3,3	3,5	3,1	3,5

Источник: ВНО, 2011.

Примечание: ППС – паритет покупательной способности.

Рис. 3.2

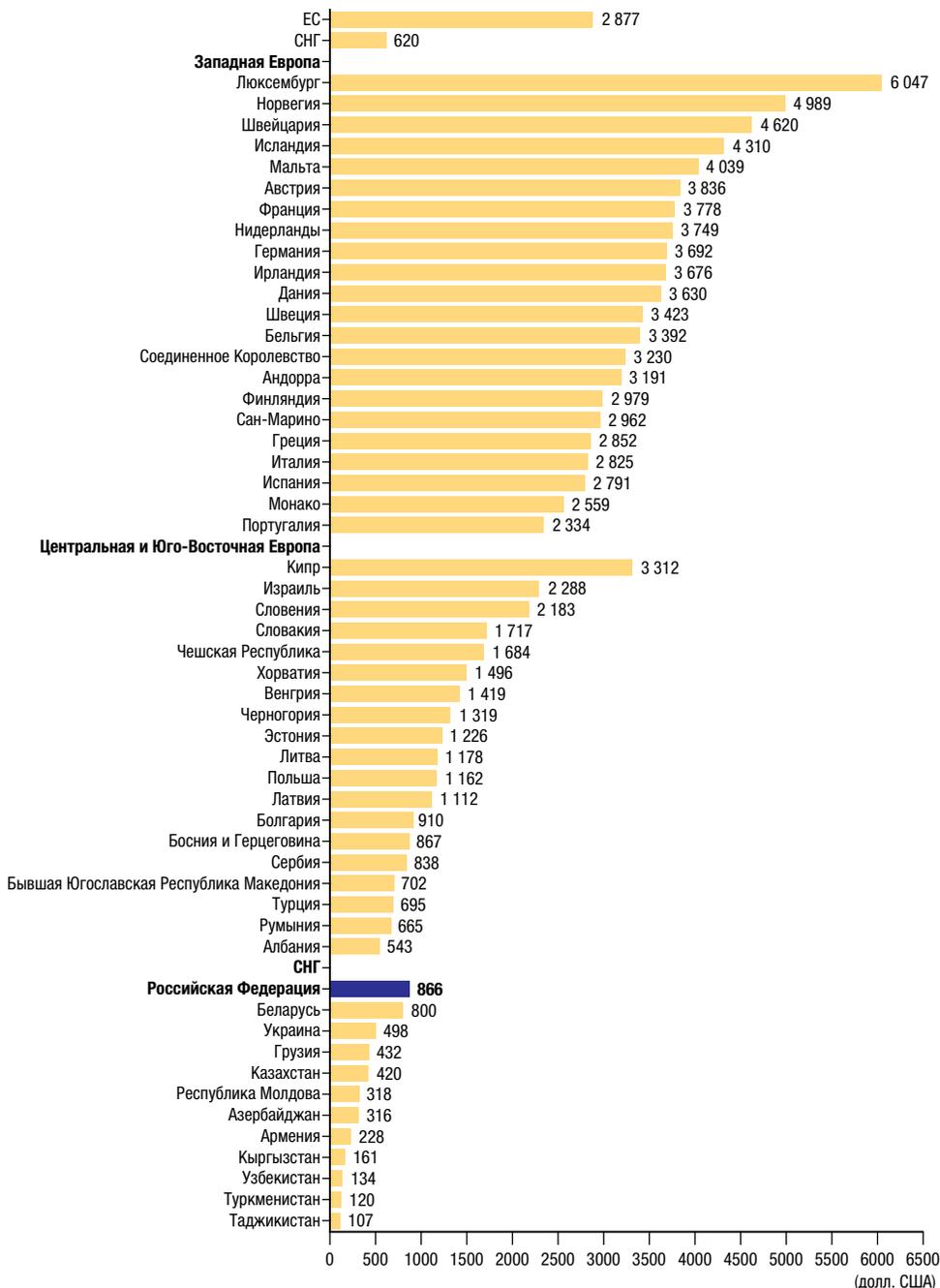
Расходы на здравоохранение (в % ВВП) в России и ряде стран с 1990 г. и по последний имеющийся год



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Рис. 3.3

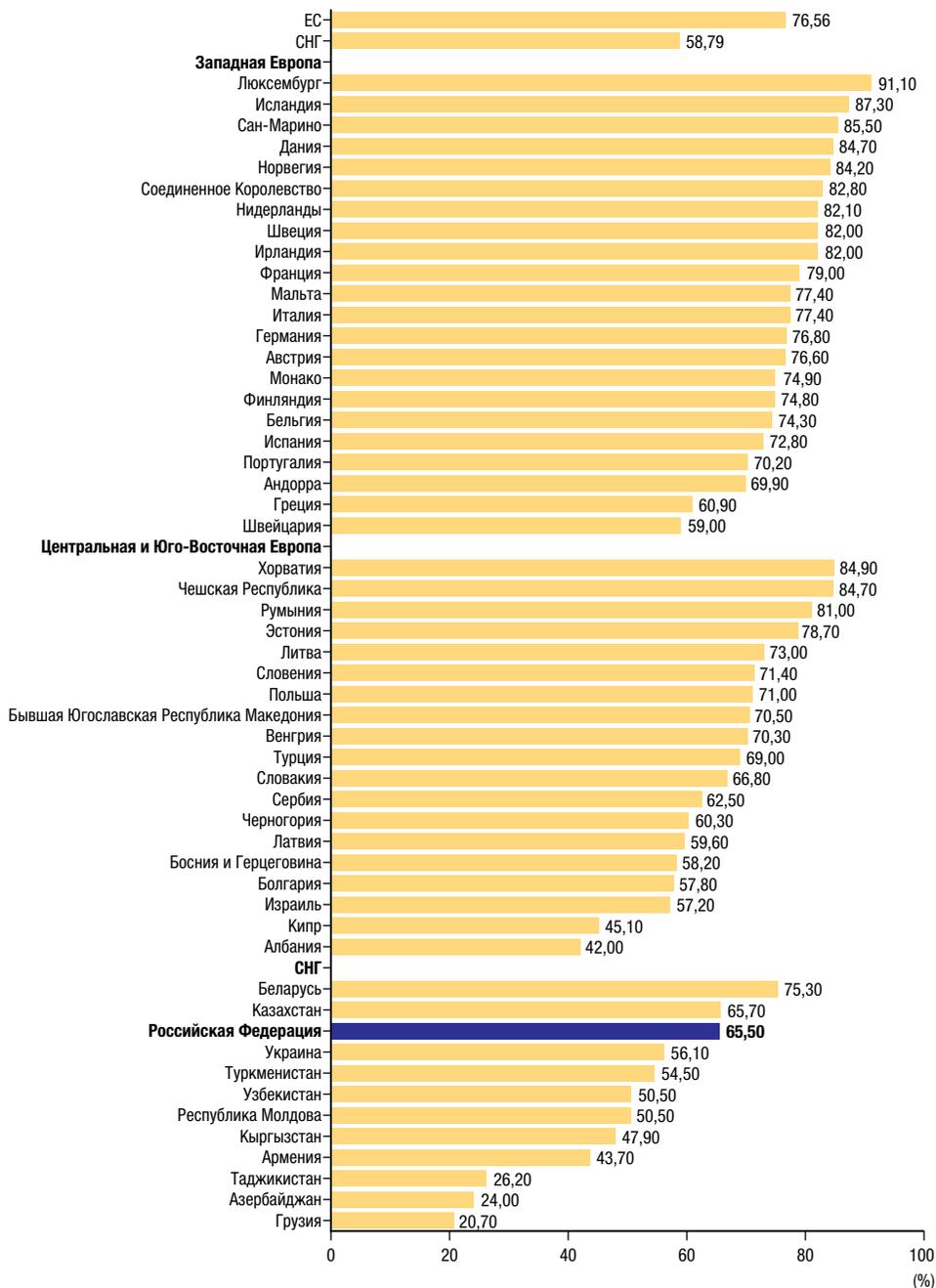
Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ по ППС, в долл. США, 2008 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Рис. 3.4

Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ (в %), 2008 г.

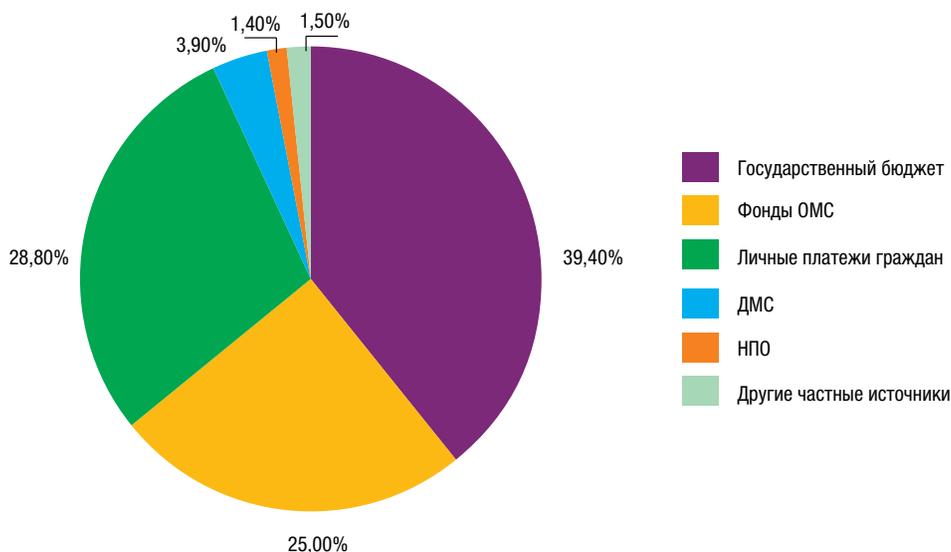


3.2 Сбор и источники финансовых средств

Особенность финансирования системы здравоохранения РФ состоит в том, что оно практически в равной мере складывается из обязательных источников (средства, получаемые от общего налогообложения и взносов в фонды ОМС) и личных платежей граждан (рис. 3.5). Данная смешанная система развивается с 1993 года, начиная с введения системы ОМС.

Рис. 3.5

Структура общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2009 г.



Источник: WHO, 2011.

Начиная с 1990-х годов доля частных расходов на здравоохранение постоянно росла и в 2009 году достигла показателя в 35,6% от общих расходов на здравоохранение, из которых личные платежи граждан составляют 28,8% (таблица 3.2). Несмотря на то, что больше людей стали пользоваться услугами частного медицинского страхования, оно все еще остается незначительным, в особенности за пределами Москвы и крупных городов (см. раздел 3.5).

Смешанная система финансирования основана на двух основных способах объединения в пул предварительно полученных средств: ОМС (федеральный и территориальные фонды ОМС) и бюджеты всех уровней (федерального, регионального и муниципального) (рис. 3.6). Оплату медицинской помощи через ОМС на региональном уровне осуществляют

Таблица 3.2

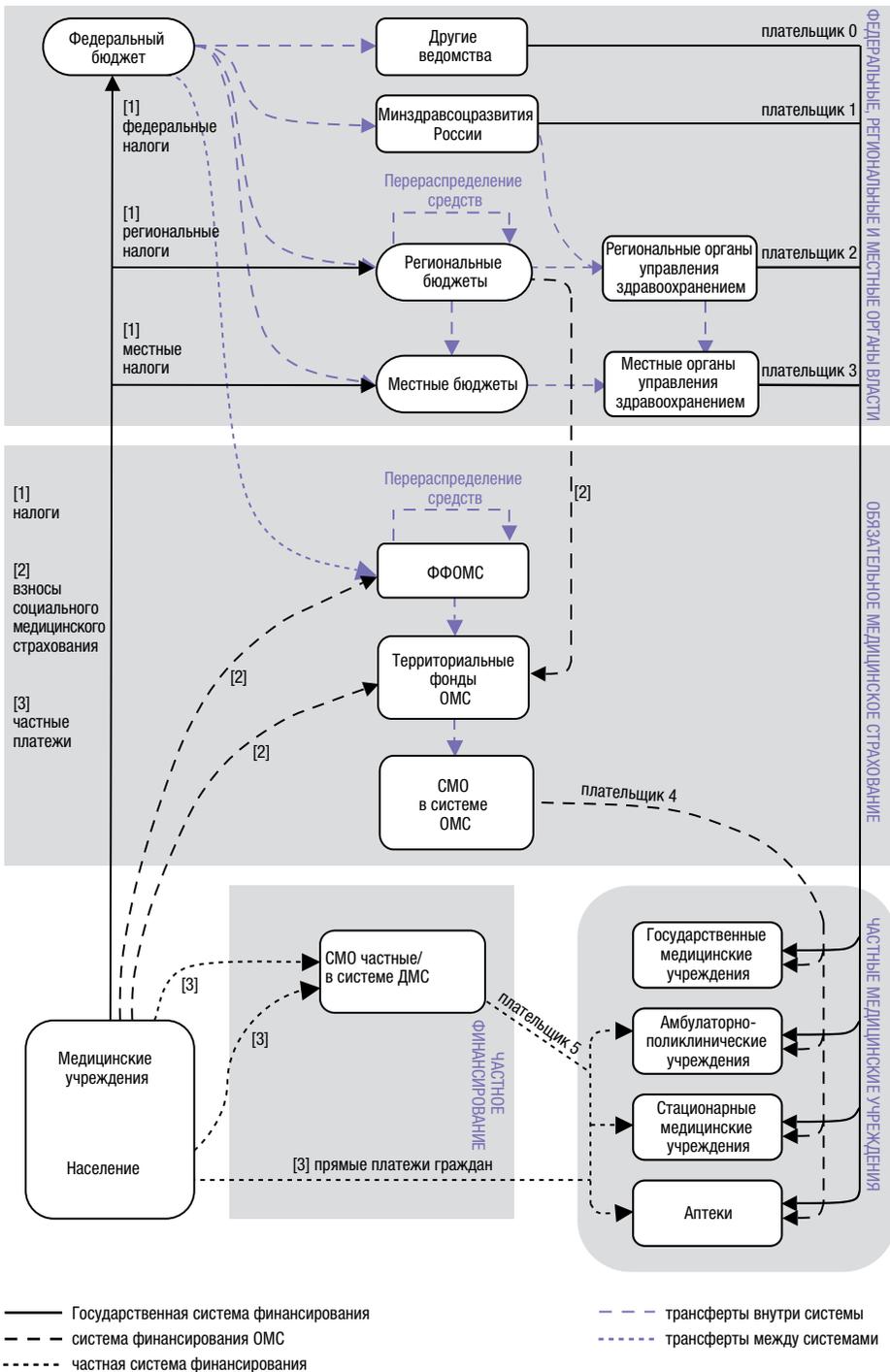
Общие расходы на здравоохранение по источникам финансирования (в %), 1995–2009 гг.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Государственный бюджет	48,4	45,9	49,1	41,4	39,7	35,7	35,5	35,1	35,5	36,1	36,0	36,4	39,3	39,4	39,4
Фонды ОМС	25,5	25,5	21,7	23,7	22,2	24,2	23,2	23,9	23,3	23,5	26,0	26,8	24,9	24,9	25,0
Личные платежи граждан	16,9	18,1	18,1	23,0	27,5	30,0	30,5	30,9	32,8	33,2	31,3	30,0	29,7	29,1	28,8
ДМС	1,6	2,0	2,0	2,2	2,6	3,2	4,7	4,1	4,2	3,5	3,1	3,7	3,4	3,8	3,9
НПО	2,8	2,9	3,0	2,4	1,8	1,7	1,8	2,0	2,0	1,9	1,8	1,5	1,4	1,4	1,4
Другие частные источники	4,8	5,6	6,6	7,3	6,2	5,2	4,3	4,0	2,2	1,8	1,8	1,6	1,3	1,4	1,5

Источник: WHO, 2011.

Рис. 3.6

Схема финансирования системы здравоохранения РФ



на контрактной основе территориальные фонды ОМС. В рамках бюджетной системы на муниципальном и региональном уровнях медицинские услуги приобретаются с использованием ранее сложившихся процессов бюджетного финансирования медицинских учреждений (см. раздел 3.3.4).

3.3 Обзор государственной системы финансирования

3.3.1 Охват населения

В ст. 41 Конституции Российской Федерации (1991) признается право российских граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Гражданам других государств, проживающим на территории РФ, а также иностранным гражданам рекомендуется заранее позаботиться о приобретении соответствующей медицинской страховки до въезда в страну. Таким образом, всем россиянам, не зависимо от того, застрахованы они по ОМС или нет, предоставляется общий доступ к медицинской помощи. В соответствии с действующим законодательством, каждый гражданин РФ автоматически получает доступ к ОМС, однако по данным за 2010 год порядка 1,8% населения по-прежнему не оформили полисы ОМС. Не застрахованные по ОМС лица (например, мигранты без регистрации или бездомные) испытывают трудности при обращении за медицинской помощью (Perlman, Balabanova & McKee, 2009). В зависимости от места проживания, работодателя, личных знакомств и уровня материального благосостояния доступные медицинские услуги могут значительно отличаться, варьируя от возможности получения медицинской помощи по нескольким, перекрывающим друг друга опциям до получения помощи только в местной сети государственных медицинских учреждений.

Границы конституционного права на бесплатную медицинскую помощь определяются программой государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. ПГГ ежегодно утверждается Правительством РФ и состоит из двух основных частей: базовой программы ОМС и услуг, финансируемых за счет ассигнований соответствующих бюджетов. Базовая программа ОМС включает предоставление населению базовой медицинской помощи, а оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи,

лекарственное обеспечение льготных контингентов населения при амбулаторном лечении и скорая медицинская помощь осуществляются из средств бюджетов. Вместе с тем такое четкое разграничение функций не всегда соблюдается в действительности. Органы власти субъектов РФ и органы местного самоуправления отвечают за содержание поликлиник и больниц в надлежащем виде, в том числе за организацию своевременного ремонта, поставок оборудования, выплату заработной платы, обеспечение ЛС и т.д.

В рамках ОМС амбулаторная и стационарная помощь (за исключением специализированной или высокотехнологичной) оказывается в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни (кроме болезней, передающихся половым путем, ТБ, ВИЧ/СПИД);
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- кожные заболевания;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни системы кровообращения;
- болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни уха и болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- все виды травм и отравлений;
- болезни костей и мышц;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- врожденные аномалии;
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Кроме того, в рамках реализации базовой программы ОМС может финансироваться медицинская помощь, предоставляемая в санаториях (см. раздел 5.7).

Из средств бюджетов оказываются:

- скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь в специализированных медицинских учреждениях по лечению ИППП, ТБ, ВИЧ/СПИД, психоневрологических расстройств и расстройств поведения, наркологических заболеваний;
- высокотехнологичная помощь;
- бесплатное обеспечение отдельных групп населения необходимыми ЛС, а также предоставление медикаментов пациентам с высокотратными нозологиями (гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом и рассеянным склерозом) и лицам, перенесшим трансплантацию органов/тканей;
- предоставление ЛС отдельным категориям граждан, имеющим право на скидку в 50%.

Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с ПГГ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в рамках единой методологии Минздравсоцразвития России и ФФОМС. Методические рекомендации по разработке территориальных программ государственных гарантий предусматривают ряд показателей, по которым федеральные нормативы должны адаптироваться для местных условий. К таким показателям относятся: структура заболеваемости и населения (городское – сельское, взрослые – дети и т.д.), половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, относительные стоимостные коэффициенты единицы медицинской помощи по врачебным специальностям и профилям коек, и т.д.

«Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи», разрабатываемые Минздравсоцразвития России и ФФОМС и выпущенные в январе 2000 года, включали перечень видов медицинской и медикаментозной помощи, не входящих в ПГГ. К числу таковых относились:

- ЛС для пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (кроме льготных групп населения);

- пластическая хирургия;
- гомеопатия, альтернативная и другие виды медицины, оказываемые «врачами» без медицинского образования;
- стоматологическая помощь (кроме детей, ветеранов и ряда льготных групп населения);
- медицинское протезирование, в том числе стоматологическое (кроме ветеранов и ряда льготных категорий);
- восстановительная медицина и реабилитация в учреждениях, не рекомендованных Минздравсоцразвития России;
- мероприятия по формированию здорового образа жизни и распространение соответствующей литературы образовательными учреждениями по подготовке медицинского персонала, не аккредитованными Минздравсоцразвития России.

Данный перечень основан в первую очередь на прежнем опыте. Исключение из ПГГ оплаты приобретаемых при амбулаторном лечении медикаментов сохранилось с советских времен, несмотря на то, что абсолютно изменились экономические условия поставки медикаментов для амбулаторного лечения и стоимость основных видов базовых медикаментов слишком высока (Маркес, П.В., Бонч-Осмоловский, М., 2010). Льготные группы населения не изменились с советских времен (дети, пенсионеры и ветераны войны). Эти группы населения могут либо приобрести отдельные ЛС бесплатно, либо в рамках схемы денежного пособия, при которой возможен выбор, – продолжать получать бесплатные ЛС при амбулаторном лечении или получить вместо этого денежное пособие на их приобретение в рамках программы ДЛЮ (см. раздел 5.6). Стоматологическая помощь, в том числе протезирование, равно как и коррекция зрения, так же, как и в советский период, были исключены из ПГГ (см. раздел 5.11).

В соответствии с законом «Об обязательном медицинском страховании», территориальные фонды ОМС и органы власти субъектов РФ обладают правом расширить ассортимент ЛС, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках базовой программы ОМС, утвержденной Правительством РФ. Вместе с тем территориальные фонды ОМС крайне редко пользуются данным правом ввиду нехватки ресурсов.

Теоретически гражданам РФ предоставляется возможность получить бесплатное лечение за рубежом, если таковое не может быть оказано в России. В стране существует ряд организаций, которые рассматривают истории болезни пациентов и выносят решение об оказании помощи

за рубежом, к таковым относилось и Федеральное агентство высоко-технологичной медицинской помощи. Однако данные структуры часто подвергаются реорганизации, а их деятельность может быть приостановлена на несколько месяцев. В действительности лишь незначительное число больных получают помощь в зарубежных клиниках.

3.3.2 Сбор финансовых средств

Двумя главными обязательными источниками финансирования российской системы здравоохранения выступают средства бюджета и страховые взносы работодателей на ОМС в виде фиксированной доли единого социального налога. Общие доходы бюджета формируются из многих источников, однако при этом доходы от продажи нефти и газа преобладают (см. раздел 1.2). В то же время первостепенным источником дохода являются налоги на деятельность организаций, а не физических лиц (Федеральная служба государственной статистики, 2010d). Российская система налогообложения характеризуется налогами с доходов как юридических, так и физических лиц, а также налогами на недвижимость. Сбор и администрирование налогов происходит на различных уровнях системы РФ в зависимости от источника:

- на федеральном уровне: НДС (фиксированная ставка в 18% с 2004 года), акцизы (доля федерального бюджета), налог на прибыль организаций (доля федерального бюджета – 6,5% от общей ставки в 24%), взносы работодателей на социальное страхование (с 2011 года – 34% от фонда оплаты труда), налог на добычу полезных ископаемых (излишние суммы налога поступают в Стабилизационный фонд РФ);
- на уровне субъектов РФ: налог на имущество организаций и транспортный налог; регионы также получают долю налога на прибыль организаций (17,5% из 24%, вместе с тем, органы субъектов РФ могут сократить данную ставку до минимальной в 13,5%), долю с акцизных сборов (в зависимости от типа товара), а также долю от налога на доходы физических лиц;
- на уровне органов местного самоуправления: земельный налог, налог на имущество физических лиц, муниципальная доля налога на доходы физических лиц.

Начиная с 2001 года Правительством РФ был предпринят ряд попыток усовершенствовать налоговую систему для достижения прозрачности в основном за счет упразднения статей об освобождении от уплаты налогов. В то же время с целью возмещения затрат была введена

фиксированная ставка налога на прибыль, которая составила 13%, что значительно ниже принятой ранее максимальной ставки в 35%. Это было сделано в надежде на то, что организации начнут в полном объеме декларировать получаемую ими прибыль, поскольку по предварительным данным порядка половины всех доходов ими не декларировалось (Rutland, 2005). Вместе с тем еще одной причиной нежелания предприятий полностью признавать свои доходы стал единый социальный налог (ЕСН), предназначенный для организации налоговых потоков на медицинское и пенсионное страхование. Ставка ЕСН изначально составила 35,6% от фонда оплаты труда. В 2006 году освобождение от налогов было восстановлено частично – только в отдельных географических районах, для отдельных видов промышленности и на ограниченный период времени. Предприятия, расположенные в новых особых экономических зонах (ОЭЗ), получили налоговые льготы, в том числе в промышленно-производственных ОЭЗ организации ведут расчет по пониженной ставке ЕСН (14% вместо обычных 26%). Фиксированные ставки налога на прибыль организаций и налога на прибыль физических лиц свидетельствуют о том, что в стране нет прогрессивной системы налогообложения.

Первоначально в рамках программы ОМС был введен целевой налог, позволяющий направить в фонды ОМС страховые взносы работодателей. Ставка налога составила 3,6% от фонда оплаты труда: 3,4% получали территориальные фонды ОМС, а 0,2% – ФФОМС, который отвечает за выравнивание финансирования в рамках ОМС по регионам. С 2001 года страховые взносы в фонды ОМС стали частью ЕСН, представляющего собой взносы работодателей от фонда оплаты труда и собираемого налоговыми службами. До января 2005 года доля средств, распределяемых в территориальные и федеральный фонды ОМС, не менялась. Однако дальнейшее сокращение ставки ЕСН до 26% фонда оплаты труда, по сравнению с 35,6%, привело к снижению показателя страховых взносов работодателей до 2,8%, из которых с 2005 года территориальные фонды ОМС получают 2%, а ФФОМС – 0,8%. По имеющимся данным снижение ставки ЕСН в 2005 году привело к сокращению сборов системы ОМС на 1,6 млрд руб. (Tompson, 2007). В 2006 году ставка тарифов страховых взносов возросла до 3,1% от фонда оплаты труда (1,1% – ФФОМС, 2% – территориальным фондам ОМС).

С 2011 года ЕСН был заменен страховыми взносами, ставка тарифов которых повысилась для основных категорий работодателей до 34%. Данная ставка применяется к зарплате работника, не превышающей 4 630 000 руб. в год. Доходы, превышающие эту сумму, не облагаются налогом. Совокупный тариф взносов составил 34%, из которых

Пенсионный фонд получает 26% от базы для начисления страховых взносов, Фонд социального страхования – 2%. Из средств последнего работникам предоставляется отпуск по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, пособие по беременности и родам, материальная помощь на организацию похорон, а также путевки на санаторно-курортное лечение (см. раздел 5.7). В 2011 году ставка отчислений в фонды ОМС повысилась до 5,1% от фонда оплаты труда (ФФОМС – 2,1%, территориальные фонды ОМС – 3%), однако с 2012 года все собранные средства (5,1%) будут полностью перечисляться ФФОМС (см. раздел 6.1).

До 2005 года органы власти субъектов РФ и органы местного самоуправления должны были перечислять средства в фонды ОМС на неработающее население (безработных, инвалидов, детей и пенсионеров). С 2005 года данные обязательства были переданы органам власти субъектов РФ. Вместе с тем не были выработаны национальные нормативы размера бюджетных отчислений, что привело к их варьированию по регионам, некоторые из которых долгое время вообще не направляли средства в фонды ОМС (Шишкин, С.В., 2006). Местная администрация и региональные власти справедливо отмечали, что из собственных средств уже содержат медицинские учреждения и потому не могут направлять страховые отчисления за неработающих граждан. С 2006 года все регионы уже платили взносы ОМС неработающего населения. В 2009 году ставка страхового взноса на одного неработающего гражданина составила 2445,7 руб., а на работающего – 2682,6 руб. Однако данные ставки не отражают фактических затрат на медицинскую помощь, и их явно недостаточно, чтобы профинансировать базовую программу ОМС для неработающего населения, в частности, для детей и пенсионеров, которые составляют самые затратные с точки зрения медицинских услуг группы неработающего населения.

3.3.3 Объединение финансовых средств в пулы

Объединение финансовых средств в пулы представляет собой аккумуляцию заранее выплаченных финансовых ресурсов в целях покрытия финансовых рисков, возникающих в результате необходимости оплаты медицинской помощи, предоставляемой всему населению или отдельным его группам. Фрагментированные механизмы объединения средств становятся главным источником неэффективного функционирования системы здравоохранения (Kutzin, 2001). В системе здравоохранения РФ объединение средств происходит как в системе ОМС, так и в бюджетной системе. Система ОМС не заменила ранее существовавшую бюджетную

систему финансирования здравоохранения, а дополнила ее. Средства, аккумулированные в системе ОМС, не превышают 40% общего государственного финансирования системы здравоохранения (рис. 3.7).

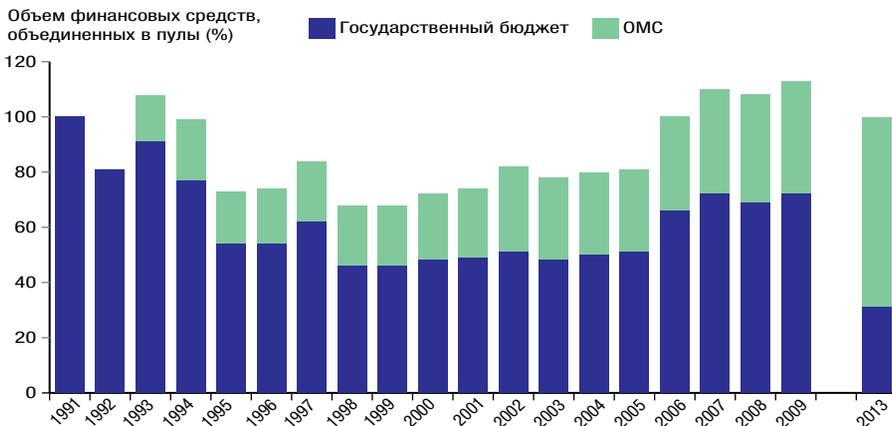
В целом, с момента введения в начале 1990-х годов и до 2011 года не предпринималось попыток преобразовать движение финансовых потоков в системе ОМС. Часть ЕСН перечислялась в фонды ОМС (см. раздел 3.3.2). В ФФОМС был направлен 1,1% средств фонда оплаты труда, предназначенных для регионального выравнивания посредством перечисления трансфертов из ФФОМС в территориальные фонды ОМС. В территориальные фонды ОМС поступали взносы работодателей в размере 2% фонда оплаты труда и бюджетные платежи на страхование неработающего населения. Бюджетные платежи никогда не осуществлялись в достаточном объеме. Аккумулированные в территориальных фондах ОМС средства потом выделяются СМО на основе подушевых нормативов. СМО напрямую оплачивают услуги медицинских учреждений по утвержденным территориальными фондами ОМС тарифам.

До введения системы ОМС в некоторых регионах и муниципалитетах не было частных страховых компаний. В 1993 году филиалы территориальных фондов ОМС получили право выступать в качестве страховщиков. Данная мера должна была носить временный характер, однако во многих регионах до середины 2000-х годов отсутствовали конкурирующие СМО. В 1998 году число СМО, работающих по системе ОМС, достигло максимального – 538 организаций. В результате расширения деятельности страховых медицинских организаций и процесса их консолидации к 2009 году число СМО сократилось до 106 организаций (также существовало 246 филиалов территориальных фондов ОМС). К этому моменту СМО и их филиалы почти полностью заменили филиалы территориальных фондов ОМС, работавшие в качестве страховщиков, во всех регионах. Единственным регионом РФ, на территории которого отсутствуют СМО, остается Чукотский автономный округ, расположенный в районе крайнего севера.

Поскольку бюджетное финансирование оставалось основным источником финансирования здравоохранения, многие регионы и районы/ муниципалитеты продолжали самостоятельно собирать средства в пулы. Многие регионы разработали модели взаимодействия органов управления здравоохранением с территориальными фондами ОМС (вставка 3.1). Доля ОМС в общих государственных расходах на здравоохранение значительно варьируется по регионам: по данным за 2008 год в Ханты-Мансийском автономном округе она составила 18%, а в Республике Татарстан – 89%.

Рис. 3.7

Объем финансовых средств системы здравоохранения, объединенных в пулы: государственный бюджет и система ОМС



Источник: расчеты основаны на официальных данных Федеральной службы государственной статистики и Минздравсоцразвития России (по состоянию на 2009 г. и прогноз на 2013 г.)

Примечание: использовались официальные российские данные, которые отличаются от оценок ВОЗ в силу применения различных методик.

Вставка 3.1

Инновационные методы финансирования здравоохранения в Чувашской Республике

Чувашская Республика представляет собой субъект РФ, расположенный на относительно небольшой по размерам, но густонаселенной территории, занимающей центр Европейской части России. Численность населения Республики составляет 1,28 млн человек, из которых 58% проживает в городской местности (Федеральная служба государственной статистики, 2010с). Принимая во внимание, что ни один из регионов РФ не может в полной мере отражать разнообразие всей страны, в данном обзоре мы решили рассмотреть пример Чувашской Республики как региона, наиболее заинтересованного в проведении реформ здравоохранения. В Республике представлена хорошо развитая система ОМС, а оплата услуг амбулаторной и стационарной помощи осуществляется ретроспективно: тарифы на оплату услуг по системе ОМС определялись на основе клинических протоколов, причем в течение некоторого периода эти тарифы различались в зависимости от типа медицинского учреждения и заболевания (Шишкин, С.В., 2006). Пилотные реформы проходили как часть программы «Технического содействия реформе здравоохранения РФ», проводимой Минздравсоцразвития России в период 2004–2008 годов при участии Всемирного банка (см. вставки 5.1 и 5.2).

Чувашская Республика почти полностью перешла на одноканальную систему финансирования здравоохранения, при которой средства из различных источников (ассигнования, выделяемые муниципальными и региональными бюджетами, на покрытие страховых взносов на неработающее население и страховые взносы работодателей на ОМС) поступают в единый пул средств, управляемый территориальным фондом ОМС. Таким образом, гибкость самой системы в отношении распределения средств между услугами значительно улучшилась, что в свою очередь привело к снижению фрагментации системы финансирования здравоохранения, исключая дублирование функций в управлении финансированием здравоохранения (Всемирный банк, 2011а).

Ежегодно Минздравсоцразвития России и Министерство финансов Российской Федерации пересматривают и утверждают расходы по основным компонентам системы здравоохранения (расходы министерства, финансирование федеральных медицинских учреждений, федеральных программ, включая иммунизацию), финансирование которых проводится из средств федерального бюджета. Минздравсоцразвития России совместно с ФФОМС каждый год рассчитывают стоимость ПГГ, а также издают методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, предусматривающие ряд критериев, в соответствии с которыми регионы должны адаптировать федеральные нормативы (см. раздел 3.3.1). Вместе с тем общее финансирование в регионах в большей степени основано на исторически сложившихся бюджетах, а не на нормативах ПГГ.

Как указано в разделе 3.3.1, финансирование ПГГ осуществляется из средств бюджетов и системы ОМС, в рамках каждой из частей ПГГ должны оказываться различные виды медицинской помощи. В рамках бюджетной системы финансируются специализированная вторичная и третичная, высокотехнологичная помощь, скорая помощь, а также капитальные вложения и целевые программы здравоохранения. Средства ОМС направляются на удовлетворение так называемых «ежедневных потребностей населения» в медицинской помощи.

В рамках бюджетной системы применяются механизмы регионального выравнивания, предусматривающие выделение федеральных субсидий регионам. Механизмы бюджетного выравнивания в части финансирования здравоохранения используют рассчитываемые коэффициенты налоговых поступлений и бюджетных расходов. Индекс бюджетных расходов (ИБР) является относительным (по сравнению со средним показателем по России) и рассчитывается для обеспечения равных подушевых расходов на всех виды бюджетных услуг, включая здравоохранение. Данные расчеты учитывают объективные факторы и условия, определяющие положение в регионах. Основным критерием для выравнивания является средний уровень бюджетной обеспеченности. Составной частью ИБР является показатель финансирования сектора здравоохранения, который рассчитывается исходя из общих государственных расходов на здравоохранение, включающих в себя как бюджетные расходы, так и расходы системы ОМС. Общие бюджетные трансферты Минфина России не носят целевого характера, и в соответствии с существующим законодательством регионы имеют право использовать полученные

трансферты по своему усмотрению. Система выравнивания существует также на региональном уровне: трансферты из региональных бюджетов перечисляются в бюджеты муниципалитетов. Региональные бюджетные трансферты, также как и федеральные, не являются целевыми, и потому муниципалитеты вправе самостоятельно решать, куда их направить.

ФФОМС несет ответственность за выделение части средств (страховые взносы работодателей и целевые поступления из федерального бюджета) на отдельные мероприятия в рамках ПНП «Здоровье», например, проведение профилактических осмотров работающего населения, проведение профилактических осмотров детей, находящихся в стационарных учреждениях и т.д. Основной функцией ФФОМС является обеспечение регионального выравнивания в рамках базовой программы ОМС. При распределении субсидий на ОМС в первую очередь учитываются расходы региона на базовую программу ОМС. В 2010 году ФФОМС использовал единую методологию для определения размеров дотаций, передаваемых в территориальные фонды ОМС на выполнение территориальных программ, стоимости территориальной программы и объема возможных поступлений в территориальные фонды ОМС. Денежных средств ФФОМС было недостаточно для регионального выравнивания. Согласно новому закону «Об обязательном медицинском страховании» в 2011 году в ФФОМС поступит до двух третей больше ресурсов (3,1% из 5,1% от фонда оплаты труда), а к 2012 году все 100% взносов работодателей будут поступать в ФФОМС (см. раздел 6.1).

Территориальные фонды ОМС несут ответственность за аккумуляцию части взносов работодателей и бюджетных платежей, направляемых на оказание медицинской помощи неработающему населению. Однако, в целом, бюджетные платежи регионов лишь частично покрывают стоимость медицинской помощи, оказываемой неработающему населению. Органы власти субъектов РФ вместо того, чтобы осуществлять бюджетные взносы на страхование неработающего населения, предпочитают напрямую финансировать медицинские учреждения, что позволяет им в большей степени контролировать расходование перечисленных учреждениям средств. Несмотря на обширное планирование, федеральное правительство может предоставлять регионам контрольные показатели объемов финансирования, рассчитанные на основе использования модели стоимости и объемов. У местных властей остается большая свобода действий, и региональные власти по-разному реагируют на федеральные рекомендации: некоторые регионы балансируют свои территориальные программы, но большинство неохотно меняют бюджетные приоритеты, игнорируя контрольные цифры.

На развитие персонала и другие целевые программы выделяются отдельные средства из федерального, регионального и муниципального бюджетов. Исторически сложилось, что целевые программы направлены на лечение и профилактику «социально значимых заболеваний». Финансирование целевых программ осуществляется из бюджетов различных уровней, зачастую исходя из принципов софинансирования (см. раздел 2.7). В 2005 году был запущен ПНП «Здоровье», который финансируется из средств федерального бюджета с частичным софинансированием из бюджетов регионов. В 2010 году на финансирование данного проекта было выделено порядка 10% общих государственных расходов на здравоохранение (см. раздел 6.1).

3.3.4 Закупка медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

Фонды ОМС собирают страховые взносы и перераспределяют их СМО с учетом подушевой взвешенной формулы. Однако механизмы фактического получения организациями средств за приобретенные медицинские услуги существенно варьируется. Независимые СМО в идеале должны отбирать медицинские учреждения для заключения договоров по ОМС. Это не только будет способствовать развитию конкуренции между учреждениями, но и приводить к снижению цен на услуги, повышению качества обслуживания, улучшению ПМСП и профилактических мер. СМО заключают с медицинскими учреждениями договоры и оплачивают их услуги по законченному случаю, что создает стимулы для повышения эффективности их деятельности (см. раздел 3.7). Финансирование медицинских учреждений также осуществляется из средств региональных и местных бюджетов напрямую, так как учреждения подведомственны органам власти соответствующего уровня. Таким образом, действия медицинских учреждений во многом контролируются через структуры вертикального управления системой на региональном и местном уровнях. Вместе с тем отношения между структурными элементами системы весьма сложны, принимая во внимание множественность участников.

По всей видимости, интересы СМО оказались искажены. С одной стороны, предполагается, что они должны нести риск, то есть, наряду с возможностью получать прибыль им должна грозить и опасность убытков. Тем не менее, в случае убытков СМО их не возмещает. В принципе, это входит в сферу ответственности территориального фонда ОМС, но он может избежать возмещения убытков, сократив финансирование медицинских учреждений. В конечном счете, финансовый риск ложится

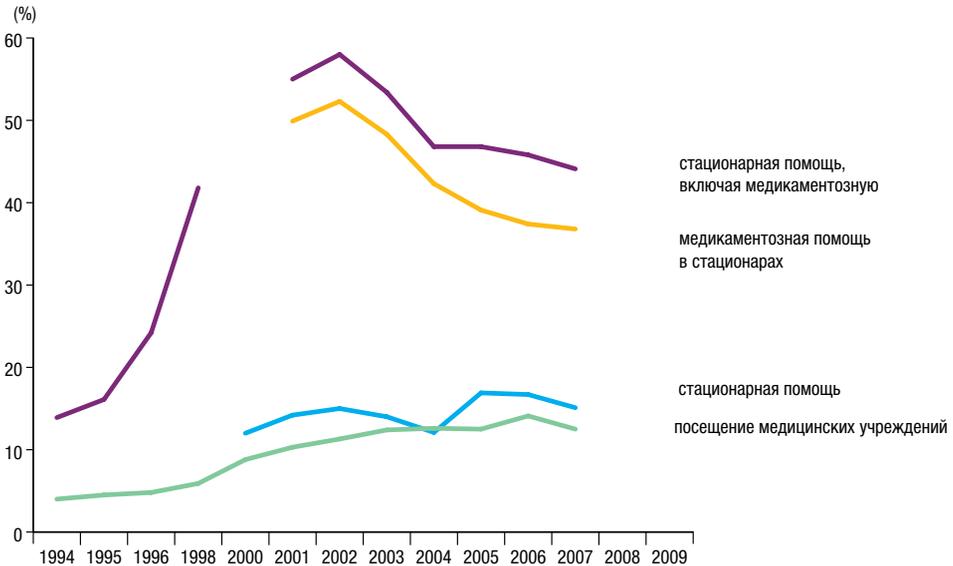
на больного, которому приходится из личных средств оплачивать медицинские услуги, не предоставленные государством. В случае, когда СМО тратит больше нужного, территориальные фонды ОМС просто доплачивают ей недостающие средства. Доля дохода СМО представляет собой фиксированную долю от всего полученного дохода, рассчитываемого по подушевой взвешенной формуле. СМО, имея гарантированный доход и наперед получая от территориального фонда ОМС субсидии, не стремится заставить медицинское учреждение тратить страховые деньги экономнее (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003). В действительности среди СМО полностью отсутствует конкуренция. Они, как правило, помогают гражданам составить исковое заявление, а также предлагают прикрепленному населению услуги страхования с минимальным риском. Выполняя посреднические функции, СМО могут иметь административные расходы в размере около 3% (Всемирный банк, 2011a).

3.4 Личные платежи граждан

По данным за 2008 год доля личных платежей граждан в общих государственных расходах на здравоохранение составила 28,3% (рис. 3.5). Личные платежи составляют два вида платежей: прямые и неформальные. Базовой программой ОМС официально не предусмотрено участие пациентов в частичной оплате услуг, предоставляемых в рамках программы. Начиная с середины 1990-х годов неуклонно растет число людей, оплачивающих услуги в медицинских учреждениях, преимущественно государственных и муниципальных. О том, насколько быстро данный процесс развивается, свидетельствуют собранные в разные годы данные РМЭЗ/RLMS («Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения»). В 1994–2009 годах доля пациентов, оплачивающих услуги амбулаторно-поликлинического сектора, увеличились в 3,3 раза. По данным РМЭЗ/RLMS за 2009 год из всех пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью, порядка 13,3% внесли плату из личных средств в виде денег или подарков (рис. 3.8). В отличие от этого, в 1994–2009 годах доля пациентов, оплачивающих услуги стационара, уменьшилась с 55% до 34,3%. В 2009 году было отмечено резкое сокращение личных платежей граждан в стационарном секторе, что вероятнее всего объясняется снижением дохода домохозяйств, причиной которого стал экономический кризис. Расходы на лечение в стационаре значительно превышают таковые в амбулаторно-поликлиническом секторе.

Рис. 3.8

Доля пациентов, плативших за разные виды медицинских услуг, в общем числе обратившихся за данными услугами, 1994–2009 гг., %



Источник: расчеты на основе данных РМЭЗ/RLMS.

3.4.1 Прямые платежи

В соответствии с действующим законодательством лишь отдельные медицинские услуги, предоставляемые государственными и муниципальными медицинскими учреждениями и исключенные из перечня медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, полностью оплачиваются гражданами напрямую (см. раздел 3.3.1). Медицинская помощь, предоставляемая частными организациями, оплачивается пациентами полностью из личных средств или по ДМС. В действительности многие государственные и муниципальные медицинские учреждения также предлагают гражданам платные услуги. Данная область деятельности таких поликлиник плохо регулируется. К примеру, заплатившему пациенту обслуживание оказывается вне очереди, а в случае стационарной помощи – предоставляются улучшенные условия пребывания в стационаре. С целью разрешения сложившейся ситуации был разработан Проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (см. раздел 6.2). По данным Федеральной службы государственной статистики с 2000 года личные платежи граждан на платные медицинские услуги выросли в 7,5 раз в реальном выражении (таблица 3.3). Наиболее часто россияне самостоятельно оплачивают препараты для амбулаторного лечения,

расходы на которые превышают 75% всех формальных личных платежей населения. Отдельным группам граждан препараты предоставляются либо бесплатно, либо со скидкой (см. раздел 5.6). Однако данные льготные группы составляют всего 11% населения (Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М., 2010).

Таблица 3.3

Частные расходы граждан на медицинскую и медикаментозную помощь (млрд руб.), 2000–2009 гг.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Медицинская помощь	20.5	24.7	34.8	44.4	56.0	74.5	96.9	114.3	136.5	154.2
Медикаментозная помощь	70.1	94.2	120.1	147.9	173.2	206.9	248.4	315.0	405.0	494.0

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010г.

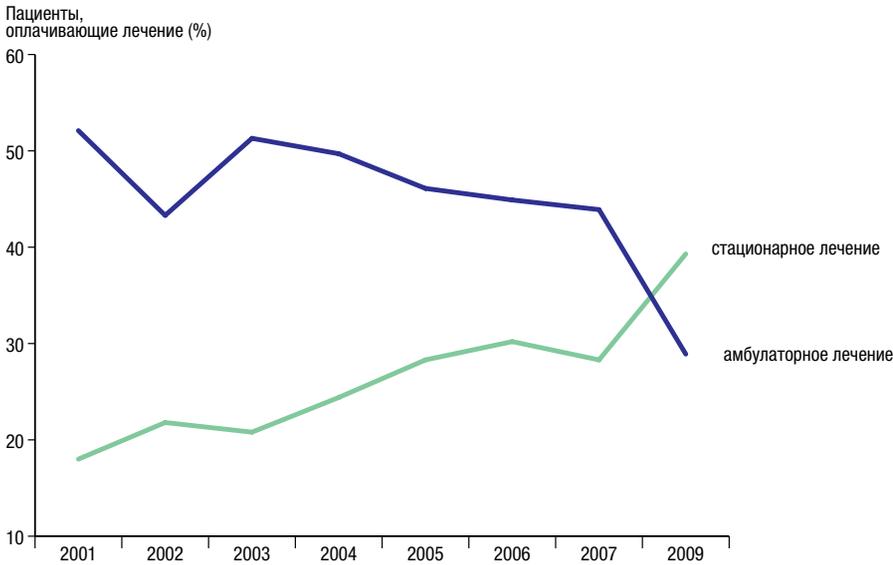
3.4.2 Неформальные платежи

В советское время пациенты зачастую расплачивались за медицинские услуги неформально либо деньгами, либо товарами, преподнесенными в качестве «дара-благодарности» врачу за оказанную консультацию или проведенную операцию. Причин, по которым такой неформальный вид оплаты пользовался популярностью, было множество. Среди них – желание компенсировать недостаточную оплату труда медицинского персонала, а также избежать очередей. Считалось, что таким способом можно добиться более высокого качества обслуживания и внимательного отношения. Вместе с тем с момента провозглашения независимости ситуация стала меняться: пациенты выражают благодарность в соответствии с «тарифом» за услуги и вносят деньги до их оказания.

В отличие от тенденции снижения распространенности прямых платежей в стационарном секторе, распространенность практик неформальной оплаты в этом секторе росла. По данным за 2001 год неформально за стационарное лечение заплатили 18% опрошенных, а в 2009 году показатель вырос до 38,5% (рис. 3.9). Таким образом, оплата стационарной помощи стала смещаться в область неформальных платежей. В отличие от этого, в амбулаторно-поликлиническом секторе наиболее часто платежи от населения принимаются официально. В 2001 году 52,1% обратившихся за амбулаторной помощью респондентов ответили, что они оплачивали помощь неформально, а в 2009 году этот показатель снизился до 28,6%.

Рис. 3.9

Доля пациентов, неформально оплачивающих амбулаторное и стационарное лечение



Источник: расчеты на основе данных РМЭЗ/RLMS.

По имеющимся данным неформальные платежи распределяются неравномерно, в зависимости от вида услуг и категории медицинского персонала. Пациенты стационарного сектора чаще неформально оплачивают услуги, в отличие от амбулаторных больных. Как правило, неформальные платежи скорее имеют место при оказании таких важных для жизни пациентов видов помощи, как хирургическая и акушерско-гинекологическая. Среди медицинских сотрудников полученные неформальным способом деньги распределяются всевозможными способами: либо их удерживает тот, кому данные средства предназначены, либо все члены команды оказываются в доле. В некоторых случаях часть средств перечисляется на «отдельный счет» для приобретения необходимого оборудования (Шишкин, С.В., 2003).

3.5 Добровольное медицинское страхование

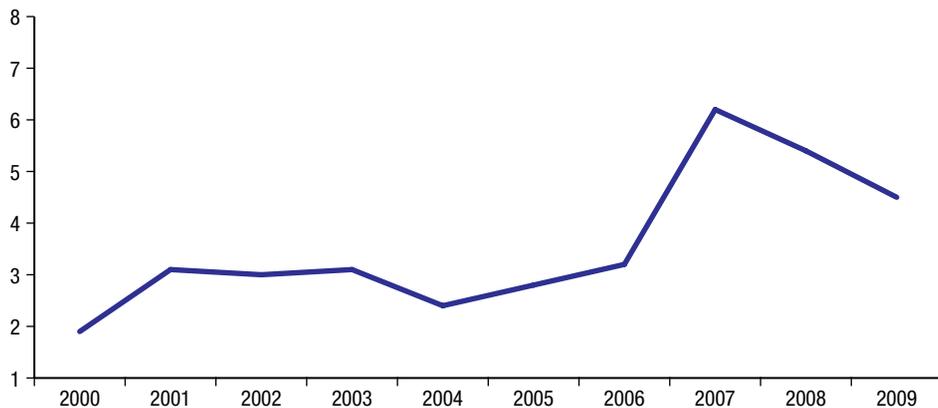
ДМС обладает ограниченными возможностями финансирования в секторе здравоохранения РФ с точки зрения охвата населения и финансирования. ДМС по-прежнему пользуются в основном жители больших городов. Общий охват населения ДМС достаточно низок и составлял в 2009 году менее 5% населения (см. рис. 3.10). В 2000–2009 годах объем страховых

взносов на ДМС увеличился почти в 6 раз (таблица 3.4). Вместе с тем несмотря на такой значительный рост, на ДМС все еще приходится меньше половины всех расходов на платные услуги. В большинстве случаев именно работодатели, а не отдельные граждане, приобретают полисы ДМС. Первоначально в соответствии с законодательством об ОМС роль ДМС заключалась в том, чтобы выполнять дополнительные функции страхования по ОМС: обеспечить только те препараты и услуги, которые не входили в перечень по ОМС. Однако ДМС стало развиваться и за пределами этих ограничений и выступать в качестве дополняющего страхования, позволяя гражданам воспользоваться и теми услугами, которые предлагаются по ОМС. Главное отличие заключается в том, что застрахованные по ДМС пациенты получают доступ к медицинской помощи в учреждениях ранее «закрытых» систем, которые известны более высоким качеством обслуживания, вне зависимости от места проживания лица или его работы.

Рис. 3.10

Доля граждан РФ (13 лет и старше), застрахованных по ДМС

Доля населения, застрахованного по ДМС (%)



Источник: расчеты на основе данных РМЭЗ/RLMS.

Таблица 3.4

Взносы на ДМС, 2000–2009 гг.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Взносы на ДМС (млн руб.)	12,8	23,7	26,6	31,2	38,9	45,7	53,3	63,2	74,5	74,3

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010d.

3.6 Другие источники финансирования

3.6.1 Ведомственные системы здравоохранения

В советское время крупные предприятия и некоторые министерства поддерживали свою разветвленную сеть медицинских учреждений. Согласно имеющимся данным ведомственную систему здравоохранения составляют порядка 15% всех амбулаторно-поликлинических учреждений и порядка 6% стационаров (Tompson, 2007). Предполагалось, что с введением ОМС, во-первых, изменится механизм финансирования системы здравоохранения, и, во-вторых, работодатели станут отчислять взносы на работающее население. Все это должно было привести к переходу ведомственных медицинских учреждений под контроль органов местного самоуправления. Однако данный процесс занял значительно больше времени по сравнению с переходом других «социальных активов» (Naaparanta et al., 2003). Лица, которые имеют доступ к ведомственным поликлиникам, также могут обращаться за помощью в обычную больницу по месту жительства как граждане РФ. Таким образом, ведомственная система выполняет в основном дополняющую роль. Вместе с тем отсутствуют формальные механизмы координации деятельности этих систем во избежание дублирования лечения пациентов.

3.6.2 Внешние источники финансирования

В рамках большинства действующих программ помощи, оказываемых иностранными государствами или международными организациями, такими как Всемирный банк и ВОЗ, предоставляется техническая помощь по ряду вопросов, таких как реформа финансирования здравоохранения, планирование, организация ПМСП, охрана здоровья матери и ребенка, и т.д. В отличие от некоторых стран бывшего СССР, объем финансирования этих программ незначителен по отношению к общим государственным расходам на здравоохранение РФ.

3.7 Механизмы оплаты

3.7.1 Оплата медицинских услуг

Раньше больницам выделяли постатейный бюджет, основным критерием для расчета которого служили показатели коечного фонда и занятости койки. Поликлиники финансировались по тем же принципам, но вместо

числа коек использовалось предполагаемое число посещений. Ежегодно осуществлялось финансирование по установленной федеральным руководством формуле, которая учитывала инфляцию, расширение медицинского учреждения и т.д. Таким образом, медицинские учреждения, чтобы получить больше средств, стремились расширяться. Переход на частичное страховое финансирование должен был изменить эту ситуацию, создавая в рамках страховой системы экономические стимулы для больниц к сокращению сроков госпитализации и более рациональному назначению диагностических исследований. Больницы должны были получать предварительную оплату своих услуг, при которой стоимость каждой госпитализации устанавливалась по DRG/KCF. Финансирование поликлиник предполагалось осуществлять различными методами, которые должны были заинтересовать врачей не направлять больных на госпитализацию, а оказывать помощь в учреждениях ПМСП. На деле финансирование, основанное на страховании, намного сложнее, и сегодня методы финансирования больниц различаются по регионам. В России применяются несколько методов: по данным ФФОМС в 48 регионах больницы получают средства на основе законченного случая, в 38 регионах – по числу фактически проведенных койко-дней, в 5 регионах – по заранее определенному объему медицинской помощи, в одном регионе – по подушевым нормативам и в одном регионе – по постатейному бюджету.

Изначально средства на каждого застрахованного территориальный фонд ОМС выделял СМО предварительно. СМО затем заключала договор с местной медицинской организацией (больницей, поликлиникой и/или амбулаторно-поликлиническим учреждением) на предоставление базового набора медицинских услуг, устанавливаемого правительством. Цены на медицинские услуги определялись по территориальному тарифному соглашению между территориальным фондом ОМС, СМО и представителями медицинских организаций. Территориальные фонды ОМС выделяют СМО средства предварительно, а в случае их израсходования направляют дополнительные субсидии по предоставленной смете (по действующему законодательству СМО несут финансовую ответственность только за суммы, полученные от Территориального фонда ОМС). В свою очередь, страховые компании тоже выделяют средства медицинским учреждениям по предоставленной смете расходов. При таком методе выделения средств полностью исключена возможность повлиять на работу больниц, а именно вынудить их расходовать средства экономнее. Таким образом, сложившийся метод финансирования привел к появлению двух тесно связанных вопросов: о роли СМО и влиянии ОМС на работу больниц.

СМО направляют средства медицинским учреждениям по каждой статье затрат, но, как правило, не уточняют объема требуемых услуг, и перечисляют оплату по предоставленной смете расходов. СМО просто обеспечивает местное население медицинской помощью, никоим образом не сдерживая объем стационарной помощи. Единственное ограничение на медицинское обслуживание заключается в том, что договоры ОМС включают только базовый набор медицинских услуг. Объем же этих услуг СМО не ограничивает. СМО стали заниматься только выписыванием и оплатой счетов. Они функционируют за счет фиксированной доли дохода, поскольку по закону СМО (как некоммерческие организации в составе ОМС) могут получать прибыль только от неизрасходованных средств на каждого клиента. В итоге СМО не стремится ни ограничить объем медицинских услуг по ОМС, ни оказывать влияние на медицинские учреждения, чтобы те сократили затраты или боролись с лишними назначениями. Используемые методы финансирования не смогли вызвать у больниц интерес к повышению экономической эффективности, а средняя продолжительность госпитализации остается в России почти неизменной, причем она одинакова и там, где финансирование производят вне зависимости от объема оказанных услуг, и там, где его определяют по смете расходов. Это происходит потому, что в большинстве субъектов РФ при расчете тарифов оплаты медицинским учреждениям опираются на слишком большие сроки госпитализации и этим узаконивают расточительность (Sheiman, 2001).

Вторая причина отсутствия положительных изменений кроется в том, что методы финансирования на контрактной основе приносят больницам лишь часть доходов. Отсюда проистекает ряд последствий. Во-первых, данные методы не способны повлиять на больницы в полной мере. Во-вторых, возникает путаница, которая не позволяет целесообразно управлять финансами больницы и планировать их. В-третьих, старые и новые методы финансирования, сосуществуя, порождают противоречивые интересы и требования к работе, определяемые тем, кто оплачивает услуги, на каком основании заключен договор о предоставлении медицинских услуг и какие методы оплаты применяются. Кроме того, медицинским учреждениям в подобных условиях очень сложно как планировать свою работу, так и отчитываться за нее. Пока существуют разные плательщики с разными целями и разными требованиями, путаницы в работе медицинских учреждений не избежать (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003). Введение новых методов финансирования больниц, несомненно, принесло много положительных перемен. В том числе появились системы обработки

клинических и экономических данных; улучшены сбор и использование данных о потреблении стационарной помощи, DRG/КСГ; повысились общая осведомленность об экономической эффективности и внимание к качеству медицинского обслуживания. В то же время надежды на улучшение структуры потребления стационарной помощи не оправдались.

3.7.2 Оплата труда медицинских работников

В государственных медицинских учреждениях все медицинские работники получают заработную плату в соответствии с установленным окладом. Размер заработной платы указан в трудовом соглашении, которое иногда определяет, сколько часов или рабочих смен в месяц должен отработать врач, нагрузку на врача (число прикрепленного населения) и круг его обязанностей. На заработной плате отражается прохождение курсов повышения квалификации, опыт работы, занимаемая должность, а вот объем и качество работы на нее не влияют. До 2009 года оклады медицинских работников в государственном секторе утверждались на федеральном уровне (согласно ЕТС). Оклады ежегодно повышались, исходя из оценок Минздравсоцразвития России и Минфина России возможности их повышения в рамках ограничений финансирования бюджетного сектора. В рамках ПНП «Здоровье» была разработана система доплат и надбавок для врачей и медсестер ПМСП и скорой медицинской помощи. Несмотря на то, что таким образом в сектор ПМСП удалось привлечь больше высококвалифицированного персонала, зачастую доплаты начислялись не по результатам работы, что в свою очередь приводило к возникновению неправильных стимулов системы (см. раздел 2.7.3). К тому же имеются структуры стимулирующих выплат, которые не определены на национальном уровне и могут быть использованы с целью значительного стимулирования зарплат. Размер стимулирующих выплат варьируется по регионам. Решение о выплате премии принимает главный врач учреждения, который в значительной степени определяет уровень заработной платы и стимулирующих выплат, финансирование которых осуществляется учреждением из средств, получаемых за оказание платных услуг.

В 2008 году был введен новый порядок установления выплат медицинским сотрудникам федеральных бюджетных учреждений. Переход был начат с федеральных учреждений здравоохранения. Согласно новому порядку расчет заработной платы будет производиться не с использованием ЕТС, как раньше, а на основе гибкого механизма, учитывающего преимущественно результаты работы отдельного

сотрудника, дифференцируя таким образом зарплату внутри отдельных квалификационных категорий. Новый порядок позволит руководителям медицинских учреждений сократить излишний персонал, а также перераспределить освободившиеся за счет этого ресурсы на стимулирующие выплаты оставшимся работникам. Предполагалось, что в 2008 году в результате нововведений уровень заработной платы сотрудников федеральных бюджетных учреждений повысится на 30%. Организациям, начавшим работать по новой системе, предписывалось назначать не менее 30% от зарплаты в виде стимулирующих выплат, которые не гарантированы сотруднику, а определяются по результатам его работы.

В соответствии с новым порядком заработная плата медицинского сотрудника должна включать три основных компонента:

- оклад, ставка заработной платы в зависимости от квалификации;
- компенсационные выплаты (выплаты сотрудникам, занятым на работах с вредными или опасными и иными особыми условиями труда);
- стимулирующие выплаты (выплаты сотрудникам с учетом сложности и объема выполняемой работы, качества выполняемой работы, непрерывного рабочего стажа, звания и при сверхурочной работе).

Органы власти субъектов РФ и органы местного самоуправления отвечали за внедрение нового порядка на местах. Однако процесс перехода к новой системе был сопряжен с определенными трудностями, в частности, экономическим кризисом, и тем, что в бюджетах многих регионов было недостаточно средств для создания дополнительных фондов стимулирующих выплат. В результате фактического повышения заработной платы во многих регионах не произошло (см. раздел 6.1).

В частном здравоохранении подходы к оплате труда врачей более разнообразны. Получающие платные стоматологические и офтальмологические клиники выплачивают персоналу заработную плату и процент от доходов. Врачи частных клиник берут плату за каждую услугу, и при самостоятельной практике им достается 40–70% доходов, а остальные полученные средства идут на оплату текущих затрат (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003). Вместе с тем отсутствие четкого разграничения между частным и государственным сектором позволяет врачам неофициально взимать плату за услуги, которые в принципе должны оказываться бесплатно по ОМС. И врачи, и медсестры принимают неформальные платежи и подарки от граждан. В отличие от последних врачи, имеющие больший

доступ к медицинским ресурсам, препаратам, результатам анализов и госпитализации, могут получать таким способом дополнительный доход к основной заработной плате в большей степени, чем медсестры.

4. Материальные и кадровые ресурсы

4.1 Материальные ресурсы

4.1.1 Основные фонды и инвестиции

После распада Советского Союза в 1991 году количество медицинских учреждений сократилось на всех уровнях оказания медицинской помощи (таблица 4.1). В первом десятилетии 1990-х годов постепенно закрывались больницы и поликлиники, а во втором резко сократилась сеть медицинских учреждений. В период 1990–2000-х годов количество стационаров уменьшилось на 16%, а количество амбулаторно-поликлинических учреждений осталось на прежнем уровне; во второй декаде количество стационаров уменьшилось на 40%, а амбулаторно-поликлинических учреждений – на 28%. Мощности этих учреждений также сократились в абсолютном и относительном выражении из расчета на 10 000 человек населения. Спад в 1995–2000-х годах произошел из-за отсутствия единой обязательной программы действий в области здравоохранения на момент проведения реформы ОМС и вынужденными сокращениями, вызванными острой нехваткой ресурсов. В результате самых недавних сокращений в 2005–2009 годах закрылось множество небольших участковых больниц в сельской местности.

Поддержание обветшалых зданий в состоянии, пригодном для нормальной работы – вот главная проблема многих медицинских учреждений, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России (таблица 4.2). Министерство проводит ежегодную проверку состояния подведомственных ему учреждений; результаты этих проверок используются для планирования капиталовложений, но предоставляемых средств совсем недостаточно даже во времена экономического роста. Отсутствие таких основных удобств как канализационная система и горячая вода отрицательно сказываются на качестве медицинского ухода, а отсутствие телефонных линий затрудняет развитие и эксплуатацию

информационных систем. Подобные медицинские учреждения, в которых отсутствуют основные удобства, находятся, в основном, в сельской местности, где подобными услугами могли бы воспользоваться и другие здания.

Все уровни власти несут ответственность за финансирование подведомственных медицинских учреждений. Тем не менее, федеральные власти в настоящее время более активно участвуют в инвестиционных проектах, связанных со строительством высокотехнологичных медицинских центров и поставками нового оборудования в рамках ПНП «Здоровье». На данный момент чуть более четверти всех инвестиций в основной капитал идут из федерального бюджета и чуть меньше половины – из бюджетов субъектов РФ (таблица 4.3).

В основном, решения по инвестированию в основной капитал принимаются для каждого конкретного случая в соответствии с комплексной схемой, унаследованной от советской системы. Медицинские учреждения представляют заказ на новое оборудование или ремонт/реконструкцию, решение об удовлетворении или отклонении которого принимается чиновниками соответствующего уровня. Инвестиции в основной капитал в параллельных системах осуществляется через бюджетные ресурсы соответствующего министерства (без участия Минздравсоцразвития России).

Таблица 4.1

Медицинские учреждения, 1990–2009 гг.

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Число больничных учреждений, тыс.	12,8	12,1	10,7	10,6	10,3	10,1	9,8	9,5	7,5	6,8	6,5	6,5
Число больничных коек, всего, тыс.	2037,6	1850,5	1671,6	1653,4	1619,7	1596,6	1600,7	1575,4	1553,6	1522,1	1398,5	1373,4
Число больничных коек на 10 000 человек населения	137,4	125,8	115,0	114,4	112,6	111,6	112,5	111,3	109,2	107,2	98,6	96,8
Число амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.	21,5	21,1	21,3	21,3	21,4	21,5	22,1	21,8	18,8	18,3	15,6	15,3
Мощность ^а амбулаторно-поликлинических учреждений, всего, тыс.	3221,7	3457,9	3533,7	3548,4	3565,2	3557,8	3577,5	3637,9	3646,2	3674,6	3651,6	3657,8
Мощность ^а амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 000 человек населения	217,3	235,1	243,2	245,4	247,8	248,7	251,3	256,9	256,4	258,8	257,3	257,7

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2011.

Примечание: ^апосещений в смену.

Таблица 4.2

Техническое состояние и благоустройство зданий амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений

	1995	2001	2003	2007	2008
Больничные учреждения и стационары					
Всего зданий, тыс.	27,0	24,8	23,8	23,0	24,0
из них по техническому состоянию, %:					
находятся в аварийном состоянии	5,2	3,4	3,3	2,7	2,6
требуют реконструкции	7,7	6,1	6,4	6,0	6,2
требуют капитального ремонта	31,9	29,6	28,5	27,2	45,6
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в %:					
водопровод	13,2	10,8	8,8	7,4	7,6
горячее водоснабжение	39,5	35,5	33,1	30,6	29,7
центральное отопление	14,7	10,1	9,6	8,4	9,2
канализация	18,7	13,2	12,2	10,2	10,1
телефонная связь	10,5	9,9	7,7	5,9	7,3
Амбулаторно-поликлинические учреждения					
Всего зданий, тыс.	19,7	19,9	20,0	19,1	19,3
из них по техническому состоянию, %:					
находятся в аварийном состоянии	3,6	2,0	1,6	1,4	1,4
требуют реконструкции	5,5	4,8	4,8	4,2	4,4
требуют капитального ремонта	27,4	25,0	24,0	23,9	23,6
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в %:					
водопровод	15,9	13,1	13,8	10,7	9,3
горячее водоснабжение	44,1	42,9	42,3	38,6	36,0
центральное отопление	16,3	14,3	14,4	11,9	11,5
канализация	22,6	18,2	17,9	14,5	12,6
телефонная связь	9,0	8,7	9,8	7,2	5,9

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010г.

Таблица 4.3

Структура инвестиций в основной капитал по источникам финансирования здравоохранения (без субъектов малого предпринимательства и параметров неформальной деятельности), 2005–2008 гг.

	2005	2006	2007	2008
Инвестиции в основной капитал – всего, %				
в том числе собственные средства	15,7	9,6	9,7	7,1
в том числе привлеченные средства	84,3	90,4	90,3	92,9
из них бюджетные средства ^а	68,7	75,9	78,5	81,9
в том числе за счет федерального бюджета	16,4	20,2	27,1	26,8
в том числе за счет бюджетов РФ	45,4	47,8	42,5	45,5

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2008, 2010г.

Примечание: ^а вспомогательные источники дохода бюджета.

4.1.2 Инфраструктура

Уменьшению количества больниц сопутствовало сокращение больничных коек. Эти сокращения не зависели от типа больниц и были распределены неравномерно. Последствия нехватки финансовых средств на секторы, которые не считались приоритетными, значительны. Например, в отделениях венерологии и наркологии (лечение алкогольной и наркотической зависимости) количество койко-мест сократилось больше, чем в других секторах (таблица 4.4). Сокращение числа больничных коек в психиатрических лечебницах – не такое значительное по сравнению с другими направлениями в медицине, что не типично для стран бывшего Советского Союза.

За период 1990–2006 годов общее количество больничных коек для оказания скорой медицинской помощи в РФ сократилось на четверть (рис. 4.1.)¹². Это относительно невысокий темп сокращения по сравнению с другими странами бывшего Советского Союза (например, с Республикой Молдова). Однако общее число коек на душу населения в больницах краткосрочного лечения, все-таки выше, чем в среднем по СНГ, и существенно выше аналогичного показателя в странах ЕС. Средняя продолжительность госпитализации в больницах краткосрочного лечения в 2006 году составляла 11,5 дней (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). Средняя продолжительность госпитализации в таких больницах заметно снизилась с 1997 года (14,3 дней), но занятость коек продолжает оставаться относительно высокой – 85,6% в 2006 году (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). Оперативные показатели по российским больницам были сформированы исходя из того, как оплачивались услуги по системе ОМС (см. раздел 3.7.1).

4.1.3 Медицинское оборудование

Информацию о техническом состоянии больничных зданий собирают ежегодно, чего нельзя сказать о медицинском оборудовании, сбор данных о состоянии которого не осуществляется ни на федеральном, ни на региональном уровнях. Запрос информации в отношении состояния оборудования и необходимости его замены или приобретения нового оборудования производится исключительно по требованию.

¹² Здесь и ниже, где статистика по РФ сопоставляется с другими странами, использованы статистические данные ВОЗ, которые могут существенно отличаться от данных, созданных в российской системе, поскольку существует разница в определениях и методологии обработки информации. Например, российская статистика не выделяет больницы скорой медицинской помощи.

Таблица 4.4

Число больничных коек по специализации (на 10 000 человек населения)

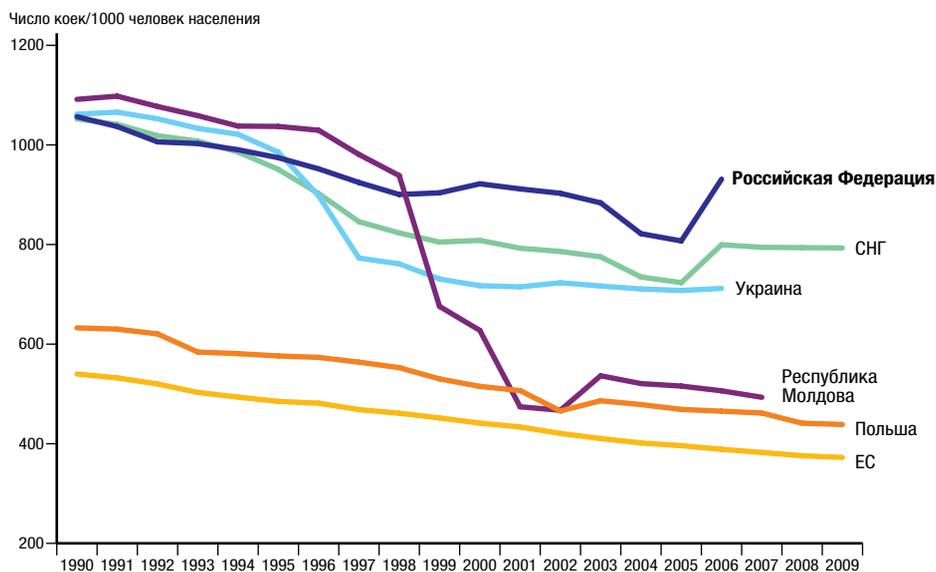
	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Число больничных коек	137,4	125,8	115,0	111,3	109,2	108,8	98,6	96,8
<i>из них:</i>								
терапевтического профиля	32,1	30,8	27,2	23,3	22,9	22,8	17,7	21,5
хирургического профиля	21,5	21,9	21,1	19,8	19,6	19,5	18,7	18,5
онкологических	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8
гинекологических	15,5	14,3	12,7	10,7	10,4	10,4	9,6	9,3
туберкулезных	6,6	6,1	6,1	6,0	5,9	5,9	5,9	6,0
инфекционных	9,4	8,5	7,1	6,0	5,7	5,7	5,2	5,2
офтальмологических	1,9	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,9
отоларингологических	2,0	2,3	2,0	1,7	1,7	1,7	1,5	1,5
дермато-венерологических	2,4	2,2	2,1	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2
психиатрических	13,5	12,7	11,9	11,8	11,7	11,6	11,5	11,3
наркологических	4,9	2,4	2,0	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9
неврологических	5,6	6,3	6,3	6,1	6,1	6,1	5,9	5,9
для беременных, рожениц и родильниц ^а	34,1	27,4	23,0	20,9	21,1	21,0	21,3	21,4
общих коек	4,1	3,4	2,3	1,6	1,4	1,4	0,9	0,8
в дневных стационарах	–	–	–	–	–	–	6,7	–

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2011.

Примечание: ^а на 10 000 женщин в возрасте 15–49 лет.

Рис. 4.1

Обеспеченность койками в больницах краткосрочного лечения (на 1000 человек населения), РФ и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

В соответствии с региональными программами по модернизации системы здравоохранения (см. раздел 2.5), регионы представляют Минздравсоцразвития России запрос на покупку нового оборудования. По сообщению Минздравсоцразвития России, в период 2002–2010 годов парк медицинского оборудования был переоснащен на 25% в рамках ПНП «Здоровье», однако, в ноябре 2010 года замене подлежало более 112 000 единиц медицинского оборудования различного уровня. Принимая во внимание, что такое основательное переоснащение медицинских учреждений возможно только в течение достаточно длительного периода, Минздравсоцразвития России предложил определять приоритеты по закупке нового оборудования в процессе реализации региональных планов развития. Медицинским учреждениям при закупке оборудования следует учитывать области оказания медицинской помощи, уделяя особое внимание лечению наиболее распространенных заболеваний и предотвращению смертности по самым частым причинам. Как правило (это типично для всех регионов), эти области в числе прочих включают в себя кардиологию, сердечнососудистую хирургию, онкологию, акушерство и гинекологию. С 2009 года Минздравсоцразвития России разрабатывает необходимые процедуры для оказания медицинской помощи в этих областях и рекомендует нормы по оборудованию соответствующих медицинских учреждений. Данные нормы используются в регионах, как точки отсчета, и позволяют определить потребность в оборудовании с учетом приоритетов региональной системы здравоохранения. Региональные планы модернизации в 2011–2012 годах, в частности, по приобретению оборудования, будут осуществляться за счет коллективного финансирования через ФФОМС (с использованием некоторых дополнительных средств, полученных в результате роста отчислений работодателей в систему ОМС), а также из средств региональных бюджетов (см. раздел 6).

4.1.4 Информационные технологии

Развитие коммуникационных технологий, создание национальной инфраструктуры информационных технологий (ИТ) – вот ключевые элементы новой экономической стратегии, направленной на диверсификацию российской экономики (см. раздел 1.2). По оценке Всемирного банка, в 2009 году у 42,1% российских граждан имелся доступ к Интернету, что вполне сопоставимо с другими странами бывшего Советского Союза, но заметно уступает аналогичным показателям в странах ОЭСР (средний показатель по данным за 2009 год – 73,8%) (World Bank, 2011c). По этой причине доступ к Интернету пока не оказал

существенного влияния на ситуацию в сфере здравоохранения, хотя Минздравсоцразвития России и фонды ОМС разработали несколько сайтов, информирующих граждан о своей работе.

В 2011 году в государственных и муниципальных медицинских учреждениях РФ на один компьютер в среднем приходилось 10,6 сотрудников. В то же время, только 7,7% медицинских учреждений пользовались системами, которые давали доступ к электронной истории болезни или медицинской документации. Менее 3% медицинских учреждений имели в своем распоряжении средства для телемедицины (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011). В итоге отсутствие прикладных систем ведет к тому, что медицинские учреждения, будучи неплохо оснащены компьютерами, не способны в полной мере поддерживать систему управления медицинскими услугами и оказывать медицинскую помощь населению. Разработка ИТ в сфере здравоохранения носит несистематический характер, она сосредоточена на решении местных и индивидуальных задач и не нацелена на обеспечение непрерывности и глубины в процессах здравоохранения. Кроме этого, за редкими исключениями хранение документов и записей в электронном виде является вторичным, в отличие от принятого бумажного способа: электронные носители не имеют юридической силы (из жалоб пациентов следует, что юридическую силу имеют только документы на бумаге).

В системе управления здравоохранением компьютеры чаще всего используются для обобщения и передачи совокупных данных из регионов на федеральный уровень. В то же время проверить достоверность такой информации не представляется возможным, равно как и изменить структуру и форму представляемых совокупных данных в зависимости от того, какой управленческий вопрос приходится решать. Информационные системы по управлению здравоохранением в регионах, главным образом, обеспечивают функционирование региональной модели, нацеленной на урегулирование выплат за медицинские услуги, оказанные в рамках системы ОМС, а также на управление ресурсной базой медицинских учреждений. Эти учреждения в системе здравоохранения накапливают большие объемы конфиденциальной информации, но вопросам информационной безопасности при разработке и использовании информационных систем в медицине никогда не уделялось приоритетное внимание.

В 2010 году Правительство РФ проявило особое внимание к вопросам поддержки ИТ и одобрило государственную программу РФ «Информационное общество (2011–2020 годы)». В этой концепции

содержится специальный раздел, посвященный поддержке ИТ в здравоохранении. В ответ Минздравсоцразвития России разработал «Концепцию создания информационной системы в здравоохранении на период до 2020 года» (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011). В рамках принятой стратегии предполагается проведение комплексных мер по внедрению информационных систем в сфере медицины и здравоохранения (см. раздел 6.2). Основной целью создания Системы является обеспечение эффективной информационной поддержки органов и организаций сферы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания. Система позволит обеспечить решение комплекса задач по следующим направлениям:

- повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационной поддержки задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи, а также контроля над соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления;
- повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационного обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала, студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных и высших учебных заведений, научно-исследовательских организаций;
- повышение информированности населения в вопросах ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний и получения медицинской помощи, а также качества обслуживания организаций по вопросам осуществления деятельности в сфере здравоохранения на основе обеспечения возможностей электронного взаимодействия с соответствующими уполномоченными органами.

4.2 Кадровые ресурсы

4.2.1 Медицинские кадры: основные тенденции

После распада Советского Союза общее число медицинских работников сократилось, но тенденции для разных категорий работников существенно отличаются друг от друга. Общее число врачей поначалу снизилось, но со временем восстановилось и в настоящее время оно выше,

чем в ранние послесоветские времена (таблица 4.5). По медицинским специальностям также наблюдалось различие в тенденциях: по некоторым специальностям количество врачей сократилось, по другим увеличилось, где-то оно осталось без изменений. Самый значительный рост был отмечен в следующих категориях: число венерологов и неврологов возросло на 50%, педиатров – на 32%, и стоматологов на – на 27%. Снижение отмечается в следующих категориях: общественное здоровье – сокращение на 41%, среди фтизиатров (специалистов по туберкулезу) – на 25%, среди рентгенологов и радиологов – на 13%, а среди хирургов – на 12%. Введение ПНП «Здоровье», направленного на существенное увеличение зарплат врачей ПМСП, привело к большому сокращению числа фтизиатров в гражданских больницах и даже в лечебных исправительных учреждениях, так как эти специалисты перешли работать в службы ПМСП.

Таблица 4.5

Численность врачей по отдельным специальностям (на 10 000 человек населения), 1990–2009 гг.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Численность врачей	45,0	44,4	46,8	48,8	49,4	49,8	49,6	50,1
<i>из них:</i>								
терапевтического профиля	11,4	10,4	11,0	11,3	11,6	11,8	11,6	11,4
хирургического профиля ^а	5,6	5,8	4,3	4,6	4,7	4,7	4,8	4,9
акушеров-гинекологов ^б	5,2	5,2	5,4	5,6	5,7	5,7	5,7	5,7
педиатров ^с	24,5	24,6	28,2	32,0	33,4	33,3	32,9	32,4
офтальмологов	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
отоларингологов	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
неврологов	1,2	1,4	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
психиатров и наркологов	1,5	1,3	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
фтизиатров	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
дермато-венерологов	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
рентгенологов и радиологов	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
врачей по общей гигиене	2,2	2,3	1,9	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3
стоматологов	3,3	3,3	3,8	4,4	4,5	4,6	4,2	4,2

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2011.

Примечание: ^а До 2000 года в составе хирургов учитывались анестезиологи-реаниматологи; ^б на 10 000 женщин; ^с на 10 000 детей (в возрасте до 14 лет), с 2000 года в составе педиатров учитываются детские хирурги, детские онкологи и детские эндокринологи.

Все страны бывшего Советского Союза при обретении независимости унаследовали высокие показатели общего числа медицинского персонала

и числа врачей на душу населения. Вместе с тем в РФ в отличие от других стран число медицинских работников не просто сохранилось на прежнем уровне, но даже увеличилось (рис. 4.2) и сейчас является самым высоким в Европейском регионе ВОЗ. С другой стороны, число медицинских работников среднего звена в системе здравоохранения после распада СССР сократилось и восстановилось в прежних масштабах только в 2009 году (таблица 4.6). Среди данных категорий сотрудников наблюдаются разные тенденции: число фельдшеров и медсестер-акушерок на душу населения заметно снизилось, на 60% и 57% соответственно; число лаборантов и медицинских лабораторных техников выросло на 26%, рентгенолаборантов – на 21%, медицинских сестер – на 10%.

Показатель общего числа медицинских работников среднего звена не отражает базовых тенденций, которые свидетельствуют о стабильном росте числа сестер в системе здравоохранения. Для стран бывшего Советского Союза это достаточно необычно (рис. 4.3) и означает, что в России сохраняется достаточно высокое соотношение показателей числа сестер к врачам на душу населения (рис. 4.4).

Рис. 4.2

Численность врачей (на 100 000 человек населения), Российская Федерация и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год

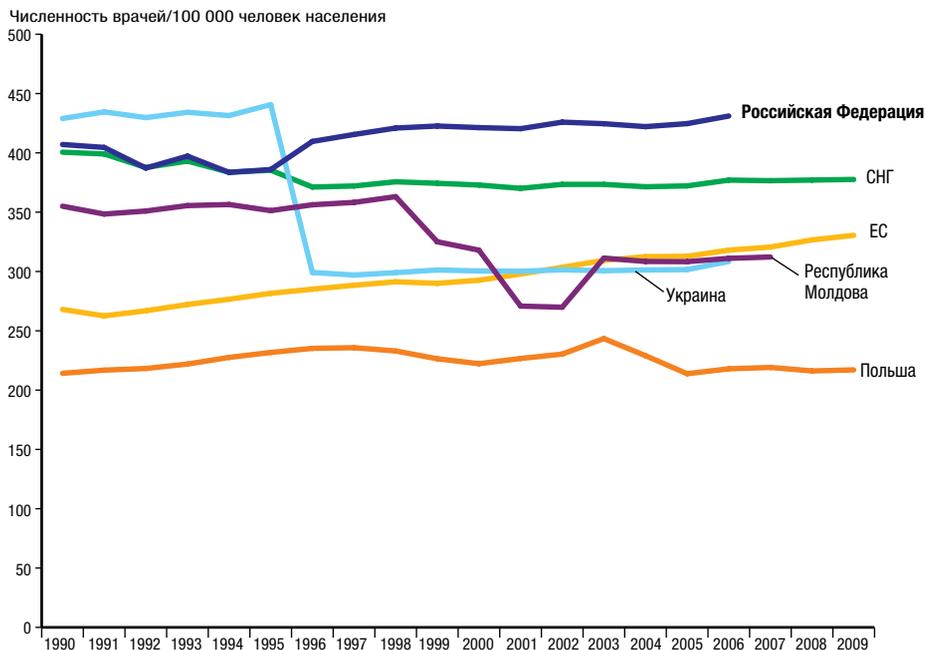


Таблица 4.6

Численность среднего медицинского персонала по отдельным специальностям (на 100 000 человек населения), 1990–2009 гг.

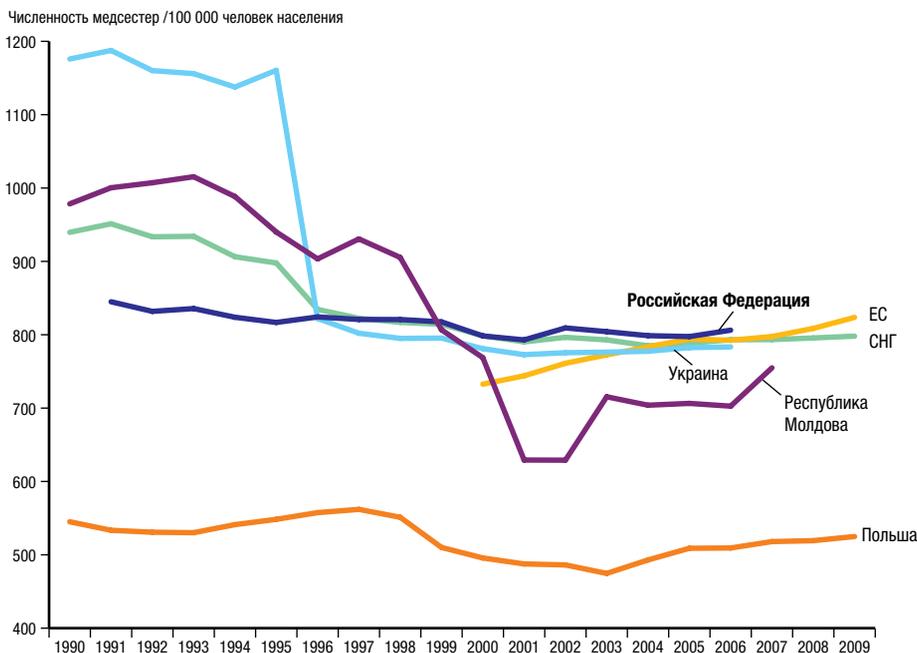
	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Численность среднего медицинского персонала – всего	124,4	110,8	107,6	108,0	108,6	108,6	106,5	106,9
<i>из них:</i>								
фельдшеры	27,8	18,6	12,7	11,3	11,2	11,3	11,2	11,2
медицинские сестры, акушерки ^а	20,3	14,4	9,9	8,9	8,9	8,8	8,8	8,8
медицинские сестры	67,0	68,2	69,8	73,9	74,6	74,7	73,1	73,6
лаборанты, медицинские лабораторные техники	5,7	5,7	7,3	7,5	7,5	7,4	7,3	7,2
рентгенолаборанты	1,9	1,8	2,0	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2011.

Примечание: ^ана 10 000 женщин.

Рис. 4.3

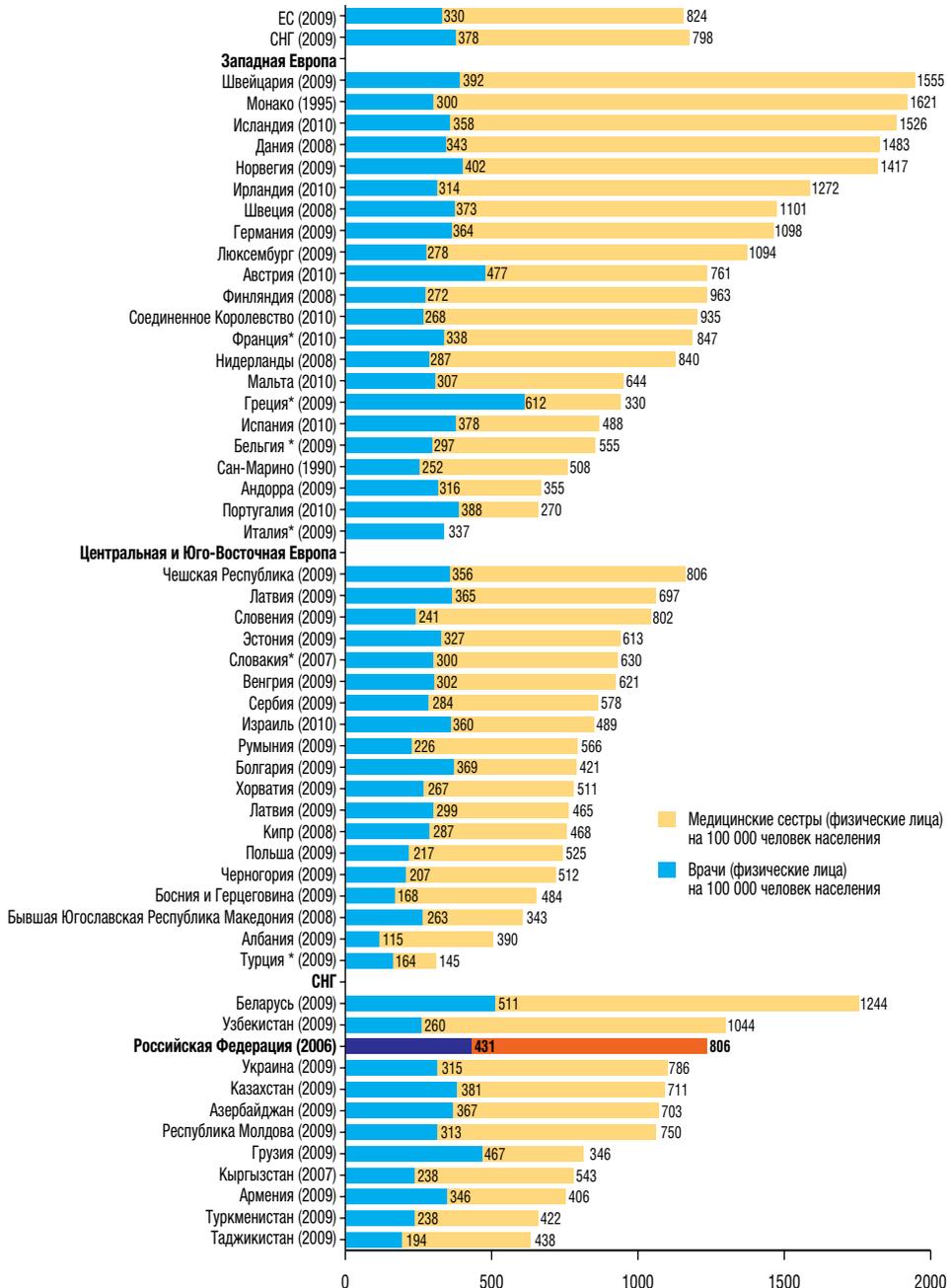
Численность медсестер (на 100 000 человек населения), Российская Федерация и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Рис. 4.4

Численность врачей и медицинских сестер на 100 000 человек населения в Европейском регионе ВОЗ, за последний имеющийся год



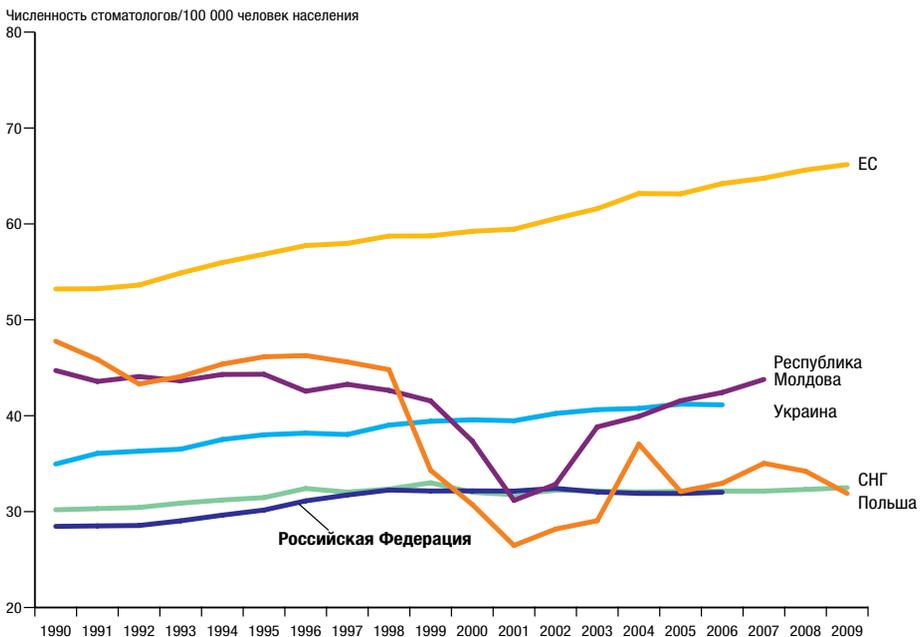
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Примечание: * в отношении численности медицинских сестер использованы данные Евростата.

В официальной статистике число стоматологов обычно включается в общее число врачей. Со времени распада СССР число стоматологов в РФ постоянно растет и аналогично среднему показателю для стран СНГ, хотя численность данных специалистов не так высока, как в некоторых других странах СНГ, таких как Украина или Республика Молдова (рис. 4.5). Однако показатель числа стоматологов на 100 000 человек населения в РФ в 2006 году составлял всего 32 человека, а это почти вдвое меньше среднего европейского показателя за тот же год, по которому на 100 000 человек населения приходилось почти 60 стоматологов (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). Но весьма вероятно, что число стоматологов в РФ выше этих показателей, потому что многие практикуют исключительно в частном секторе и вообще не учитываются официальной статистикой.

Рис. 4.5

Численность стоматологов (на 100 000 населения), Российская Федерация и другие страны, за последний имеющийся год



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Сопоставительный показатель по числу фармацевтов на 100 000 человек населения включен не был, потому что данные для РФ охватывают только фармацевтов, работающих в государственных медицинских учреждениях и НИИ. После массовой приватизации 1993 года подавляющее

большинство аптек находится в частном секторе, и фармацевты, работающие в частном секторе, в собранные данные не включены (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

4.2.2 Подготовка медицинских кадров

В России для получения квалификации врача необходимо отучиться шесть лет в медицинском высшем учебном заведении, где дают общее медицинское образование, после чего требуется два года практической работы (ординатура/интернатура). Почти все практикующие врачи проходят именно такой путь. Список медицинских специальностей охватывает более 80 областей медицины, что для стран за пределами бывшего Советского Союза является весьма высоким показателем. На территории РФ работают 54 медицинских университета, института и академии, а также 20 медицинских факультетов, которые входят в состав междисциплинарных университетов. Учебно-методические отделы Минздравсоцразвития России и Министерства образования и науки Российской Федерации совместно устанавливают квоты на прием в медицинские образовательные учреждения, а также определяют продолжительность и программу курса, обеспечивая, таким образом, контроль качества выпускаемых специалистов. К сожалению, этот процесс не всегда проходит успешно в силу того, что некоторые преподаватели факультетов взимают плату за сдачу экзаменов (Geltzer, 2009). Обучение по медицинским программам осуществляется только в рамках сети медицинских факультетов и университетов, управляемых на региональном уровне. Учеба является обязательной для всех врачей, независимо от того, работают ли они в частном или государственном секторе, хотя интернатура доступна только в медицинских учреждениях, принадлежащих государству. Во времена Советского Союза в подготовке медицинских работников существовало два пробела: учеба в области управления и в области общей практики/семейной медицины. Сейчас специализация в любой из этих сфер возможна, хотя и носит ограниченный характер. Минздравсоцразвития России постоянно повышает требования к уровню профессиональных знаний и навыков для медицинских работников. С этой целью совершенствуется система медицинской подготовки выпускников и повышения квалификации работающих сотрудников (см. раздел 6.2). В рамках ПНП «Здоровье» на переподготовку медицинского персонала выделены дополнительные средства.

В 2003 году Россия присоединилась к Болонскому процессу, и к 2011 году все новые государственные стандарты в области образования были разработаны и приняты. Медицинское образование идет по двум потокам: традиционное одноуровневое образование для институтов, которые выпускают дипломированных специалистов по общей медицине, стоматологии, педиатрии, фармацевтике, клинической психологии или медицинской профилактике, и двухуровневое медицинское образование, предполагающее подготовку бакалавров в сфере социальной работы, биотехнологии и управления, а также магистров в сфере общественного здоровья. Внутри медицинских учебных заведений работают системы контроля качества.

Число выпускников медицинских университетов растет. Число дипломированных врачей за период с 2000 по 2008 год в среднем возросло на 39%. В отличие от врачей, число выпускников средних медицинских учебных заведений снижается. По стране в целом число новых специалистов среднего звена в системе здравоохранения за этот же период сократилось на 5%. По ряду специальностей отмечается рост объема учебы, но в большинстве специальностей отмечается снижение этого показателя, от 4% до 50%. Самый большой рост наблюдается в фармацевтике, где число выпускников удвоилось. Рост на 33% отмечен в стоматологии, а в лабораторной диагностике он составил 14%. Во всех прочих основных медицинских специальностях наблюдается снижение числа выпускников, от 43% в сфере подготовки специалистов по медицинской профилактике до 2% в медсестринском деле.

В настоящее время в Министерстве образования и науки Российской Федерации разрабатывается и проходит одобрение новый государственный стандарт для медицинского образования первичного и среднего уровня. Предполагается, что после первого года учебы будет возможна выдача диплома о первичном медицинском образовании. Младшие медсестры могут продолжать образование на уровне среднего медицинского учебного заведения, а потом получить диплом о среднем медицинском профессиональном образовании со специализацией «сестринское дело», «акушерское дело» или «медицина». В медицинских вузах страны представлено более 20 отделений, на которых ведется подготовка старших медсестер. Большинство медицинских образовательных учреждений среднего звена находятся в региональном или муниципальном ведении. Обычно фельдшеры/акушерки проходят двухгодичную учебу по окончании базового курса подготовки медсестер.

4.2.3 Возможности карьерного роста врачей

Любой недавний обладатель медицинского или фармацевтического диплома имеет право занимать должность в клинике и подавать заявку на замещение вакантной должности в сфере ПМСП или в больничном секторе частного либо государственного медицинского учреждения. За набор сотрудников в медицинское учреждение отвечает его руководитель. За назначение руководителей медицинских учреждений несут ответственность органы управления здравоохранением соответствующего уровня (муниципальные, региональные или федеральные).

Повышение по служебной лестнице, как правило, обусловлено рабочим стажем и уровнем полученной аттестации. Параллельно с процессом сертификации идет процесс аттестации, который имеет прямое отношение к карьерному росту. Существуют три уровня аттестации, в зависимости от опыта работы по данной специальности (первый уровень – не менее 5 лет, второй уровень – не менее 7 лет, третий уровень – не менее 10 лет).

Аттестация представляет собой устный или письменный экзамен принимаемый комиссией. Аттестация носит добровольный характер, но на практике почти все врачи предпочитают активно участвовать в этом процессе и подниматься по ступеням аттестации, так как этим определяется уровень оплаты труда. В среднем более 50% врачей имеют аттестационные категории, хотя в сельской местности этот показатель заметно ниже. Карьерному росту конкретного врача способствует освоение дополнительных медицинских специальностей посредством учебы. Решения о повышении принимаются на местном уровне, важную роль в продвижении по службе играет главный врач медицинского учреждения. Разрешение на учебу дает руководство медицинского учреждения, в котором работает специалист, желающий повысить свою квалификацию.

5. Предоставление медицинских услуг

5.1 Общественное здравоохранение

Система общественного здравоохранения РФ восходит к советской Службе санитарно-эпидемиологического надзора. Вместе с тем Роспотребнадзор выполняет значительно больший спектр функций помимо традиционного контроля над гигиеной труда и окружающей среды и уровнем инфекционных болезней. В 2004 году Служба санитарно-эпидемиологического контроля была объединена с Государственной инспекцией по торговле, качеству товаров и защите прав потребителей (Госторгинспекцией), которая с 1993 года осуществляла ряд полномочий в сфере общественного здравоохранения, таких как контроль над безопасностью продуктов питания. Роспотребнадзор подведомствен Минздравсоцразвития России и финансируется из средств федерального бюджета, хотя и обладает достаточной автономией. Структура службы организована иерархично – начиная с муниципального, последующего регионального и наивысшего федерального уровня. Возглавляет службу главный государственный санитарный врач РФ.

Центры гигиены и эпидемиологии при Роспотребнадзоре и подведомственные им лаборатории выполняют функции по контролю над гигиеной труда и окружающей среды, а также осуществляют предупреждение, контроль и надзор за инфекционными болезнями. Такие центры с ярко выраженной иерархичной структурой имеются во всех регионах, в том числе и на уровне муниципалитетов. Кроме того, в стране параллельно функционируют центры гигиены и эпидемиологии по железно-дорожному транспорту, которые в силу исторически сложившихся обстоятельств ведут основную деятельность по контролю наиболее опасных инфекционных болезней, таких как холера и чума. На юге РФ, издавна известным естественными очагами таких заболеваний, как чума, представлена сеть станций дезинфекции и 12 противочумных станций. В каждой больнице работают врач общественного здравоохранения и эпидемиолог, в обязанность которых входит выявление и уведомление начальства обо всех случаях инфекционных болезней на территории медицинского учреждения.

За исключением таких неинфекционных факторов, как случаи массового отравления (зачастую ставшие результатом потребления некачественного спиртного или суррогатов алкоголя), Роспотребнадзор утратил функции непосредственного контроля над здоровьем более широкого спектра населения и возможности проводить исследования поведения людей с тем, чтобы разрабатывать меры по профилактике неинфекционных болезней. Таким образом, система здравоохранения РФ унаследовала и в большей степени закрепила тенденцию к контролю за инфекционными болезнями. Минздравсоцразвития России учредил государственные организации, основная задача которых улучшить ситуацию с неинфекционными болезнями и травмами (основные причины преждевременной смертности; см. раздел 1.4). Однако этим организациям все еще не хватает мощности для того, чтобы эффективно проводить меры, направленные на формирование здорового образа жизни и профилактику (Всемирный банк, 2005). Единого центра по координации действий в области надзора и профилактики неинфекционных болезней и травм на данный момент не существует (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, 2008). В 2010 году в рамках ПНП «Здоровье» была открыта сеть профилактических центров, но проводимая ими деятельность не возымела достаточного эффекта (см. раздел 6.1).

Нормальное функционирование оставшихся профилактических служб, таких как служба иммунизации, стандартной антенатальной и постнатальной помощи, а также семейной медицины, обеспечивается учреждениями ПМСП. В РФ нет должным образом организованной системы регулярных медицинских осмотров населения (например, программы, основанной на данных переписи населения и подразумевающей рассылку писем с приглашением посетить осмотр, интегрированной системы контроля качества и последующей проверки). Вместе с тем в стране проводятся внеплановые обследования, которые составляют значительную часть проводимых учреждениями ПМСМ мероприятий, в особенности, что касается диспансеризации, которой подвергается большинство населения.

5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

Минздравсоцразвития России устанавливает порядок оказания медицинской помощи для каждого отдельного вида заболеваний, в котором указаны маршруты пациента (см. раздел 6.1). На вставке 5.1 показаны стадии оказания медицинской помощи на конкретном примере.

Вставка 5.1**Пример маршрута пациента в системе здравоохранения**

В России женщина, которой требуется эндопротезирование по причине артрита, может проходить лечение в государственной больнице или в частной клинике.

Лечение в государственной больнице

1. Первичный осмотр врачом ПМСП (врачом общей практики или терапевтом) в местной поликлинике. По результатам первичной диагностики определяется, нужно ли давать пострадавшей направление к врачу-специалисту.
2. Направление к хирургу-ортопеду поликлиники, а также направление на рентген.
3. Врач-специалист рекомендует эндопротезирование и выписывает пострадавшей направление в местную больницу, в которой есть отделение ортопедической хирургии. В случае, когда в местной больнице такого отделения нет, врач ПМСП направит пострадавшую напрямую в поликлинику, которая предоставляет услуги эндопротезирования.
 - На данной стадии у пострадавшей все еще остается право выбора медицинского учреждения, что позволяет добиться наилучшего соотношения качества обслуживания и времени ожидания. В тех случаях, когда применяемые в больнице технологии или очередь по листам ожидания оставляют желать лучшего, пациенты могут внести неофициальный платеж, который либо позволит им оказаться в начале списка очереди, либо будет использован на приобретение более качественных протезов и имплантатов.
 - Помимо описанного способа, существует официальная ускоренная процедура, согласно которой врач первичного звена помогает пострадавшей оформить заявку на эндопротезирование. Данная заявка заполняется хирургом-ортопедом поликлиники и в обязательном порядке включает описание диагноза и предполагаемого лечения, а затем подписывается главврачом. После этого заявка поступает в муниципальные или региональные органы системы здравоохранения, которые в обязательном порядке рассматривают заявку и выносят решение о предоставлении высокотехнологичной помощи не позднее 10 дней со дня поступления заявки и только в случаях планового хирургического вмешательства (внеплановые случаи, требующие немедленного оперирования, сюда не относятся). Пострадавшую могут направить в медицинское учреждение регионального или федерального уровня, специализирующееся на эндопротезировании.
4. После выписки из стационара пострадавшая, как правило, вновь получает направление к врачу ПМСП в своей поликлинике, который назначает ей восстановительную терапию.

Лечение в частной клинике

- Изначально пострадавшая может выбрать либо частное медицинское учреждение, либо организацию ведомственной системы здравоохранения, которой можно воспользоваться за определенную плату в том случае, если она не имеет права обслуживаться там бесплатно.
- Если требуемую операцию можно выполнить в клинике, которой пострадавшая может воспользоваться по ДМС или по непосредственному направлению работодателя, заключившего соглашение об обслуживании своих сотрудников в этой клинике, пострадавшая будет направлена в соответствующее учреждение страхователем/работодателем.
- В случае отсутствия ДМС или возможности воспользоваться ведомственной системой здравоохранения, пострадавшая самостоятельно выбирает медицинское учреждение в зависимости от предполагаемого качества обслуживания (в основном, исходя из рекомендаций друзей и знакомых или их личного опыта) и финансового благосостояния.

5.3 Первичная медико-санитарная/амбулаторная помощь

Законодательство, определяющее административную реформу (см. раздел 2.4), не всегда учитывало специфику оказания медицинских услуг или существующую инфраструктуру медицинских учреждений. В соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ»¹³ органы местного самоуправления несут ответственность за оказание ПМСП и скорой медицинской помощи, а также медицинской помощи женщинам в период беременности и родов (включая, антенатальную и постнатальную). Данное распределение предусматривало переход специализированной помощи в сферу ответственности региональных медицинских учреждений. Более 75% стационаров страны функционируют на муниципальном уровне.

Сеть муниципальных медицинских учреждений, в особенности в больших городах, включает многопрофильные больницы, которые оказывают стационарную помощь в таких областях, как кардиология, хирургия, офтальмология и т.д.

Россия унаследовала от Советского Союза широкую сеть учреждений ПМСП, в теории покрывавшую всю страну. Так, в сельской местности медицинские услуги населению оказывают ФАПы. В городах эти функции выполняют участковые врачи поликлиник. Пациенты с тяжелыми заболеваниями направляются в одно из специализированных учреждений муниципального, регионального или федерального уровня, которые организованы в иерархическую систему.

ФАП

ФАП представляет собой небольшой приемный пункт, состоящий всего из нескольких комнат с основным оборудованием, укомплектованных, как правило, фельдшером и медсестрой или фельдшером, акушеркой и медсестрой. Один такой пункт обслуживает примерно 4000 человек. В обязанности персонала входит оказание ПМСП, антенатальной и постнатальной помощи, проведение таких элементарных профилактических мер, как вакцинация и санитарное просвещение, а также основных медицинских процедур (инъекции, перевязка ран) по предписанию участкового. Акушерки также принимают роды на дому, если по какой-либо причине роженица не может быть доставлена в роддом (хотя такие

¹³ ФЗ РФ от 06.10.2003 № 131-ФЗ

случаи крайне редки). Кроме того, акушерки также проводят консультации по планированию семьи. ФАПы подведомственны местным больницам (ближайшей сельской больнице или центральной районной больнице). Деятельностью ФАПа руководят врачи, работающие в близлежащем медицинском учреждении соответствующего уровня.

Амбулатория

Амбулатория обслуживает несколько участков в сельской местности – 7000 человек и более. Персонал: врач-терапевт, педиатр (иногда – врач общей практики, см. ниже), медсестры и акушерки, в некоторых случаях – акушер-гинеколог или гинеколог. Амбулатория оказывает спектр услуг ПМСП, включая вакцинацию, осмотры населения, лечение недомоганий, хронических заболеваний, назначение лекарственных средств, выдачу больничных листов, а также лечение прочих состояний, требующих круглосуточного медицинского наблюдения. В сельской местности некоторые врачи общей практики работают отдельно. Амбулатории предоставляют услуги дневного стационара (в небольшом объеме), а также принимают роды и проводят простейшие хирургические операции. Однако многие койки в таких стационарах отведены под медико-социальное обслуживание и заняты не пациентами с острыми состояниями, а немощными и пожилыми людьми. Врач приходит на дом в случае лежачих больных, которые не могут самостоятельно добраться до больницы. В сельских амбулаториях отсутствует диагностическое оборудование и возможности проводить клиническую лабораторную диагностику, что ограничивает спектр предоставляемых ими услуг. Небольшие районные больницы оказывают клиническую лабораторную диагностику, некоторые виды услуг в области акушерства и гинекологии и стоматологии (см. раздел 5.4). Местные органы системы здравоохранения в лице главврача центральной областной больницы отвечают за комплектацию учреждений трудовыми ресурсами.

Городские поликлиники

Городские поликлиники обслуживают определенный район, разделенный на несколько участков, – в среднем 4000 человек. Иногда поликлиники входят в состав городской больницы. В подчинении каждой больницы находится несколько поликлиник. Как правило, поликлиниками являются крупные медицинские учреждения, укомплектованные врачами ПМСП, врачами-специалистами, персоналом, обеспечивающим клиническую лабораторную и стандартную диагностику. В сферу ответственности поликлиники входит организация осмотра населения, лечение острых состояний, хронических заболеваний, наблюдение за хроническими больными. В поликлинике

обычно работают врачи специалисты. Как правило, это акушер-гинеколог, кардиолог, ревматолог, онколог, офтальмолог и отоларинголог. В отличие от амбулаторий в сельской местности городские поликлиники оснащены специальным оборудованием для диагностики и лечения.

Специализированные поликлиники

В больших и средних городах существуют три типа отдельных поликлиник: взрослые, детские и женские консультации. В детских поликлиниках работают детские педиатры и специалисты, которые обслуживают детей и подростков в возрасте до 15 лет. Женские консультации оказывают гинекологическую помощь женщинам и функционируют на максимальных возможностях своих мощностей. В городах имеются следующие специализированные поликлиники: стоматологические, консультативно-диагностические, психотерапевтические, физиотерапевтические и лечебно-реабилитационные.

С 1992 года в некоторых регионах были предприняты попытки ввести систему врачей общей практики/семейных врачей, оказывающих ПМСП, однако в большинстве регионов помощь первичного звена по-прежнему оказывается врачами-терапевтами и педиатрами, а также рядом узких специалистов. По данным за 2008 год в стране насчитывалось 7930 врачей общей практики, что составило 11% от числа врачей первичного звена (участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики). Программа последипломного образования по специальности «общая врачебная практика/семейная медицина» в целом занимает два года, из которых на практику отводится шесть месяцев. Большинство медицинских университетов сегодня предоставляют такие программы и имеют кафедры общей врачебной практики или семейной медицины. Вместе с тем ни в одном регионе модель общей врачебной практики или семейной медицины не является преобладающей, а в четверти регионов доля врачей общей практики от общего числа врачей ПМСП составляет менее 3% (WHO Regional Office for Europe, 2009). Как правило, врачи общей практики работают самостоятельно (в особенности в отдаленных сельских районах), в больницах или в поликлиниках наравне с узкими специалистами. В рамках ПНП «Здоровье» порядка 18 500 участковых терапевтов (всего в стране – 70 000) прошли повышение квалификации, однако, качество самой программы профессиональной переподготовки вызывает сомнения.

Пациенты имеют право выбора участкового и отдельных специалистов в поликлинике, но редко этим правом пользуются. Больные могут напрямую обратиться к специалисту без предварительного направления

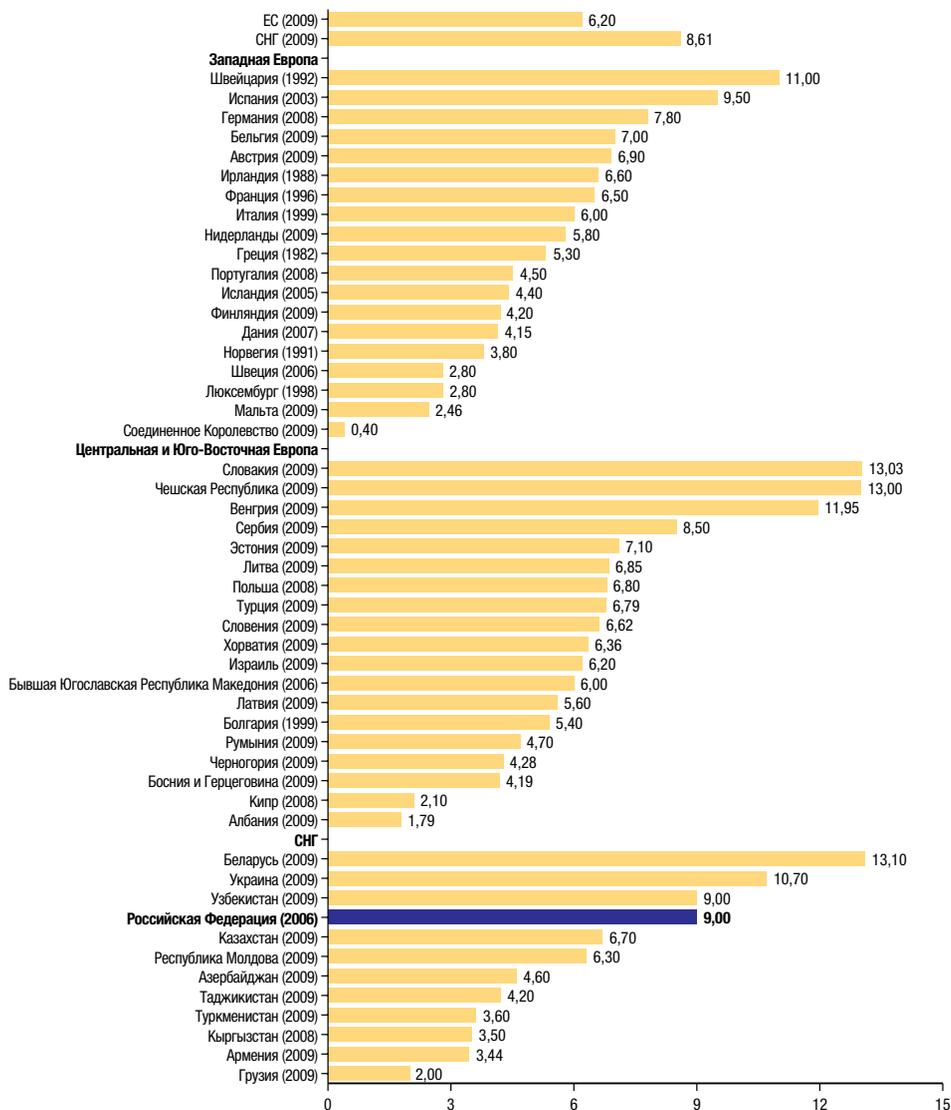
участкового терапевта или врача общей практики. В действительности, многие пациенты сначала консультируются со своим участковым (см. раздел 5.2) (WHO Regional Office for Europe, 2009). Таким образом, участковые терапевты не выполняют ключевой контролирующей функции, а скорее регулируют движение пациентов внутри медицинского учреждения, хотя это и не носит официального характера. В некоторых частях РФ участковые врачи до некоторой степени выполняют контролируемую функцию: Самарская область, Санкт-Петербург, Чувашская Республика и Тверская область. Один из факторов, который фактически усиливает контролирующие функции системы, состоит в том, что многие пациенты по-прежнему уверены, что для получения бесплатной высокотехнологичной или специализированной помощи им необходимо направление от участкового терапевта (WHO Regional Office for Europe, 2009).

Врачи ПМСП играют важную роль в продвижении здорового образа жизни и поддержке людей с хроническими заболеваниями в их стремлении обходиться без посторонней помощи. Медицинские учреждения ПМСП осуществляют общую врачебную помощь, некоторые виды диагностики, несложные операции (чаще всего – в отдаленных сельских районах), ПМСП, антенатальную помощь, осмотры населения (в том числе внеплановые обследования), вакцинацию, планирование семьи, посещение больных на дому, выдачу больничных листов взрослым и детям, и т. д. В зависимости от необходимости в отдельной области больницы или поликлиники могут также инициировать открытие отделений или клиник для больных с хроническими состояниями, такими как диабет или гипертония, а также специализированных клиник семейного планирования или ухода за престарелыми.

Принятая государством норма максимального числа пациентов на одного участкового врача (на уровне ПМСП) составляет: 1700 человек для врача общей практики, 1800 – для терапевта, 800 детей – для педиатра. Вместе с тем эти нормы зачастую не соблюдаются, в особенности в районах, где ощущается острая нехватка врачей ПМСП. В случае, когда больница обслуживает слишком большое количество населения, это может оказать отрицательное воздействие на общедоступность медицинской помощи, т.к. приводит к очень длинным очередям. Всего лишь ограниченное число учреждений ПМСП осуществляет прием пациентов по записи. С момента провозглашения независимости показатель обращений за амбулаторной помощью на человека в год снизился, но в 2006 году это число все еще превышало аналогичный средний показатель для стран СНГ и ЕС (рис. 5.1).

Рис. 5.1

Число обращений за амбулаторной помощью на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ, за последний имеющийся год



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г.

Проводимые на раннем этапе реформы были направлены на введение общей врачебной практики/семейной медицины. Однако меры, предпринятые в последнее время, преимущественно ориентированы на повышение качества и улучшения общедоступности ПМСП (вставка 5.2). В результате с целью привлечения выпускников медицинских ВУЗов для работы в секторе ПМСП (см. раздел 6) в рамках ПНП «Здоровье» значительно

повысили заработную плату врачам первичного звена. На первых порах это привело к значительному росту числа врачей и медсестер в секторе ПМСП, и, в конечном счете, к снижению коэффициента совместительства. Вместе с тем в недавнее время этот показатель стабилизировался, а в сельских районах отмечается недостаточная укомплектованность учреждений врачами и медсестрами. Таким образом, вопросы контроля качества обслуживания уступают насущным проблемам кадровой политики. В целом регулярный сбор данных о соблюдении контроля качества не осуществляется, а внештатные ситуации, связанные с отсутствием доступа к базовым услугам в ряде медицинских учреждений ПМСП (в особенности в сельских районах) и необходимостью ремонта некоторых из них, свидетельствуют о том, что предоставление высококачественной помощи сопряжено с определенными трудностями (см. раздел 4.1).

Вставка 5.2

Проведение реформы сектора ПМСП в Чувашской Республике

Пилотные проекты реформ ставили своей целью усиление сектора ПМСП и увеличение мощностей на этом уровне: были построены новые медицинские центры, действующие учреждения отремонтированы, а диагностические мощности увеличены за счет приобретения нового диагностического оборудования. Сеть взрослых и детских поликлиник, а также женские консультации, были постепенно и частично заменены многофункциональными центрами (с врачами общей практики), предоставляющими услуги закрепленному за ними населению. Данные центры в основном оказывают медико-санитарные услуги, проводят меры, направленные на формирование здорового образа жизни и профилактики, а также выполняют регулирующую функцию по организации потоков пациентов и их направлению в специализированные учреждения в целях обеспечения непрерывности процесса лечения. По данным за 2008 год порядка 65% населения Чувашской Республики охвачено врачами общей практики (Всемирный банк, 2011а). Число обращений к врачу общей практики за направлением к специалисту снизилось: в 2003 году этот показатель составлял 8,7%, а в 2008 году – всего 2,3% (см. вставки 3.1 и 5.3).

Для врачей общей практики была введена система начисления заработной платы, основанная на результатах деятельности: тарифная ставка (оклад) фиксируется в трудовом договоре врача общей практики с медицинской организацией, размер вознаграждения по результатам деятельности закрепляется в дополнительном соглашении. Базовый оклад врача общей практики зависит от таких показателей, как категория специалиста в тарифной сетке, квалификация, должность, непрерывный стаж работы, а также опыт работы в опасных и вредных для жизни условиях. В дополнительном соглашении представлены тридцать позиций, по которым определяются результаты деятельности врача: процесс лечения, результат и воздействие, например, охват населения в случае оказания такой первостепенной помощи, как вакцинация или мазок на онкоцитологию. В настоящее время все врачи общей практики Чувашской Республики получают зарплату по конечному результату, что в среднем позволяет им получать на 25% больше врачей, работающих по стандартной системе. В итоге, все больше сотрудников, прошедших программу переподготовки на врача общей практики, остаются работать в пригородах и сельских районах (см. раздел 2.7.3).

5.4 Специализированная помощь (специализированная амбулаторная/стационарная помощь)

Специализированное медицинское обслуживание в России предоставляют больницы и их амбулаторные отделения, а также специализированные отделения поликлиник. Во многом сохранилась структура специализированной медицинской помощи советского образца. Изменения в основном сводятся к закрытию части больниц и сокращению коечного фонда, причем, в сельских районах они достигли больших размеров – в основном сокращению подверглись небольшие местечковые больницы (см. раздел 4.1.1). Организация помощи по-прежнему осуществляется по территориальному принципу. К учреждениям специализированной помощи относятся:

Участковая больница на 30 коек предоставляет простейшую стационарную помощь сельскому населению. Часто весь ее врачебный персонал – это хирург, терапевт и педиатр. Во многом работа участковой больницы сводится к первичному и медико-социальному обслуживанию, но она справляется и со многими операциями, и с лечением неосложненных хронических и острых заболеваний. Большая часть участковых больниц была расформирована, а оставшиеся были реорганизованы в амбулатории, больницы с врачами общей практики и дома престарелых (см. раздел 4.1.1).

Районная больница на 130 коек обслуживает каждый крупный сельский район. Она обеспечивает население стационарной помощью, предоставляя медицинские услуги по основным терапевтическим, ортопедическим, хирургическим и акушерско-гинекологическим направлениям. Районная больница включает соответствующие отделения амбулаторной помощи.

Центральная районная больница на 200 коек обслуживает жителей сельских районов в областном центре, предоставляя услуги специализированной и стационарной помощи. Пропускная способность такой больницы составляет 40 000–150 000 больных в год, а спектр оказываемых медицинских и хирургических услуг включает ортопедию, хирургию, акушерство и гинекологию, а также лечение инфекционных болезней. Центральная районная больница включает соответствующие отделения амбулаторной помощи.

Городская больница представляет собой многопрофильное медицинское учреждение на 150–800 коек для взрослых (100–300 коек для детей), обслуживающее городское население. В городах также имеются больницы скорой медицинской помощи, инфекционные клиники, туберкулезные больницы, родильные дома, психоневрологические диспансеры, больницы для инвалидов и т.д. На данном административном уровне функционируют большинство амбулаторно-поликлинических, специализированных и диагностических учреждений.

Областная больница. В каждом регионе функционирует как минимум одна взрослая областная больница на 500–1000 коек и одна детская областная больница на 300–600 коек. Принимая сложных больных, направленных районными поликлиниками и больницами, медицинские учреждения такого типа оказывают услуги всему населению региона. В больнице расположены специализированные и высокоспециализированные отделения, работает более квалифицированный персонал и предоставляется более сложная помощь, чем в районной больнице. На базе областных больниц действуют кафедры местных медицинских институтов.

Специализированные больницы и поликлиники располагают амбулаторно-клиническими и стационарными отделениями. Порядка одной трети от общего числа таких поликлиник не имеют стационара. Специализированная амбулаторная помощь также предоставляется на областном уровне, она никак не связана с амбулаторными отделениями больниц, а представляет собой помощь по таким специализированным направлениям как психоневрология, гинекология, онкология, ТБ или дермато-венерология. Специализированные диагностические центры функционируют на региональном уровне и оказывают услуги пациентам, направленным из районных медицинских учреждений, расположенных ниже в иерархической системе.

Федеральные больницы и поликлиники предоставляют самые сложные высокоспециализированные медицинские услуги. Многие из таких медицинских учреждений существуют при НИИ соответствующего профиля и предлагают помощь высочайшего уровня и качества.

Ведомственные больницы и поликлиники различных министерств тоже в основном оказывают специализированную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, исключение в этом составляет Минздравсоцразвития России. Специализированной помощью в ведомственных им медицинских учреждениях обеспечивают и некоторые

другие министерства (Администрация Президента РФ, Министерство обороны, МВД). Большинство ведомственных медицинских учреждений предоставляют часть услуг более широким слоям населения – из личных средств пациентов или по ДМС.

В рамках ПНП «Здоровье» на 2007–2008 годы было запланировано строительство 15 федеральных специализированных медицинских центров высокотехнологичной помощи по всей стране. Таковыми должны были стать 5 центров травматологии (Чебоксары, Краснодар, Барнаул, Владивосток и Смоленск), 7 кардиологических центров (Пенза, Астрахань, Красноярск, Хабаровск, Калининград, Пермь, Челябинск), 2 центра нейрохирургии (Тюмень, Новосибирск) и один научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии (Москва). К 2008 году только Пензенский кардиологический центр полностью функционировал. Оставшиеся центры столкнулись со сложностями привлечения специалистов и обеспечения им соответствующей оплаты труда (Шейман, И.М., Шишкин, С.В., 2009). Доступ к федеральным специализированным учреждениям и новым высокотехнологичным центрам, образованным в соответствии с ПНП «Здоровье», осуществляется следующим образом: центр передает регионам фиксированное количество мест, которые затем распределяются между специалистами областных больниц и поликлиник. Вместе с тем направление больных в центр не всегда происходит рационально в рамках системы: вместо того, чтобы предоставить пациенту требуемую медицинскую помощь в ближайшей областной поликлинике, его могут направить в федеральное учреждение, находящееся на значительном удалении от места жительства. Врачи часто мало осведомлены о критериях отбора заявок на оказание специализированной помощи в федеральном центре и поэтому весьма неохотно направляют пациентов, исходя из соображений бесполезности самой подачи такой заявки. Пациент, получивший направление в такой центр, может также отказаться, если он не в состоянии самостоятельно оплатить транспортные и сопутствующие расходы.

В России отмечается переизбыток учреждений специализированной и высокоспециализированной помощи, в особенности в стационарах, а усовершенствование системы здравоохранения является долгосрочной целью (см. раздел 4.1, вставка 5.3). Каждый субъект РФ, в силу имеющихся на региональном уровне механизмов финансирования здравоохранения, стремится создать свою «независимую систему» всестороннего медицинского обслуживания, что приводит к дублированию и лишним расходам. Получение медицинского обслуживания не по месту жительства

сопряжено с трудностями в силу различий систем финансирования здравоохранения по субъектам РФ. Некоторые медицинские учреждения неохотно принимают пациентов, прописанных в других регионах, из страха, что территориальный фонд ОМС откажется оплатить связанные с лечением этих пациентов расходы.

Вставка 5.3

Реорганизация учреждений стационарной помощи в Чувашской Республике

В Чувашской Республике была проведена реорганизация структуры медицинских учреждений, в результате чего часть больниц была объединена с целью сокращения избыточных мощностей, а часть переоборудована под лечебные учреждения для хронических больных. В результате общее число больниц в Чувашской Республике снизилось на 43%, а количество круглосуточных коек – на 18%. Если не считать коек для пациентов туберкулезных диспансеров и психиатрических лечебниц, по данным за 2008 год число коек на душу населения в Чувашской Республике составило 84 койки на 10 000 человек населения, что ниже зафиксированного в 2003 году показателя в 100,7 коек (Маркес, П. В., Лебедева, Н., 2010); а объем всего коечного фонда из расчета на 10 000 человек населения сократился с 113,6 коек (по данным за 2002 год) до 90,1 койки (по данным за 2008/2009 год) (Федеральная служба государственной статистики, 2010с). Число коек дневного стационара в объеме всего коечного фонда увеличилось до 21% по данным за 2007 год по сравнению с аналогичным показателем, который в 2002 году составил 9% (Маркес, П. В., Лебедева, Н., 2010). В результате средняя продолжительность госпитализации, которая по данным за 2002 год составляла 13,2 дня, сократилась до 12,1 дня по данным за 2008 год. Вместе с тем следует заметить, что Республика значительно отстает от аналогичных международных показателей.

В целом Минздравсоцразвития России разработал 220 новых протоколов ведения больных с учетом особенностей региональных медицинских учреждений, что привело к повышению качества предоставляемой медицинской помощи и улучшению механизма направления пациентов за специализированной помощью. В 2002–2008 годах число пациентов, повторно поступивших в стационар с тем же диагнозом, снизилось до 26 % (Всемирный банк, 2011а). В Республике удалось создать более эффективную систему распределения ресурсов, при которой все больше средств направляется в сектора ПМСП и амбулаторной помощи, и все меньше – в сектор стационарной помощи, что стало возможным за счет сокращения коечного фонда и средней продолжительности госпитализации. По данным за 2008 год доля средств, выделяемых на ПМСП, в Чувашской Республике достигла 46%, что превышает аналогичный показатель 2002 года в 31% (Маркес, П. В., Лебедева, Н., 2010).

5.4.1 Дневная стационарная помощь

В 1990 годы на всех уровнях системы здравоохранения были учреждены дневные стационары, представляющие собой отделения больниц и поликлиник, в которых пациенту оказывают требуемую помощь в течение одного дня. Дневные стационары чаще располагаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях (порядка 60% всего

коечного фонда дневных стационаров) (ЦНИИОИЗ, 2010). Сеть учреждений, предоставляющих услуги дневного стационара, ее мощность и объем самих услуг постоянно растут. Начиная с 2000 года число коек дневного стационара в больницах увеличилось на 26%, а количество койко-дней в дневных стационарах (как в амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в стационарных) повысилось на 55%. По данным за 2008 год средняя продолжительность лечения в дневном стационаре составила 11,4 дня, а число проводимых в них хирургических операций – 5 на 100 выбывших из стационара (ЦНИИОИЗ, 2010). В дневном стационаре оказывают помощь пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой, опорно-двигательной и дыхательной системы, а также предоставляют услуги акушера-гинеколога (ЦНИИОИЗ, 2010).

5.5 Скорая медицинская помощь

Основными функциями станции скорой медицинской помощи являются:

- круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи, заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактического учреждения, при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапным обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности, при родах и других состояниях и заболеваниях, а также при катастрофах и стихийных бедствиях;
- осуществление своевременной транспортировки (а также перевозки по заявке медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи в кабинете для приема амбулаторных больных;
- извещение муниципальных органов управления здравоохранением обо всех чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях в зоне обслуживания станции скорой медицинской помощи.

Система скорой медицинской помощи функционирует на основе территориального принципа: каждая бригада обслуживает закрепленный за ней участок, а также оказывает круглосуточную непрерывную меди-

цинскую помощь на догоспитальном и госпитальном этапах. Вызвать бригаду скорой помощи можно по единому всероссийскому номеру «03». Обширная сеть учреждений, предоставляющих услуги скорой медицинской помощи включает: станции и подстанции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях, а также муниципальные больницы скорой медицинской помощи. Принцип, лежащий в основе географического распределения станций, состоит в обеспечении бригадам скорой помощи 15-минутной транспортной доступности. В населенных пунктах с численностью жителей до 50 000 в составе городских, центральных районных и других больниц могут организовываться отделения скорой медицинской помощи, являющиеся структурными подразделениями лечебно-профилактических учреждений. Руководство больницами осуществляет главврач района или населенного пункта. Станция скорой медицинской помощи создается в городах с населением свыше 50 000 человек как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение. В городах с населением более 100 000 человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции скорой медицинской помощи как структурные подразделения станций.

Основной функциональной единицей станции является выездная бригада скорой медицинской помощи, в том числе фельдшерская, врачебная, педиатрическая, интенсивной терапии и другие специализированные бригады (кардиологическая, токсикологическая, травматологического профиля, неврологическая, психиатрическая, реанимационно-хирургическая). Скорую медицинскую помощь оказывают порядка 20 000 врачей и более 70 000 медсестер и сотрудников со средним медицинским образованием. В 1995–2009 годах число станций (отделений) скорой помощи сократилось на 6%, а плановая мощность больниц скорой помощи снизилась на 24%, при этом объем оказываемых услуг не менялся на протяжении всего периода (Федеральная служба государственной статистики, 2010d; ЦНИИОИЗ, 2010).

Вместе с тем существующая система скорой медицинской помощи неэффективна. Бригады скорой помощи не всегда выполняют свои прямые функции, предоставляя почти в 60% случаев врачебную, а не скорую медицинскую помощь, таким образом, фактически оказывая на дому услуги амбулаторно-поликлинических учреждений или осуществляя доставку пациента в такие учреждения. Из всего количества вызовов только каждый пятый или шестой действительно требует скорой медицинской помощи и госпитализации. Значительное

число случаев немедленного вмешательства бригад скорой помощи по вызову на местах происшествий не выполняются с должной скоростью. Специализированные бригады скорой помощи используются в высшей степени неэффективно: либо в свои рабочие часы такие бригады простаивают, либо принимают вызовы не по своей специализации. В сельских районах скорая медицинская помощь в должном объеме не предоставляется. По данным за 2005 год выезд бригады скорой помощи на дом в городе в 2,5 раза выше, чем в сельской местности, соответственно, 404,9 и 161,6 выездов на 1000 человек населения (Шляфер, С.И., 2009). Недостаточное финансирование усугубляет и без того непростую ситуацию, что, в итоге, ограничивает возможности местных органов власти в их стремлении предоставить бригадам машины скорой помощи, современные системы коммуникации и закупить для них требуемые препараты и оборудование.

В рамках ПНП «Здоровье» на 2006–2007 годы станции (отделения) получили 13 200 новых машин скорой помощи, а члены бригад – надбавку к заработной плате. По данным Минздравсоцразвития России в 2009 году дополнительными денежными премиями были поощрены порядка 98 000 сотрудников сектора скорой медицинской помощи. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 02.08.2010 № 586н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 № 179» предусматривается процесс оптимизации оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе. Для этих целей создаются отделения скорой медицинской помощи как структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений, а станции станут частью отделений. Бригады скорой помощи должны осуществлять выезд по вызову, по необходимости – транспортировку пациентов до ближайшей больницы, обеспечивая быструю и непрерывную помощь, а также проведение требуемых диагностических, терапевтических и других действий до полной госпитализации пациента в соответствующее медицинское учреждение. Таким образом, члены бригады приступают к оказанию скорой медицинской помощи по месту вызова, затем в пути и, наконец, уже в самой больнице, осуществляя следующие функции:

- проведение лечебно-диагностических мероприятий, требуемых по состоянию здоровья больного (пострадавшего), в том числе в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии и операционной;
- проведение противошоковых мероприятий;

- уточнение диагноза;
- проведение необходимой диагностики;
- динамическое наблюдение за состоянием больного;
- стабилизацию состояния больного до направления его в специализированное отделение лечебно-профилактического учреждения.

Следуя «Концепции развития скорой медицинской помощи», принятой на постоянном совещании Минздравсоцразвития России 25.03.2010, коллегия постановила учредить в четырех пилотных областях (Санкт-Петербурге, Ростовской области, Чувашской Республике и Татарстане) новые отделения скорой медицинской помощи такого типа с непосредственно подотчетными бригадами. Несмотря на то, что до проведения данной реформы, в рамках ПНП «Здоровье» было построено пять травматологических центров высокоспециализированной помощи, отделения скорой медицинской помощи при городских больницах чаще выполняли функции сортировочного пункта, осуществляя стабилизацию больных в критическом состоянии и направляя их на лечение в соответствующее отделение. В случае, когда в бригаде скорой помощи находился врач, последний проводил предварительную диагностику, что позволяло сразу доставить пациента в требуемую ему больницу. В сельской местности бригады скорой помощи в первую очередь исходят из принципа удаленности/близости больницы, в то время как в условиях города у бригады есть выбор – доставить пациента в специализированную клинику или центральную больницу.

5.6 Медикаментозная помощь

По действующему законодательству больным стационаров ЛС предоставляются бесплатно, а в случае амбулаторной помощи пациенты оплачивают препараты из личных средств. Льготным группам граждан ЛС по рецепту врача отпускаются либо бесплатно, либо со скидкой. Перечень льготных групп граждан разрабатывается на федеральном уровне, однако, региональные власти могут предоставить льготы дополнительным группам граждан. Категории населения, которым лекарственные препараты отпускаются по рецепту врача бесплатно или с 50% скидкой не менялись с середины 1990-х годов и зафиксированы в Постановлении Правительства РФ от 30.07.1994 № 890. К данным категориям принадлежат: участники гражданской и Великой Отечественной войн, Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, родители

и жены погибших военнослужащих, дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет, инвалиды, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы, пенсионеры с минимальным размером пенсии и т.д. Категории заболеваний, при которых ЛС отпускаются гражданам бесплатно: детские церебральные параличи, муковисцидоз (больным детям), СПИД, ВИЧ, диабет, онкологические заболевания, лепра, туберкулез, бронхиальная астма и др. Вместе с тем пациенты с перечисленными заболеваниями, как правило, получают бесплатно только ЛС для лечения данных состояний, а не любой другой сопутствующей патологии, которая не входит в этот список.

Закупка медицинских препаратов, предоставляемых населению бесплатно или со скидкой, финансируется из средств федерального бюджета в рамках программы ДЛО, которая с января 2008 года включает две подпрограммы – обеспечение необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) и высокочрезвычайные нозологии (ВЗН). Это было сделано для того, чтобы пациенты с высокочрезвычайными заболеваниями (гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом и рассеянным склерозом), а также больные, перенесшие трансплантацию органов и/или тканей (см. раздел 6.1), получили больший доступ к ЛС. По программам ОНЛС/ВЗН пациенту не требуется оплачивать препараты из личных средств: требуемые медикаменты отпускаются по рецепту врача в специализированных аптеках, которые затем восполняют затраты из средств регионального или федерального бюджета.

В рамках подпрограммы ВЗН медикаментозная помощь оказывается 80 000 человек, в рамках подпрограммы ОНЛС – 4 млн человек. В 2008 году из средств федерального бюджета на подпрограмму ОНЛС было выделено 28 млрд руб., а на подпрограмму ВЗН – 33 млрд руб., а в 2009 году 40 млрд руб. и 37 млрд руб., соответственно. В 2010 году на фоне снижения числа льготников на 13,5% общие расходы на ОНЛС возросли до 43,3 млрд руб., что привело к росту подушевого норматива, который в 2009 году в рамках подпрограммы ОНЛС составлял 668 руб. в месяц на одного льготника. По данным за 2010 год этот показатель увеличился до 757 руб. в месяц. Предполагается, что в 2011 году произойдет дальнейший рост норматива финансовых затрат на одного льготника до 952 руб. в месяц. По данным за 2010 год подпрограмма ВЗН обошлась государству в 41,6 млрд руб. Вместе с тем число пациентов, имеющих право на получение дорогостоящих ЛС, увеличилось с 52 800 до 77 100 человек (см. раздел 6.1).

В большинстве своем пациенты оплачивают медикаменты, выписанные врачом при амбулаторном лечении, из личных средств. Теоретически, больным, находящимся на стационарном лечении, предоставляется бесплатная медикаментозная помощь, однако из-за нехватки ЛС и их сомнительного качества обеспокоенные пациенты из личных средств приобретают ЛС по полной стоимости. Согласно имеющимся данным порядка 80% стационарных больных все еще вынуждены частично платить за ЛС (Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М., 2010), а около 70% всего лекарственного обеспечения оплачивается пациентами или их родственниками самостоятельно (Суханова, С., 2008). В конечном итоге, затраты пациентов на лекарственные средства составляют существенную часть всех израсходованных на лечение денег, что в некоторых случаях может послужить барьером к обращению в медицинское учреждение за помощью (WHO Regional Office for Europe, 2009; Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М., 2010). С падением курса рубля, вызванного мировым экономическим кризисом, стоимость базовых ЛС резко возросла, что существенно отражается на бюджете малоимущих семей (Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М., 2010). Врачи и фармацевты часто рекомендуют новые дорогие препараты, которые считаются более безопасными и эффективными, что в свою очередь сказывается на больших затратах для пациента (Фармэксперт, 2009).

Фармацевтический рынок России состоит из двух основных сегментов: коммерческого и государственного. Коммерческий сегмент фармацевтического рынка включает в себя аптечные продажи готовых лекарственных средств (ГЛС) и парафармацевтики за счет личных средств граждан, без учета продаж по программе ДЛЮ. Государственный сегмент фармацевтического рынка охватывает аптечные продажи ГЛС по программе ДЛЮ, а также реализацию больничных закупок. Общий объем российского фармацевтического рынка на конец 2010 года составлял 17,7 млрд долларов США (в стоимостном выражении). В период 2007–2010 годов рынок достиг роста в 41%. В 2010 году рынок вырос в денежном выражении на 13% по сравнению с предыдущим годом, а объем рынка в натуральных единицах измерения увеличился всего на 9%, что является самым высоким показателем с 2005 года. Вместе с тем с 2007 года доля государственного сегмента в общем объеме фармацевтического рынка сократилась. Единственной составляющей фармацевтического рынка, которая испытала резкое сокращение объемов (в стоимостном выражении), стала реализация больничных закупок. Таким образом, на фармацевтическом рынке преобладают личные платежи граждан. По данным за 2008 год доля государственного

финансирования в подушевом потреблении ЛС составила 24,3%, что является весьма низким по международным стандартам.

Структура продаж ЛС по АТС-группам на коммерческом рынке: одна пятая в натуральном объеме и почти такая же доля в стоимостном объеме коммерческого рынка ГЛС принадлежит препаратам АТС-группы [А] «Пищеварительный тракт и обмен веществ» (по АТХ ВОЗ). Примерно одну пятую натурального объема продаж занимают препараты АТС-группы [N] «Препараты для лечения заболеваний нервной системы». На третьей и четвертой позиции – препараты АТС-группы [R] «Препараты для лечения заболеваний респираторной системы» (14%) и АТС-группы [D] «Препараты для лечения заболеваний кожи» (11%). Общий объем продаж препаратов этих четырех групп составил порядка двух третей (66%) всего натурального объема. По источникам происхождения импортные ЛС на коммерческом рынке преобладали. По данным за 2009 год доля импортных препаратов на коммерческом рынке составила 75,6% в стоимостном выражении (34,7% в натуральном объеме), в то время как доля отечественных медикаментов достигла 24,4% в стоимостном выражении (65,3% в натуральном объеме) (DSM Group, 2010). На коммерческом рынке наметилась тенденция постоянного и значительного роста доли импортных препаратов по сравнению с российскими (Фармэксперт, 2010). В 2009 году средняя стоимость упаковки ГЛС отечественного производителя составила 21,5 руб., что в 5,8 раз ниже стоимости импортных препаратов, средняя стоимость упаковки которых достигла 125 руб.

В 2009 году рецептурные препараты занимали в стоимостном выражении 53% коммерческого рынка, а 47% приходилось на безрецептурные препараты (Фармэксперт, 2010). Объем аптечных продаж рецептурных препаратов достиг 5,7 млрд долларов США и 1,05 млрд упаковок, а безрецептурных – 6 млрд долларов США и 2,9 млрд упаковок.

Структура больничных закупок ЛС для стационаров по АТС-группам существенно отличается от коммерческого сегмента ГЛС. Медицинские учреждения в основном приобретают отечественные воспроизведенные лекарственные препараты. В стране развита система конкурсных закупок ЛС больницами, которые, вместе с тем, ограничены в своих тратах рамками принятого ими бюджета на медикаментозную помощь. Доля препаратов отечественных производителей в стоимостном объеме больничных закупок составила 30% (в 2009 году их доля выросла; в 2008 году она составляла порядка 22%). Вместе с тем в натуральном объеме российские препараты преобладают и их доля достигает 67%.

Структура продаж лекарственных препаратов по АТС-группам (по АТХ ВОЗ) в стационарах существенно отличается от коммерческого рынка и свидетельствует о том, что наибольший объем занимают препараты, чаще всего используемые в стационарах. К числу таковых относятся препараты АТС-группы [J] «Противомикробные препараты для системного использования» (25%), препараты группы [B] «Препараты, влияющие на кроветворение и кровь» (20%) и препараты группы [L] «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы» (17%).

Рост продаж группы [J] обусловлен, прежде всего, увеличением больничных закупок антибактериальных препаратов для системного применения [J01], на долю которых пришлось 67% стоимостного объема и 95% натурального объема продаж всей группы [J01]. По данным на конец 2009 года объем больничных закупок препаратов данной группы вырос на 30%. В связи с тем, что оказание стационарной помощи пациентам, зачастую предполагает внутримышечное и внутривенное введение ряда ЛС, лидирующие позиции среди ТОП-20 торговых наименований в сегменте больничных закупок занимают такие препараты как НАТРИЯ ХЛОРИД (используемый в качестве основного компонента для внутривенного введения многих инфузионных растворов), ПЕГИНТРОН (пегинтерферон альфа-2b, дорогостоящий препарат для лечения гепатита С) и ТАКСОТЕР (доцетаксел, препарат для лечения рака молочной железы, яичников, предстательной железы). В 2009 году четвертая часть всех расходов на ЛС, предоставленных в рамках программы ДЛО, пришлась на противоопухолевые препараты (более 19 млрд руб.). Во вторую группу наиболее дорогостоящих лекарств входят препараты для лечения болезней кроветворения и крови (17,7%, более 13,5 млрд руб.), включающие и препараты для лечения гемофилии, предоставляемые в рамках ВЗН. К третьей группе самых дорогостоящих ЛС принадлежат препараты для лечения диабета (12,2%). По данным за 2009 год число импортных средств, предоставляемых в рамках ОНЛС и ВЗН, составило 65% натурального объема и 94% стоимостного объема.

После провозглашения независимости Россия унаследовала систему с ограниченными производственными мощностями для изготовления лекарств, в целом ориентированную на создание недорогих отечественных воспроизведенных лекарственных препаратов. Большая часть ЛС импортируется, за счет чего и удовлетворяются нужды страны в фармацевтической продукции. С января 2010 года в стране функционировало 460 предприятий по производству лекарств, а количество выданных лицензий составляло более 730. Из всех производств только

14% принадлежат государству, оставшаяся часть находится в частном владении. Предприятия существуют во всех федеральных округах РФ, но распространенность их весьма неравномерна. Большинство предприятий (202 из 406) находится в Центральном федеральном округе. По данным за 2009 год объем произведенной продукции составил 95,6 млрд руб., что на 27,8% выше показателя 2008 года. Вместе с тем в 2009 году соотношение экспорта и импорта фармацевтической продукции составило: экспорт – 338 млн долларов США, импорт – 8998,9 млн долларов США.

По данным за 2009 год в российских аптеках было всего представлено 1144 наименований ЛС (из них отечественных производителей – 547, импортных – 597). В коммерческом секторе 48% всего объема продаж ЛС приходится на ТОП-20 производителей. На российском рынке лидирует «Новартис», фармацевтическая продукция которого включает препараты для лечения как тяжелых заболеваний (включая ЛС, предоставляемые в рамках ВЗН), так и более распространенных, ставших, так называемыми бестселлерами безрецептурного отпуска. Второе место принадлежит отечественному производителю «Фармстандарт», предлагающему широкий спектр медицинских препаратов различных терапевтических групп. Наиболее продаваемыми остаются ЛС, предоставляемые в рамках ВЗН. Однако по данным за 2009 год наибольшей популярностью у граждан пользовался «Арбидол», противовирусное средство для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа. В связи с эпидемией свиного гриппа и вызванной ею обеспокоенности граждан, в 2009 году продажи «Арбидола» увеличились почти в два раза по сравнению с предыдущим годом и достигли 1,43% всего объема российского фармацевтического рынка. Другой препарат для лечения и профилактики гриппа – гомеопатическое средство «Оциллококцинум» – занимает десятую позицию рейтинга самых популярных ЛС, а его продажи, составили 0,61% от общего объема.

В большинстве своем российские компании при производстве ЛС используют импортное сырье, что делает их в высшей степени зависимыми от валютного курса. В 2009 году Правительство РФ предприняло ряд мер по поддержанию отечественного фармацевтического сектора. Для того чтобы увеличить долю государственного финансирования в производстве отечественных ЛС, Правительством РФ был введен повышающий 15% коэффициент для государственных контрактов, заключаемых по результатам конкурса между различными компаниями (приказ Министерства экономического развития РФ от 05.12.2008 № 427 «Об условиях допуска товаров, происходящих из иностранных государств,

для целей размещения заказов на поставки товаров для государственных и муниципальных нужд», вступил в силу 30.01.2009–31.12.2010). С целью поддержания фармацевтических компаний в ситуации кризиса, Правительство РФ составило список семи «основных» претендентов, которые могут получить гарантии по кредитам и возможность провести реструктуризацию задолженности. Министерство промышленности и торговли РФ предоставит финансирование тем производителям, которые перейдут на новые стандарты качества GMP (см. раздел 2.7.4).

Начиная с 1990-х годов отмечался постоянный рост розничных аптек и киосков, а в 2010 году их число достигло 22 400. В РФ существуют и Интернет-аптеки, однако зачастую они функционируют как часть обычных аптек, а не как самостоятельные компании. Подавляющее большинство аптек в России принадлежат частному сектору, государственные аптеки преимущественно находятся в государственных медицинских учреждениях. Официальной квоты количества аптек на населенный пункт не существует, и хотя аптек в целом много, они неравномерно распределены по стране, так что в некоторых сельских районах добраться до аптеки просто невозможно физически. Для обеспечения большего доступа сельских жителей к медикаментам, правительство разрешило сотрудникам ФАПов продавать препараты в тех поселениях, где аптеки отсутствуют в соответствии с ФЗ РФ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (см. раздел 6.1). Производители и импортеры ЛС пользуются услугами местных дистрибьюторских компаний. Пять крупных отечественных дистрибьюторов контролируют около трех четвертых всего оптового рынка, несмотря на то, что более ста дистрибьюторов работают по всей РФ. Как и в аптечном секторе, большинство дистрибьюторов и производителей являются частными игроками.

5.7 Реабилитационная/санаторно-курортная помощь

Лечебные и реабилитационные санатории остаются неотъемлемой частью системы здравоохранения, хотя пациенты и получают в них помощь чаще по программам социального страхования, а не по ОМС. Фонд социального страхования РФ (ФСС РФ) обеспечивает обязательное социальное страхование российских граждан, являясь структурной частью Минздравсоцразвития России (ранее – ФСС РФ был подведомствен Министерству труда и социального развития). Социальное страхование покрывает расходы работающего населения и детей на профилактическое

лечение и реабилитацию в санаториях, здравницах и детских летних лагерях, которые принадлежат как профсоюзам и местным властям, так и частным организациям. По месту работы сотрудникам и/или членам их семей выдаются путевки на прохождение лечения в санаторно-курортных учреждениях. Стоимость такой путевки и размер льготы зависит от медицинских потребностей обратившегося и его социального положения. В ведомстве Минздравсоцразвития России находится 47 санаториев и здравниц, общий коечный фонд которых превышает 11 000 единиц. По данным за 2009 год лечение в санаторно-курортных учреждениях прошли более 112 000 человек (53,6% пациентов в числе 60 344 человек получили оплачиваемые государством путевки). Органы власти регионов, в которых отсутствуют санаторно-курортные учреждения, предоставляют гражданам путевки в санатории Минздравсоцразвития России, находящиеся в других регионах страны, по предварительной договоренности с этими учреждениями. Данный механизм регулируется приказом Минздравсоцразвития России от 27.03.2009 № 138н «О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России».

Ассигнование средств на санаторно-курортное лечение – один из способов сократить расходы государства на пособия по временной нетрудоспособности, выплачиваемые ФСС РФ (Bihari-Axelsson & Axelsson, 2002). В рамках ОМС пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нуждающимся в послеоперационном уходе и реабилитационном лечении, предоставляется ограниченное число мест в санаториях. Начиная с 2010 года в рамках ППГ граждане имеют право на получение бесплатной медицинской реабилитации (раздел II). На 2010 год санатории, не участвующие в системе ОМС, финансируются из средств местных бюджетов. В 2010 году Минздравсоцразвития России ставил своей целью выделить 9,2 млрд руб. из региональных бюджетов и 300 млн руб. из средств ОМС на предоставление услуг санаторно-курортного лечения в рамках ППГ.

Санатории оказывают пациентам спектр таких услуг (не считаются дополнительными или альтернативными), как термотерапия, гидротерапия, электротерапия, светотерапия и климатотерапия. Все виды терапии в таких санаториях предполагают использование ландшафта и природных ресурсов – минеральной воды, трав, грязи и т.д. (Bihari-Axelsson & Axelsson, 2002). В путевке всегда указан диагноз и предполагаемый курс лечения, рекомендованный пациенту, который

по приезду также в обязательном порядке проходит обследование, по окончании которого ему выдается программа лечения сроком от 10 до 24 дней. Несмотря на то, что системной оценки качества и эффективности реабилитационной и лечебной помощи, предоставляемой в санаториях, проведено не было, они по-прежнему пользуются большой популярностью пациентов. Постоянный спрос на путевки, не иссякающий год от года, свидетельствует об эффективности санаторно-курортного лечения в улучшении общего состояния работников, благодаря чему сокращается число пропущенных по временной нетрудоспособности рабочих дней (Bihari-Axelsson & Axelsson, 2002).

В свете сложностей финансирования, с которыми сталкивается сектор здравоохранения, главная задача органов власти заключается в том, чтобы обеспечить долгосрочную финансовую поддержку санаториев в их стремлении оказывать реабилитационную помощь. Существуют опасения, что санаторно-курортные учреждения могут быть переданы в частный сектор, что ограничит в них доступ граждан, которые не могут заплатить за лечение. В настоящее время Минздравсоцразвития России разрабатывает единую систему стандартов для сектора оздоровительного лечения и санаториев вне зависимости от их формы собственности. Данный документ установит стандарты качества оказания лечебно-оздоровительной помощи в санаториях для матери и ребенка, а также взрослых и детских санаториях.

5.8 Долговременная помощь

Долговременная стационарная помощь хронически больным и пожилым людям по-прежнему предоставляется стационарами, хотя и обычные больницы имеют социальные койки для престарелых. Стратегии и методы ухода за инвалидами с ограниченными умственными и физическими возможностями недействительны, в результате чего пациенты оказываются в не приспособленных для их нужд медицинских помещениях. Органы социальной защиты населения отвечают за предоставление долговременной социальной и медицинской помощи, однако они не согласовывают свои действия по оказанию этого вида помощи с департаментами здравоохранения.

Учреждения социальной защиты населения оказывают стационарную и амбулаторную долговременную помощь и уход. С 2005 года сеть такого типа учреждений медицинской и социальной помощи постоянно росла

(таблица 5.1). Несмотря на эту тенденцию, в стране все еще остается большое количество людей, нуждающиеся в долговременной помощи, которые не имеют возможности воспользоваться ею: среди взрослых – порядка 10%, среди детей – порядка 2%. Все чаще долговременную помощь пациентам оказывают родственники на дому. Кроме того, уход за больными также осуществляет ряд таких волонтерских организаций, как служба милосердия Российского Красного Креста, основанная в 1960 году. В московском отделении РКК порядка 195 медсестер-волонтеров оказывают медицинскую и социальную помощь одиноким престарелым людям с серьезными хроническими заболеваниями и инвалидам. Ежегодно медсестры помогают около 35 000 граждан (Российский Красный Крест, 2011). Многие частные компании предлагают дорогостоящие услуги сиделки, однако они оперируют только в больших городах.

5.9 Паллиативная помощь

В советской системе здравоохранения места паллиативной помощи не было, несмотря на это в октябре 1990 года в Ленинграде (Санкт-Петербурге) был открыт первый хоспис. С тех пор наблюдается рост данного вида помощи, но, вместе с тем, он все еще составляет незначительную часть всей системы, а сами хосписы или другие виды такого типа услуг представлены не во всех регионах. По данным за 2005 год всего в стране насчитывалось 33 стационарных отделения паллиативной помощи, 74 хосписа и 17 команд специалистов-консультантов, работающих в российских медицинских учреждениях, а также 22 центра по организации паллиативной помощи на региональном уровне (ЕАРС, 2006). В Москве и Санкт-Петербурге предоставление паллиативной помощи достаточно распространено, однако в целом по стране всего 7-9% нуждающихся получают ее (ЕАРС, 2006). В итоге, услуги паллиативной помощи предоставляются в РФ в недостаточном объеме: квалифицированного персонала, обладающего знаниями в области паллиативной медицины, не хватает; не все виды анальгезии разрешены законодательством; а также не в достаточной степени развиты методы оценки симптоматики, взаимосвязь между качеством жизни и лечением, барьеров, препятствующих эффективному оказанию помощи и симптоматической терапии (Novik, Ionova & Kaliadina, 2002). В РФ отсутствуют детские хосписы, кроме того, во многих регионах у врачей не имеется требуемых анальгетиков или других препаратов, используемых для оказания паллиативной помощи, в должном объеме (Anonymous, 2009a).

Таблица 5.1

Долговременная медицинская и социальная помощь, оказываемая учреждениями социальной защиты, 2004–2009 гг.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Стационарное социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов</i>						
Число учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых)	1308	1390	1507	1542	1530	1512
учреждения общего типа	708	804	928	1004	984	965
психоневрологические учреждения	442	446	455	457	474	485
реабилитационные центры для инвалидов молодого возраста	28	34	13	18	11	10
дома милосердия	103	78	79	29	29	23
геронтологические центры	27	28	32	34	32	29
Численность проживающих в этих учреждениях, тыс человек	230	235	239	241	245	244
в учреждениях общего типа	88	91	95	96	95	96
в психоневрологических учреждениях	128	129	129	131	137	136
в реабилитационных центрах для инвалидов молодого возраста	4	4	4	3	3	2
в домах милосердия	3	3	3	2	2	2
в геронтологических центрах	7	8	8	9	8	8
Число учреждений для детей-инвалидов	152	153	157	151	146	148
В них: мест, тыс	32	31	30	29	29	28
Состоит на очереди для помещения в учреждения, тыс. человек:						
для взрослых	21,2	20,9	23,2	22,0	18,3	20,8
для детей	0,7	0,9	0,7	0,8	0,8	0,5
<i>Нестационарное социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов</i>						
Число центров социального обслуживания	2082	2238	2223	2266	2264	2219
отделения временного проживания	710	716	603	576	572	523
отделения дневного пребывания	1185	1154	1099	1099	1066	1026
Число мест в отделениях						
в отделениях временного проживания	14 981	15 384	13 405	12 564	13 089	10 922
в отделениях дневного пребывания	32 084	31 141	29 844	28 300	26 806	25 529
Численность обслуженных лиц в отделениях (за год), человек:						
в отделениях временного проживания	58 671	53 902	56 090	43 798	49 228	47 197
в отделениях дневного пребывания	861 410	881 255	655 634	681 615	615 138	651 788
Число отделений социального обслуживания на дому	12 465	12 479	11 938	11 988	11 949	11 456
Численность социальных работников, фактически работающих, человек	194 450	194 543	178 579	181 726	184 147	176 363
Численность граждан пожилого возраста и инвалидов обслуживаемых на дому	1 138 977	1 147 846	1 100 881	1 107 651	1 108 200	1 100 828
Численность граждан, которым полагается обслуживание, в процентах от численности зарегистрированных	90,1	90,6	90,6	93,2	93,7	96,0

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010е.

Паллиативная помощь возникла на почве лечения онкологических заболеваний. Органы власти системы здравоохранения тесно взаимодействуют с международным хосписным движением. Порядка 90% всех услуг паллиативной помощи финансируются государством, однако, этих денег часто недостаточно, а волонтеров – мало (ЕАРС, 2006). Паллиативная медицина не признается отдельным направлением, но несмотря на это включена в программу крупных медицинских училищ, а переговоры о том, чтобы включить ее в программу обучения врачей-бакалавров все еще продолжаются. Поскольку паллиативная помощь начиналась с онкологических больных, последние в основном и принимаются хосписами, вместе с тем, в недавнее время хосписы рассматривают нужды людей с ВИЧ (Novik, Ionova & Kaliadina, 2002).

5.10 Охрана психического здоровья

Оказание услуг больным с психическими расстройствами организовано «вертикальным» способом, равно как и специализированная помощь при таких заболеваниях как диабет, туберкулез, ВИЧ/СПИД, ЗППП, онкологические и острые вирусные инфекционные заболевания. Федеральные органы власти выделяют ассигнования на охрану психического здоровья населения, а также разрабатывают законы, нормативные правовые акты и руководства для их реализации на региональном уровне. Региональные и муниципальные органы власти отвечают за распределение ресурсов и обеспечение механизма финансирования медицинских учреждений, основанного на исторически сложившихся принципах и учете таких показателей, как коечный фонд, число госпитализаций и наполняемость персоналом. Основное препятствие к уменьшению стационарного лечения больных с психиатрическими расстройствами и все большему привлечению местных сообществ, состоит в том, что медицинские учреждения заинтересованы в высоком уровне госпитализации и большом коечном фонде.

Государственным психиатрическим больницам предоставляется все меньше и меньше ресурсов, а коечный фонд сокращается, в особенности это касается специализированных клиник и амбулаторных психиатрических учреждений (таблица 5.2). Показатель числа коек в психиатрических лечебницах на 10 000 человек населения сократился на 8%. Долговременная помощь пациентам с психиатрическими заболеваниями в основном оказывается в стационарах, однако для хронических больных, требующих меньшего медикаментозного

лечения, в рамках системы социальной защиты предоставляются места в психоневрологических интернатах. Поскольку система социальной защиты получает финансирование в достаточном объеме, это позволяет психиатрическим больницам выполнять важную социальную функцию по предоставлению крова и питания уязвимым слоям населения, которым больше некуда обратиться (McDaid et al., 2006). Таким образом, пациенты с диагнозом необучаемости получают уход в интернатах – там же, где и больные с психиатрическими расстройствами, не способные жить самостоятельно. В отличие от системы здравоохранения, оказание психиатрической помощи в рамках системы социальной защиты постоянно растет. За период 2004–2009 годов общее число психоневрологических интернатов увеличилось на 10%, а число пациентов в них – на 6% (таблица 5.3).

Таблица 5.2

Психиатрическая помощь, оказываемая в учреждениях системы здравоохранения, распределение и использование ресурсов, 2000–2008 гг., выборочные годы

	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Число учреждений всего	438	445	443	423	403	402
из них число больниц	274	275	270	269	257	257
из них число диспансеров	164	170	173	154	146	145
Число отделений (кабинетов)	3451	3371	3102	–	3062	3016
Число коек всего	172 394	163 384	161 748	159 996	159 103	155 384
число психиатрических коек для взрослых	159 346	150 987	149 372	147 579	146 914	144 181
число психиатрических коек для детей	10 187	9 966	9 948	9 933	9743	9390
число психосоматических коек	2861	2431	2425	2484	2446	2263
Обеспеченность койками на 10 000 человек населения	12	11,5	11,4	11,2	11,2	11
Средняя занятость койки (дней)	330	334	333	316	331	331
Средняя длительность пребывания в стационаре (дней)	63,5	64,5	64,9	62,4	65,8	66,1

Источник: ЦНИИОИЗ, 2010.

Таблица 5.3

Психиатрическая помощь, оказываемая в учреждениях системы социальной защиты граждан (взрослых), 2004–2009 гг.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Число психоневрологических диспансеров	442	446	455	457	474	485
Численность проживающих в психоневрологических диспансерах, тыс. человек	128	129	129	131	137	136

Источник: Федеральная служба государственной статистики, 2010е.

Психоневрологические интернаты существенно отличаются от психиатрических отделений в обычных больницах или психиатрических больниц системы здравоохранения: по целям и задачам, которые интернаты ставят перед собой; контингенту больных, организации работы своих сотрудников и жизни пациентов. Таким образом, интернаты принимают людей, которые в силу психического заболевания или ограниченных возможностей не могут находиться в семье или под присмотром местного сообщества. Пациенты не проходят курса лечения. Они прибывают в интернат на постоянное проживание и поэтому понятие «выписки» для них не существует. На самом деле пациенты, принятые психоневрологическими интернатами, остаются там навсегда, в некоторых случаях – проводят всю жизнь, с самого детства. Психоневрологические интернаты предоставляют пациентам стационарный уход и проживание, а также задействуют их в некоторых хозяйственных работах.

Отраслевая программа «Реорганизация сети психиатрической помощи в РФ (2003–2008 годы)»¹⁴ ставила своей целью реорганизацию сети учреждений с целью приближения помощи к населению и ухода от традиционной системы длительного пребывания в стационарных учреждениях. Основными трудностями, с которыми столкнулись в процессе реформирования, стали: действующий финансовый механизм, учитывающий численность населения, что, в свою очередь, привело к нежеланию врачей лечить пациентов; определение размера финансирования, исходя из исторически сложившихся тенденций и норм, вместо оценки потребностей населения в психиатрической помощи и затрат на ее оказание; нормативные правовые акты, касающиеся ведения карт пациентов до госпитализации в психиатрическое учреждение; недостаточное правовое регулирование административно-финансовых функций между сектором здравоохранения и социальным, что делает перераспределение средств весьма трудным; большое количество сотрудников психиатрических больниц, которые в основном совмещают несколько должностей, чтобы получать достойную заработную плату, что в целом усложняет задачу приблизить помощь к населению; врачи в большинстве своем обладают недостаточными знаниями и умениями для того, чтобы предоставить пациентам во внебольничных условиях целый спектр эффективных медицинских и психологических техник, так необходимых при работе на уровне сообщества (McDaid et al., 2006; Jenkins et al., 2007).

¹⁴ Принята Коллегией Министерства здравоохранения РФ 11.12.2001

5.11 Стоматологическая помощь

Национальной стратегии в области оказания стоматологической помощи не существует, а Минздравсоцразвития России уделяет данному сегменту минимальное внимание. Частные клиники в основном предоставляют данный вид помощи, а население оплачивает услуги из личных средств. Стоматологическая помощь не входит в базовый набор услуг по ОМС, исключение составляют дети, ветераны и другие льготные группы населения (см. раздел 3.3.1). Стоимость стоматологических услуг для основных категорий граждан не регулируется. Граждане могут обратиться за этим видом помощи в государственные стоматологические поликлиники, стоматологические и хирургические отделения в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В сельских районах пациентам для получения стоматологических услуг иногда приходится преодолевать значительные расстояния до ближайшей больницы. С 2000 года число стоматологических поликлиник и объем оказываемой им помощи постоянно сокращался (таблица 5.4). Число стоматологических и хирургических отделений в амбулаторно-поликлинических учреждениях уменьшилось почти вдвое. Регулярные осмотры полости рта всего населения, проводимые государственными службами, сократились на 17%, причем в целом осмотры детей выросли на 14%, а среди взрослых число осмотров снизилось на 30%.

Таблица 5.4

Стоматологическая помощь, оказываемая в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, 2000–2008 гг.

	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Число самостоятельных стоматологических поликлиник	927	899	887	853	833	817
Число лечебно-профилактических учреждений, имеющих стоматологические отделения (кабинеты)	10024	9320	9235	7024	5606	5340
Число лиц, осмотренных в порядке профилактических осмотров, – всего (в тыс.)	23 234,2	21 224,6	19 908,2	19 435,9	18 929,2	18 918,4
% охвата профилактическими осмотрами всего населения	16,1	14,9	14,0	13,6	13,3	13,3
в том числе взрослых	8,9	6,9	6,3	6,2	3,8	6,1
в том числе детей	39,5	45,9	44,5	44,2	62,2	44,9
Число лиц, получивших зубные протезы, – всего (в тыс.)	2599,8	2509,4	2951,6	2121,1	2009,1	–
из них бесплатно (в тыс.)	–	1244,9	735,7	659,4	641,4	–

Источник: ЦНИИОИЗ, 2010.

6. Основные реформы здравоохранения

6.1 Анализ последних реформ

В центре внимания данной главы – реформы и инициативы, которые имели место после публикации последнего обзора по России. За более подробной информацией по предыдущим реформам, таким как введение ОМС, пожалуйста, обращайтесь к разделу 2.2 и предыдущему изданию (Трагакес, Э., Лессоф, С., 2003).

Федеральная программа дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО)

До 2005 года обеспечение льготных групп населения (например, ветеранов войны, детей-инвалидов) медицинскими препаратами финансировалось из бюджетов субъектов РФ. В 2005 году была проведена административная реформа, целью которой стало перераспределение ответственности среди различных административных уровней и, соответственно, перераспределение финансовых ресурсов. В то же самое время с принятием закона «О монетизации льгот» начались реформы в сфере социального обеспечения, предполагающих введение таких «социальных услуг», как бесплатный проезд на общественном транспорте, санаторно-курортное лечение и бесплатная лекарственная помощь амбулаторным больным. Финансирование этих услуг осуществлялось из федерального бюджета. Программа ДЛО, созданная в 2005 году, была направлена на предоставление бесплатных ЛС льготным группам населения, определяемым законом «О монетизации льгот». Сокращение перечня предоставляемых более универсальных льгот и введение адресных денежных льгот вызвало протесты среди населения. Такой реакции никто не ожидал, и в результате многие инициативы в области социальной политики были заморожены ради политической и социальной стабильности. Парадигма реформы сместилась: речь больше не шла о фундаментальных

изменениях – основное внимание уделялось увеличению государственного финансирования в области здравоохранения; а организационная реформа отошла на второй план.

В 2006 году около 14,5 млн человек (или 10% населения) получили право на ДЛЮ, но 46% из них предпочли вместо нее денежную компенсацию (Суханова, 2008). Граждане могли добровольно выходить из этой программы и получать ежемесячные «монетизированные» льготы на социальные услуги в размере месячной суммы, ежегодно устанавливаемой федеральным законом в рамках ежегодного федерального бюджетного цикла. В результате с 2006 года люди стали выходить из программы ДЛЮ; ежегодно количество участников программы уменьшается на 13–15%. В настоящее время в программе ДЛЮ осталось около 4 млн участников (см. раздел 5.6).

Система ДЛЮ начинала работать, когда врач выписывал рецепт пациенту-участнику программы. По этому рецепту можно было купить лекарства в специальной аптеке. Затем позже – иногда значительно позже – органы власти субъектов РФ компенсировали аптекам затраты на основе выписанных рецептов. Контроль в отношении количества или вида рецептов практически отсутствовал, что привело к значительному увеличению объема дорогих препаратов в РФ. В 2006 году отсутствие контроля над выписыванием рецептов, а также составление бюджета по количеству льготников, а не по категориям заболеваний или существующим потребностям, привело к огромному перерасходу бюджета ДЛЮ – на 37 млрд руб. Когда к середине 2006 года лимит бюджета был исчерпан, Правительство РФ перестало выплачивать компенсации дистрибьюторам за поставки медицинских препаратов в аптеки; большинство дистрибьюторов прекратили поставки лекарств в аптеки, и аптеки не могли больше обеспечивать медицинскими препаратами соответствующих пациентов. В результате разразился политический скандал. Правительство РФ выделило дополнительные средства на ДЛЮ и постаралось уговорить производителей и дистрибьюторов на отсрочку по выплатам. Некоторые компании аннулировали государственный долг, но полностью проблема была урегулирована лишь к декабрю 2007 года (Суханова, 2008).

Скандал с ДЛЮ заставил Правительство РФ контролировать затраты. Выписке рецептов стало уделяться гораздо больше внимания, а врачей поощряли, чтобы те использовали воспроизведенные лекарственные препараты и препараты отечественных производителей и назначали

недорогое лечение. Минздравсоцразвития России также признал, что необходимо оптимизировать закупки ЛС для удовлетворения потребностей населения. Отечественные производители фармацевтической продукции требуют от Правительства РФ, чтобы оно ввело правила, запрещающие называть конкретные лекарственные бренды или конкретных производителей в тендерах ДЛО.

В 2008 году система ДЛО была реструктурирована. Программа ДЛО была поделена на две подпрограммы: ответственность за финансирование наиболее часто используемых лекарств в основном перешла к регионам (хотя их закупка производилась на федеральном уровне), а лекарства, приобретаемые для лечения заболеваний, входящих в семь наиболее «дорогостоящих» условий (ВЗН; см. раздел 3.3.1) оплачивались отдельно федеральными органами власти (см. раздел 5.6). В «Концепции развития здравоохранения до 2020 года», подготовленной в 2008 году (см. ниже), Минздравсоцразвития России выделяет основные недостатки существующей системы ДЛО:

- система не может эффективно планировать и отслеживать затраты – подушевой норматив ДЛО не основан на оценке потребностей, а состоит из установленной ежемесячной денежной выплаты;
- ДЛО не гарантирует бесперебойную поставку препаратов группам населения, входящим в программу;
- ограничительный перечень в рамках ДЛО составлен не в соответствии с анализом клинической или экономической эффективности;
- участники программы не заинтересованы использовать бюджетные средства эффективно.

ПНП «Здоровье»

В 2005 году Президент РФ В.В. Путин объявил о четырех приоритетных национальных проектах: жилье, сельское хозяйство, образование и здравоохранение. ПНП «Здоровье» был введен в 2006 году; его цель – улучшить здоровье населения за счет усовершенствования материально-технической базы и кадровых ресурсов здравоохранения. Первоначально ПНП «Здоровье» был рассчитан на два года и включал три основных приоритетных направления: повышение качества при оказании ПМСП и в области профилактики заболеваний; улучшение доступа к услугам третичной помощи и совершенствование предоставляемых медицинских услуг в области охраны здоровья матери и ребенка. В 2008 году список этих приоритетов расширился: в него вошли меры, направленные на

снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и дорожно-транспортного травматизма. В 2009 году в этот список вошли дополнительные компоненты: меры по борьбе со смертностью от онкологических заболеваний и сокращение заболеваемости ТБ. Эти приоритетные направления были добавлены с целью понизить уровень предотвратимой смертности, которая в России очень высока (Andreev EM et al., 2003; Всемирный банк, 2005). В 2010 году в проект была включена еще одна подпрограмма по банку крови и ПНП «Здоровье» был продлен до 2013 года; в него вошли дополнительные меры в рамках тех же приоритетов, в частности, уход за новорожденными с низкой массой тела, повышение доступности медицинской помощи при лечении бесплодия, развитие неонатальной хирургии и создание системы паллиативной помощи детям. В результате, по сравнению с началом проекта расходы по ПНП «Здоровье» увеличились почти вдвое (таблица 6.1). В 2006 году расходы по ПНП «Здоровье» составляли 10% от общих расходов на здравоохранение, а в 2009 году этот показатель вырос до 14%.

Таблица 6.1

Расходы по ПНП «Здоровье», 2006–2010 гг.

	2006	2007	2008	2009	2010
Всего (млрд руб.)	87,9	117,1	131,8	148,3	160,2

Выбор приоритетов в большой степени связан с решением основных проблем, стоящих перед системой здравоохранения РФ: слабой работой сектора ПМСП, отсутствием персонала ПМСП и низкой доступности специализированной медицинской помощи. Приоритеты также отражают текущую эпидемиологическую ситуацию в стране – высокий уровень смертности как от неинфекционных болезней и несчастных случаев, так и от инфекционных болезней, особенно от ТБ; существует озабоченность из-за демографических тенденций и старения населения. Тем не менее, в ходе реализации Проекта акцент с развития ПМСП и мер по профилактике заболеваний как более эффективных способов улучшения состояния здоровья населения сместился на оказание высокотехнологичной помощи. Финансирование каждого из этих приоритетных направлений изменилось: если раньше на развитие ПМСП и мер по профилактике заболеваний направлялось 80% средств, а на развитие высокотехнологичной помощи – 20%, то позднее это соотношение составило 55% к 45% (Шейман, И.М., Шишкин, С.В., 2009). Этот сдвиг отражает также влияние и приоритеты медицинской элиты при

планировании и разработке ПНП «Здоровье». В целом, ПНП «Здоровье» был создан практически без учета возможного эффективного распределения ресурсов или повышения технической эффективности.

На ранних этапах реализации ПНП «Здоровье», благодаря дополнительным выплатам работникам ПМСП и службы скорой помощи, в этот сектор пришло пополнение врачей и медицинских сестер, что привело к значительному снижению коэффициента совместительства. Однако, этот наплыв сильно уменьшился; но до сих пор не был произведен анализ качественных изменений состава работающих в этих секторах; т.е. не был проработан вопрос – кто и с какой квалификацией пришел в ПМСП. Переоснащение сектора ПМСП новым медицинским оборудованием не всегда происходило эффективно, т.к. в бюджете медицинских учреждений не были заложены затраты на ремонт оборудования и закупку расходных материалов. Согласно данным Росздравнадзора, к концу 2007 года более 3200 единиц оборудования оказалось неиспользованным (6% оборудования было закуплено в 2006–2007 годы) из-за отсутствия необходимых комплектующих и расходных материалов (Шейман, И.М., Шишкин, С.В., 2009).

Некоторые представители медицинского сообщества критикуют строительство новых медицинских центров высоких технологий, т.к. решение об их строительстве было принято без учета загруженности уже существующих специализированных федеральных центров и средств, имеющихся в их распоряжении. Также не был продуман вопрос о подборе высококвалифицированных сотрудников для работы в этих центрах. Когда они были построены, возникла проблема привлечения высококвалифицированного персонала. Чтобы решить проблему с кадрами, в 2011 году в рамках ПНП «Здоровье» были выделены специальные средства на подготовку работников здравоохранения для работы в центрах высоких технологий.

Основным подходом в формировании здорового образа жизни стало создание новых медицинских учреждений – профилактических центров здоровья, связанных с региональными и муниципальными учреждениями по оказанию ПМСП, и закупка оборудования для них. Цель создания таких центров – ввести новые методы воздействия на отдельных людей и группы населения: расширить их осведомленность и информированность о здоровье, а также сформировать у них здоровый образ жизни. Согласно статистике Минздравсоцразвития России, в 2010 году было создано 502 профилактических центра здоровья для взрослых и 193 для детей. Посещаемость в этих новых центрах достаточно низкая. Как показывают

результаты осмотра пациентов, одна треть посетителей этих центров была отправлена на консультации к специалистам в поликлинику и около 10% – в стационар (Голикова, 2010). Вероятно, столь низкий уровень использования ресурсов можно объяснить тем, что жители недостаточно информированы о существовании подобных центров, что естественно для начального периода реализации мероприятий. Однако такие низкие показатели использования ресурсов и низкая производительность косвенно подтверждают необходимость проведения технологической оценки предложенных мер до принятия решения о включении того или иного мероприятия в ПНП «Здоровье».

Первый заместитель Председателя Правительства РФ Д.А. Медведев доложил о предварительных результатах первого года реализации ПНП «Здоровье» Государственной Думе 24 января 2007 года. Были выделены основные достигнутые результаты проекта:

- заметно увеличилось число врачей и медицинских сестер в секторе ПМСП;
- повышенную зарплату заплатили 680 000 медицинским сотрудникам (врачам ПМСП, медицинским сестрам, фельдшерам, медицинским работникам службы скорой помощи);
- 13 500 врачей ПМСП прошли курсы повышения квалификации;
- более 5500 амбулаторно-поликлинических учреждений и больниц скорой медицинской помощи были оснащены новой диагностической аппаратурой и транспортными средствами;
- период ожидания диагностических процедур сократился в среднем с 10 до 7 дней;
- время ожидания приезда скорой помощи сократилось с 35 до 25 минут.

Реализация ПНП «Здоровье» может рассматриваться как шаг вперед на пути улучшения сложившейся в последние годы ситуации с материально-техническим обеспечением и кадрами в системе здравоохранения. В соответствии с этим возможно проведение систематических реформ в области организации, управления и финансирования сектора здравоохранения. Считается, что благодаря проекту здоровье населения улучшилось; но здесь трудно понять, что этому способствовало больше: то ли реализация программ и предпринятые политические меры, то ли изменения условий жизни, которые произошли в тот же период повсеместно (см. раздел 7.4).

Пилотные региональные проекты реформ в области здравоохранения

В 2007–2008 годах в рамках ПНП «Здоровье» стартовали пилотные проекты реформ в области здравоохранения в 19 регионах (Астраханской, Белгородской, Владимирской, Вологодской, Калининградской, Калужской, Ленинградской, Ростовской, Тюменской, Самарской, Свердловской, Тверской и Томской областях; Краснодарском, Пермском и Хабаровском крае, в республиках Чувашия и Татарстан и Ханты-Мансийском автономном округе). Постановлением Правительства РФ от 19.05.2007 № 296 были введены пилотные проекты в выбранных регионах страны. В этом постановлении было определено направление преобразований в рамках региональных пилотных проектов: были установлены правила финансирования расходов по реализации проекта и список регионов-участников. Подробности этого эксперимента были представлены в приказе Минздравсоцразвития России «О реализации в 2007 году мероприятий по модернизации стационарной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения», в котором были определены основные цели модернизации системы финансирования и ожидаемые результаты по каждой из намеченных задач.

Целью этих региональных пилотных проектов было выявить приемлемые варианты для реформирования системы финансирования здравоохранения, провести сравнительный анализ финансовых реформ, выбранных регионами, и определить лучшие методы, которые могли бы быть полезны для их распространения в масштабах страны. Финансирование пилотных проектов в регионах осуществлялось на паритетных началах. Органы власти субъектов РФ, принимающих участие в проекте, заключали с Минздравсоцразвития России и ФФОМС соглашения, согласно которым были определены планируемые показатели, ожидаемые результаты и охват медицинских учреждений конкретными мероприятиями; также были установлены объемы финансирования из федеральных и региональных бюджетов. Пилотные проекты были реализованы в чрезвычайно сжатые сроки – всего за один год – с июня 2007 года по июль 2008 года. Краткосрочность проектов наложила некоторые ограничения на оценку их результатов. Это позволило провести оценку предпочтений регионов при выборе направлений реформирования и механизмов их реализации, а не реально выявить последствия введения новых методов и принципов финансирования.

Реформы системы финансирования здравоохранения проходили апробирование в следующих областях:

- переход медицинских учреждений на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС;
- оплата стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе медико-экономических стандартов и оценки качества предоставленных услуг;
- введение системы фондодержания для оплаты амбулаторной помощи;
- введение системы оплаты труда медицинских работников по результатам работы;
- улучшенная система отслеживания объема и качества оказанной медицинской помощи на основе системы персонализированного учета.

По завершении проекта ФФОМС разработал аналитический меморандум, где была дана общая оценка реализации всего проекта на основе установленных показателей (Federal MHI Fund, 2009).

Переход на одноканальную систему финансирования был опробован в 12 регионах, и намеченная цель – определенный процент отчислений средств ОМС из общего регионального бюджета на нужды здравоохранения – была практически достигнута. Во всех регионах, принявших нововведения, отмечался рост объема государственных средств, выделенных на здравоохранение и прошедших через систему ОМС в 2006–2008 годах. Увеличению объема ресурсов системы ОМС способствовали два фактора: расширение программы ОМС и увеличение тарифа на услуги, оказываемые в рамках ОМС, за счет включения дополнительных статей расходов.

В четырех из двенадцати регионов программа ОМС была расширена за счет включения в нее таких видов медицинской помощи, как скорая медицинская помощь и помощь при социально значимых заболеваниях, которые раньше финансировались из бюджета. В большинстве регионов возросли тарифы на предоставляемые услуги. Федеральное законодательство позволяет включать в тарифы ОМС лишь четыре типа затрат: зарплата, приобретение ЛС, поставки в стационар и питание пациентов в больнице. В пилотных регионах тарифы были составлены таким образом, чтобы компенсировать дополнительные статьи расхода. Существовало два способа увеличения тарифов. Первый предусматривал включать в тарифы

(в дополнение к уже упомянутым четырем) расходы на коммуникации, транспорт, обслуживание активов и др. Второй включал больше видов расходов, таких как накладные расходы, расходы на капитальный ремонт и расходы на приобретение недорогого медицинского оборудования. Наибольшей популярностью пользовался первый способ – его применили в шести пилотных регионах, и только два региона предпочли второй.

Перераспределение средств в систему ОМС было достигнуто за счет увеличения размеров взносов на неработающее население в систему ОМС из средств региональных бюджетов. В семи пилотных регионах источником увеличения взносов стал региональный бюджет, что не противоречит законодательству. В пяти регионах эта проблема была решена за счет перевода муниципальных средств в региональный бюджет для последующего их направления в систему ОМС. Этот механизм действовал на основе соглашений между региональными и муниципальными властями. Второй механизм оказался менее эффективным в силу сложности определения приемлемых методов расчета поступлений из каждого муниципалитета.

Оплата стационарной помощи была рассчитана в соответствии с нормативами финансовых затрат на основе медико-экономических стандартов. Этот компонент проекта был реализован в 13 регионах. Целью этого компонента был переход на оплату медицинской помощи с учетом устанавливаемых клиническими стандартами требований. Считалось, что на их основе можно будет рассчитать предполагаемые затраты в рамках ППГ, а также ввести единые медицинские технологии и тарифы. Клинические стандарты, которые носят рекомендательный, а не обязательный характер, представляют собой перечень медицинских услуг и ЛС, предоставляемых для лечения конкретного заболевания. Они были разработаны на федеральном уровне, в то время как расчет затрат на предоставляемые услуги проводился по регионам с учетом их финансовых возможностей и имеющихся на местах технологий. К середине 2008 года около 500 стандартов были одобрены на федеральном уровне, а еще 120 стандартов находились на стадии согласования.

В соответствии с распоряжением Минздравсоцразвития России, регулирующим проведение этого эксперимента, оплата стационарной помощи должна была осуществляться по реестрам персонифицированных счетов за каждого пациента, находившегося на лечении. В рамках этого административного распоряжения также предполагалось при оплате

медицинской помощи учитывать показатели качества и эффективности оказанной медицинской помощи. Для анализа качества результатов было предложено включить поправочные коэффициенты к тарифам: 1 – выздоровление, 0,8 – улучшение состояния здоровья, 0,75 – отсутствие изменений и 0,7 – смерть больного. Согласно оценкам ФФОМС, порядка 91% больниц, принимающих участие в эксперименте, применяли эти стандарты. Однако число стандартов, используемых на региональном уровне, сильно разнится – от 6 до 297. Были отмечены значительные различия в регионах в отношении стоимости законченного случая в рамках одной нозологической формы. Например, стоимость лечения пневмонии в регионах с одинаковыми региональными стоимостными коэффициентами варьировалась от 10 000 до 28 000 руб. Вероятно, такие значительные различия в стоимости лечения одной и той же нозологии связаны с разными методами формирования тарифов, применяемыми в разных регионах. Фактическая стоимость лечения в регионах зачастую значительно меньше стоимости, установленной в федеральных стандартах. Ни один пилотный регион не учел показатели эффективности оказания медицинской помощи, предложенные Минздравсоцразвития России.

Фондодержание и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов. В реализации этого компонента приняло участие 11 регионов; цель – укрепить позиции ПМСП. С согласия ФФОМС возможности частичного фондодержания были в равной степени предоставлены амбулаторно-поликлиническим учреждениям пилотных регионов. Частичное фондодержание было введено в 464 отделениях ПМСП при медицинских учреждениях и в 63 независимых учреждениях ПМСП. Внутриучрежденческие расчеты получили значительно меньшее распространение. Расчет между подразделениями осуществлялся лишь в 93 учреждениях ПМСП.

Реформирование оплаты труда медицинских работников. В реализации этого компонента приняло участие 14 регионов. Цель – изучить, насколько возможно заменить оплату труда, рассчитываемую по единой шкале, на новые методы оплаты, отражающие объем и качество услуг, оказываемых каждым медицинским работником. В 9 регионах были внедрены самостоятельно разработанные отраслевые системы оплаты труда медицинских работников. В четырех регионах единая ставка тарифа была дополнена стимулирующими выплатами медицинским работникам, сумма которых должна была быть определена на основе самостоятельно разработанной системы критериев результатов труда.

В ходе реализации пилотного проекта, доля медицинских учреждений в регионе, готовых перейти на новую систему оплаты труда (НСОТ), должна была достичь 43%. Однако этот показатель был значительно превышен, и в пилотных регионах 63% (599 медицинских учреждений) перешли на НСОТ в 2008 году. Такой быстрый переход большинства медицинских учреждений на новую систему произошел благодаря ассигнованию дополнительных средств на компенсационные выплаты работникам в рамках пилотного проекта. Столь широкое применение НСОТ в пилотных регионах существенно контрастирует с низким уровнем распространения НСОТ по территории всей страны (см. ниже). По данным ФГУ ЦНИИОИЗ 1718 медицинских учреждений по всей стране перешли на НСОТ в 2008 году, из них чуть менее половины – во время участия в региональном пилотном проекте. Такое значимое различие может объясняться тем фактом, что у регионов, не участвовавших в пилотном проекте, отсутствовали финансовые ресурсы, необходимые для введения новых методов оплаты труда медицинских работников.

В результате успешной реализации пилотных проектов, регионы стали продвигать и тестировать инновационные механизмы, направленные на решение застарелых проблем в области финансирования. Также было продемонстрировано, что регионы в состоянии разработать и реализовать институциональные реформы в этих целевых областях, но глубина и темпы реализации реформ варьировались среди регионов-участников; все определяла сила политической воли региональных властей в их желании реформировать систему здравоохранения (Всемирный банк, 2011а). В целом, недостатки заключались в следующем: отсутствовали методические рекомендации из федерального центра по поддержке инновационной деятельности на региональном уровне; временные рамки для реализации проекта были очень короткими, а также отсутствовал учет региональных особенностей, таких как стартовые условия и предыдущий опыт проведения реформы финансирования здравоохранения.

Объем и глубина реформы здравоохранения сильно различались по всей территории России в зависимости от готовности региональных и местных органов власти ее проводить (Шишкин, С.В., 2006; Всемирный Банк, 2011а), но доказано, что региональные системы здравоохранения можно эффективно реструктуризировать. Важно понять, что успешные реформы требуют целостного и последовательного подхода, основанного на разработке детального генерального плана по инвестициям в развитие институциональных и кадровых ресурсов. Частичные реформы приводят к нарушению баланса в системе (Всемирный банк, 2011а).

Новая система оплаты труда (НСОТ)

В 2008 году бюджетные организации в РФ официально перешли на НСОТ. Суть этой реформы заключалась в отказе ЕТС и переход на более гибкую систему начисления заработной платы, которая позволила бы в значительной степени привязать заработок к результатам труда отдельного работника, дифференцируя, таким образом, заработную плату внутри отдельных квалификационных категорий. НСОТ позволит руководителям медицинских учреждений сократить излишний персонал, а также перераспределить освободившиеся за счет этого ресурсы в пользу оставшихся работников. Ожидалось, что фонд оплаты труда бюджетных учреждений увеличится на 30%, и учреждениям, которые перешли на НСОТ, было рекомендовано, по меньшей мере, 30% от зарплаты начислять в виде стимулирующих выплат, которые не гарантированы сотруднику, а определяются по результатам его работы.

На практике переход медицинских учреждений на НСОТ прошел не так гладко по ряду причин. Из-за глобального финансового кризиса не все регионы могли выделить дополнительные средства из своих бюджетов. В результате в 2008 году лишь 20% федеральных, 12% региональных и 20% муниципальных медицинских учреждений перешли на НСОТ. Кроме того, методологическая основа для перехода на НСОТ не была достаточно разработана, а критерии и процедуры оценки деятельности медицинских работников по результатам труда не были определены. В итоге этот переход во многих учреждениях оказался исключительно формальным.

Национальная «Концепция развития здравоохранения до 2020 года»

В преддверии президентских выборов 2008 года была отмечена активизация деятельности федеральных властей в области разработки политики в сфере здравоохранения. В феврале 2008 года при Минздравсоцразвития России был создан комитет по разработке новой «Концепции развития здравоохранения до 2020 года», также был создан специальный веб-сайт для привлечения общественности к процессу формирования приоритетов в здравоохранении и направлений политики данной концепции. В течение года в коллективном обсуждении этой концепции принимали участие различные специалисты и экспертные группы, а также обычные граждане. В рамках Концепции были проведены и разработаны: подробный анализ ситуации в области здравоохранения по стране; цели здравоохранения,

которые необходимо достичь к 2020 году; задачи и конкретные меры по улучшению показателей функционирования системы здравоохранения (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2008). Проект концепции можно назвать грандиозным, чему соответствуют и задачи по улучшению показателей здоровья, особенно в свете недавнего глобального экономического кризиса. Например, к 2020 году благодаря реализации данной концепции население РФ увеличится до 145 млн человек (по состоянию на 2007 год данный показатель составлял 142 млн человек); к 2020 году средняя продолжительность жизни увеличится до 75 лет (по состоянию на 2007 год – 67,5 лет) и смертность сократится до 10 смертей на 1000 человек населения (с 14,6 смертей по состоянию на 2007 год). Если стране удастся достичь запланированных результатов, то такие быстрые и кардинальные изменения будут считаться беспрецедентными в Европе (Шейман, И.М., Шишкин, С.В., 2009).

Основными направлениями развития являлись формирование здорового образа жизни и гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью.

Формирование здорового образа жизни

В области формирования здорового образа жизни цель состоит в том, чтобы резко снизить факторы риска, влияющие на развитие неинфекционных болезней. Необходимо улучшить санитарное просвещение; установить эффективные системы мер по борьбе с вредными привычками; обеспечить здоровое питание; развивать массовую физическую культуру; снижать риск воздействия неблагоприятных факторов внешней среды; повышать мотивацию средних учебных заведений в формировании здорового образа жизни среди учащихся; поощрять граждан вести здоровый образ жизни и заставлять работодателей принимать участие в охране здоровья своих сотрудников. Реализация данных мер будет проводиться в два этапа. Во время первого этапа (2009–2015 годы) будет разработана система оценки здоровья, дано определение таких основных показателей, как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни, а также будут разработаны пилотные методы и стандарты для различных групп риска на разных этапах внедрения отдельных медико-профилактических технологий. На втором этапе (2016–2020 годы) будет разработан перечень государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи; улучшена организация медицинской помощи; усовершенствована система по предоставлению ЛС для амбулаторного

лечения; пересмотрена политика управления кадрами; модернизирована система финансирования здравоохранения; введены инновации в здравоохранении и будут более широко использоваться ИТ.

Стандарты ПГГ

Концепция предполагает использование единых национальных стандартов по оказанию медицинской помощи в качестве основы конкретизации государственных гарантий. Стандарты позволят рассчитать фактическую стоимость медицинских услуг в каждом регионе, определить затраты на реализацию федеральных и региональных программ бесплатной медицинской помощи, установить необходимое лекарственное обеспечение этих программ (перечень ЖНВЛП), обосновать подушевые нормативы финансирования и выбрать лучшие варианты для реорганизации сети здравоохранения. Также планируется провести разработку и внедрение порядков оказания медицинской помощи, что позволит оптимизировать ее этапность, обеспечить надлежащий алгоритм взаимодействия между службами здравоохранения и социальной защиты и обеспечить преемственность в ведении больного на всех этапах. Утвержденные стандарты и порядки станут основой будущего механизма контроля качества оказания медицинской помощи. По этому направлению на первом этапе (2009–2010 годы) предполагалось принятие законов о государственных гарантиях и об ОМС; создание системы мониторинга для реализации программы государственных гарантий; разработка порядков, стандартов и индикаторов качества для социально значимых заболеваний и состояний, а также пилотное внедрение регистра для больных с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В основном, все меры, предусмотренные на первом этапе, были реализованы, за исключением принятия закона о государственных гарантиях.

Совершенствование организации медицинской помощи

Совершенствование организации медицинской помощи охватывает ряд программ, направленных на развитие ПМСП, улучшение скорой медицинской помощи, совершенствование стационарного лечения, развитие патронажно-реабилитационной медицинской помощи, разработку и внедрение системы управления качеством на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи, унификацию оснащения медицинских организаций оборудованием в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, расширение самостоятельности учреждений здравоохранения и повышение их ответственности за результаты деятельности.

По данному направлению предполагалось, что в 2009–2010 годах будет создана система оперативного учета медицинской помощи, медицинских учреждений и медицинских кадров; будет улучшено планирование в сети медицинских учреждений и ресурсов системы здравоохранения; будут реализованы мероприятия в рамках ПНП «Здоровье» по профилактике и развитию ПМСП; доступность высокоспециализированной медицинской помощи возрастет; доступность и качество медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями и пациентам, пострадавшим в ДТП, будет поэтапно повышаться; а также улучшится работа службы крови. На этом этапе многое было достигнуто. Были разработаны единые методологические подходы к составлению планов по модернизации региональных систем здравоохранения, и в конце 2010 года регионы представили соответствующие планы в Минздравсоцразвития России. В конце 2010 года был принят закон, позволяющий расширить организационно-правовые формы медицинских учреждений (см. ниже).

Лекарственное обеспечение

Совершенствование системы лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении предполагает внедрение программы всеобщего обязательного лекарственного страхования, направленной на оптимальное соотношение эффективности и стоимости лечения при рациональном использовании ресурсов. Программа лекарственного страхования основана на следующих принципах: всеобщность и обязательность, инкорпорирование в программу ОМС, солидарное участие граждан на основе софинансирования предоставленных ЛС. Это направление относится к долгосрочным задачам.

Кадровые ресурсы

Совершенствование кадровой политики включает следующие меры: приведение численности и структуры медицинских кадров в соответствии с требуемыми объемами помощи; перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачами и медсестрами); повышение качества образования и подготовки в области медицины и фармацевтики; усовершенствование программ повышения квалификации медицинских и фармацевтических кадров; подготовка специалистов в области управления здравоохранением и экономики; совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических работников; а также повышение роли профессиональных сообществ в образовательной и инновационной деятельности.

На этапе 2009–2010 годов были запланированы следующие мероприятия: разработка и введение единого федерального и региональных регистров медицинских работников; формирование кадрового профиля здравоохранения регионов, разработка стандартов обучения для руководителей здравоохранения всех уровней; создание федеральных образовательных стандартов для высшего и среднего профессионального медицинского образования, а также федеральных требований к постдипломному медицинскому образованию; создание методологической базы для повышения квалификации и запуска пилотных проектов; разработка требований и правил для получения доступа к клиническим процедурам; оптимизация реализации кадровой политики через привлечение внештатных специалистов, научных сотрудников, консультантов, профессиональных медицинских объединений и ассоциаций; а также разработка проектов нормативных правовых документов, связанных с организацией и развитием профессиональных медицинских объединений. На данном этапе по этому направлению было достигнуто меньше, чем по другим направлениям.

Финансирование

Модернизированная система финансирования здравоохранения предполагала переход на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС; повышение страховых взносов работодателей; единый порядок расчета взносов на ОМС неработающего населения; переход от субсидий на покрытие дефицита региональной программы ОМС к выравниванию на основе минимального подушевого норматива, введение полного тарифа на оказанные услуги, а также внедрение новых прогрессивных методов оплаты медицинской помощи. В 2009–2010 годах планировалось разработать требования к СМО; создать экономические механизмы стимулирования деятельности СМО; разработать механизмы выравнивания регионов. Все запланированные мероприятия были реализованы, и в конце 2010 года был принят закон «Об обязательном медицинском страховании» (см. ниже).

Научные исследования и развитие.

Инновационное развитие здравоохранения предполагало создание условий для фундаментальных и прикладных биохимических исследований, для усовершенствования процесса планирования научных исследований за счет определения приоритетов и концентрации ресурсов по ключевым направлениям исследований, для формирования правительственного задания на разработку новейших медицинских технологий и новых программ фундаментальных исследований на

основе межведомственного сотрудничества научных коллективов, для реализации результатов исследований при использовании государственно-частного партнерства, для поддержки малого и среднего бизнеса в медицинской науке. В 2009–2010 годах планировалось определить основные сферы научных исследований; сформировать государственное задание для соответствующих научно-исследовательских институтов; определить механизмы мониторинга научных исследований и анализа инновационного развития; разработать методы стимулирования и поддержки развития и внедрения инноваций в здравоохранении. Практически все запланированные мероприятия на данном этапе были выполнены (кроме последнего).

Информационные технологии (ИТ)

Использование ИТ в здравоохранении предусматривало создание государственной информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи, которая обеспечит оперативный учет медицинской помощи, учреждений здравоохранения и медицинских кадров и создаст надежную основу для решения ключевых задач управления отраслью. На первом этапе (2009–2015 годы) планировалось провести общесистемный проект по утверждению, составлению технической документации и созданию пилотных зон для апробации типовых программно-технических комплексов.

Действия по реструктуризации системы здравоохранения, которые были предприняты с 2009 года, находятся в полном соответствии с основными положениями концепции, например, законы, принятые в 2010 году по ОМС и расширению организационно-правовых форм социальных учреждений, порядки оказания медицинской помощи, разрабатываемые Минздравсоцразвития России, а также разработанная концепция информатизации здравоохранения. Вместе с тем хотя концепция развития здравоохранения в целом и была одобрена в 2009 году, в 2011 году она еще не была утверждена на правительственном или министерском уровне.

Изменения законодательства по ОМС

Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (ФЗ РФ от 24.07.2009 № 212-ФЗ) предусматривает значительное увеличение взносов работодателей на ОМС работающего населения и постепенную централизацию взносов на федеральном уровне (таблица 6.2). В переходный период (2011–2014 годы)

будут снижены тарифы для отдельных категорий плательщиков, например, сельскохозяйственных производителей, ремесленников и их семей.

Таблица 6.2

Ставки взносов на ОМС (% фонда оплаты труда согласно общей схеме налогообложения), 2009–2012 гг.

	2009–2010	2011	2012
ФФОМС	1,1	3,1	5,1
Территориальные фонды ОМС	2,0	2,0	0,0

По оценкам Правительства РФ система ОМС получит 460 млрд руб. от увеличения взносов на ОМС работающих за период 2011–2012 годов (Путин, В.В., 2010). Правительство РФ утвердило следующее распределение дополнительных ресурсов:

- 300 млрд руб. будут направлены на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений на всех уровнях, в том числе на завершение ранее начатого строительства, капитальный ремонт и поставку необходимого оборудования;
- 136 млрд руб. пойдет на увеличение финансовой поддержки в соответствии с медицинскими стандартами для таких статей расходов, как заработная плата, ЛС, питание больных в стационарах, медицинские расходные материалы и др.;
- 24 млрд руб. будет выделено на введение современных ИТ-методов, включая телемедицинские системы, электронный документооборот и ведение электронных карт пациентов.

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» был принят в конце ноября 2010 года и вступил в силу 1 января 2011 года. Этот закон, в первую очередь, изменил сферу законодательного регулирования. Закон 1993 года был направлен на деятельность как ОМС, так и ДМС, а новый закон регулирует только ОМС. С 1 января 2011 года ДМС будет регулироваться в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Российской Федерации и Федеральным законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (ФЗ РФ от 27.11.1992 № 4015-1). Вместе с тем закон «Об обязательном медицинском страховании» в редакции 2011 года не изменил в целом финансовой структуры ОМС, установленной предыдущим законом

«О медицинском страховании граждан в РСФСР» (1991 года, пересмотрен в 1993 году). Как и раньше, деньги аккумулируются в фондах ОМС; территориальные фонды ОМС заключают договоры со СМО, которые, в свою очередь, платят за медицинскую помощь, оказываемую застрахованным лицам на основании договоров с медицинскими учреждениями. Однако закон вносит несколько важных изменений в распределение полномочий между федеральными и региональными уровнями государственного управления; он также изменяет роли и функции основных игроков в системе ОМС, определяет отдельные аспекты деятельности, осуществляемой основными участниками ОМС, и этапы вступления в силу настоящего закона.

Основное внимание в новом законе об ОМС уделяется финансово-административной централизации системы ОМС. Новый закон «Об обязательном медицинском страховании» обеспечивает полную централизацию средств ОМС на федеральном уровне. В соответствии с новым законом ФФОМС выполняет функции страховщика, и все средства, включая взносы из региональных бюджетов на страхование неработающего населения, принадлежат ФФОМС. Территориальные фонды ОМС только управляют ресурсами ФФОМС в части реализации базовой программы ОМС на своей территории. Все правила по реализации ОМС устанавливаются на федеральном уровне. Регионам, как и ранее, предоставлено право по расширению базовой программы ОМС за счет выделения дополнительных бюджетных средств. Только в этом случае территориальный фонд ОМС выполняет функцию страховщика в части территориальной программы ОМС, превышающей базовую программу.

Закон предусматривает значительное усиление вертикали управления. Руководитель территориального фонда ОМС назначается и освобождается от занимаемой должности главой региональной администрации по согласованию с ФФОМС. Минздравсоцразвития России и ФФОМС также имеют право направлять предложения главам региона по увольнению должностных лиц региональных органов управления здравоохранением и директоров территориальных фондов ОМС.

Закон «Об обязательном медицинском страховании» включает в себя ряд новых положений, которые не попадали под действие предыдущего закона, в том числе:

Введение новых источников финансирования системы ОМС и покрытие расходов на оказание медицинской помощи. Если Правительство РФ решает снизить тарифы на взносы ОМС, то закон предусматривает

компенсацию выпадающих доходов ФФОМС за счет средств федерального бюджета. Закон определяет случаи, при которых расходы на оказание медицинской помощи застрахованному лицу в рамках базовой программы ОМС могут быть выплачены не из средств ОМС, а из других ресурсов. Это случаи, когда требуется лечение после серьезной производственной травмы или причинения вреда здоровью застрахованного лица. Стоимость лечения, соответственно, должна быть возмещена из средств ФСС РФ в рамках обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также из личных средств гражданина, нанесшего вред здоровью;

Определение размера страховых взносов ОМС для неработающих граждан. Статья, определяющая размер взноса, содержит отсылочную норму и гласит, что тариф страхового взноса устанавливается Федеральным законом. В заключительных положениях закона, регулирующих переходный период до 2013 года, в общих чертах дается только нижний предел размера взноса, который зависит от суммы взносов, применявшихся ранее;

Усиление планирование медицинской помощи. Закон предусматривает создание региональных комиссий по разработке региональных программ ОМС, в состав которых должны входить представители регионального органа управления здравоохранением, территориального фонда ОМС, СМО и медицинских учреждений, а также представители профессиональных союзов. Комиссии принимают решения о распределении медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, между СМО и медицинскими учреждениями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, а также количества прикрепленных к амбулаторно-поликлиническим учреждениям;

Введение персонифицированного учета в системе ОМС. Закон регулирует сведения, которые подлежат сбору в системе персонифицированного учета; определяет порядок сбора, обработки, передачи и хранения информации; а также порядок взаимодействия медицинского учреждения с территориальным фондом ОМС и СМО при ведении персонифицированного учета.

Многие положения, которые ранее регламентировались подзаконными актами (постановлениями правительства, приказами ФФОМС и др.), в настоящее время представлены в законе «Об обязательном медицинском страховании», т. е. закон вобрал в себя все привычные

отношения, существующие в системе ОМС. В этом случае к основным положениям относятся:

Базовая программа ОМС. Закон повторяет основные положения ПГГ, утвержденные постановлением Правительства РФ в части ОМС, т.е. определяет различные виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифов на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи (см. раздел 3). Закон предусматривает право Правительства РФ вносить поправки в установленный перечень заболеваний и состояний, а также вносить дополнительные элементы в структуру тарифа. Как и в рамках ПГГ, в законе предусматривается расчет стоимости базовой программы на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Минздравсоцразвития России. Закон предусматривал поэтапное расширение списка статей расходов, включенных в тариф. Однако он не включает в расчеты ни капитальные затраты, ни амортизацию;

Управление средствами ОМС. В законе дан порядок сложившейся ранее практики управления фондами. Закон определяет, что Председателем правления ФФОМС является Министр здравоохранения и социального развития, назначение на должность директора территориального фонда ОМС осуществляется органами региональной власти по согласованию с ФФОМС;

Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в рамках ОМС. Этот раздел повторяет основные положения приказа ФФОМС о «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС» и предусматривает осуществление МЭК, МЭЭ страховых случаев и ЭКМП (см. раздел 2.7.2);

Регулирование деятельности СМО. Закон определяет долю средств, полученных СМО от медицинских учреждений в виде санкций за предоставление недостаточной или низкого качества медицинской помощи, которая может быть использована на финансирование их собственной деятельности. Закон также определяет административные расходы по ОМС в границах 1–2% от общей стоимости договора с территориальным фондом ОМС;

Прозрачность и доступность информации для граждан. Согласно закону основные участники ОМС (территориальные фонды ОМС, СМО и медицинские учреждения) должны размещать информацию о своей деятельности в Интернете или опубликовывать иным способом.

В отличие от предыдущего закона новый закон «Об обязательном медицинском страховании» будет вводиться поэтапно в соответствии с постепенной централизацией взносов работающего населения. Ряд статей нового закона вступят в силу с 1 января 2012 года, когда все взносы будут аккумулированы в ФФОМС. Переходный период характеризуется следующими чертами: расширением базовой программы ОМС (закон предусматривает включение скорой медицинской помощи в базовую программу ОМС с 1 января 2013 года, и с 1 января 2015 года – оказание специализированной медицинской помощи в федеральных клиниках) и реализацией программы модернизации системы здравоохранения. Закон предусматривает внедрение региональных программ модернизации системы здравоохранения и программ модернизации федеральных государственных учреждений в 2011–2012 годах. Эти программы включают финансирование материально-технической базы объектов государственного и муниципального здравоохранения, внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе помощи, предоставляемой врачами-специалистами. Региональная программа модернизации предполагает создание паспорта системы здравоохранения региона, перечень мероприятий, предпринятых для достижения вышеуказанных целей, и их стоимость; целевые значения показателей реализации программы модернизации; и показатели реализации мероприятий указанной программы. Финансирование региональных программ модернизации осуществляется ФФОМС в 2011–2012 годах, при условии, что региональные власти установят бюджет расходов на здравоохранение в объеме не менее фактических расходов на здравоохранение в 2010 году, и заключат контракты с Минздравсоцразвития России и ФФОМС. Эти программы будут финансироваться за счет страховых взносов, полученных ФФОМС.

Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»

Закон «Об обращении лекарственных средств» был принят в 2010 году (см. раздел 2.7.4). Закон ставил своей целью упорядочить процедуру допуска ЛС на рынок, регламентировать процесс стандартизации в сфере обращения ЛС и отладить механизмы вывоза и ввоза ЛС на территорию РФ.

Данный закон также стремился сделать процедуру регистрации ЛС более прозрачной на всех этапах. После вступления в силу данного закона медицинские препараты стали более доступными для сельских жителей, поскольку сотрудники ФАПов получили разрешение продавать ЛС в сельских районах в тех случаях, когда там отсутствуют аптеки. В рамках закона были отменены дополнительные клинические исследования, раньше составлявшие часть процесса регистрации ЛС, если стороны подписали соглашение о взаимном признании результатов клинических исследований. Закон предусматривает значительное усиление государственного контроля над обращением ЛС с целью оказания противодействия обороту недоброкачественной и фальсифицированной фармацевтической продукции.

Закон также охватывает область государственного регулирования цен на ЖНВЛП. По оценке Минздравсоцразвития России введение государственного регулирования цен на ЛС, входящие в перечень ЖНВЛП, не только позволило сдерживать рост цен, но и привело к их снижению. С начала 2010 года результаты ежемесячного мониторинга ценовой и ассортиментной доступности ЛС показали, что цены на препараты, находящиеся в измененном перечне ЖНВЛП, снизились. К ноябрю 2010 года цены на ЛС в России снизились в среднем на 2,7% для амбулаторных больных и на 2,5% для пациентов стационаров (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2010b).

Государство также предпринимает ряд серьезных мер по развитию отечественной фармацевтической промышленности. В 2009 году была утверждена «Стратегия развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 года», и в 2010 году была принята федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу». Целью принятой в 2009 году стратегии развития фармацевтической промышленности было заменить к 2017 году 50% инновационных воспроизведенных лекарственных препаратов отечественными ЛС, а к 2020 году 50% всех инновационных препаратов должны производиться в РФ. Для этих целей в рамках федеральной целевой программы предусмотрены крупные государственные инвестиции в фармацевтическую промышленность: 21,4 млрд руб. за период 2011–2013 годов.

Изменение правового статуса государственных и муниципальных медицинских учреждений

Существующая система бюджетных медицинских учреждений была создана в РФ, когда социально-экономическая среда была другой, но органы государственной власти продолжают поддерживать существующую систему вне зависимости от объема и качества оказываемых услуг. Важным шагом в решении этой проблемы стало принятие Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Новый закон направлен на повышение эффективности государственных и муниципальных услуг (расходы бюджета всех уровней на их предоставление должны остаться на прежнем уровне или сократиться) и оптимизацию сети учреждений, подведомственных органам исполнительной власти на всех уровнях. Это будет достигнуто за счет создания условий для сокращения внутренних издержек учреждений и привлечения ими внебюджетных источников финансирования. В настоящее время практически все медицинские учреждения финансируются из средств бюджета. Данные бюджетные учреждения не заинтересованы в повышении эффективности своей деятельности в основном из-за преобладания сметного финансирования, определяемого по фактически сложившимся расходам. Кроме того, большинство бюджетных учреждений получают высокий доход, предоставляя платные услуги. По данным Минфина России доля расходов федеральных медицинских учреждений, полученных от коммерческой деятельности, составила 30% от общего объема расходов в 2008 году.

Изменение организационно-правовой формы медицинских учреждений позволит им получить большую самостоятельность в использовании ресурсов и большую экономическую ответственность за результаты, что делает их более восприимчивыми к методам финансирования, направленных на повышение качества и эффективности их работы. Законом предусмотрены три типа государственных и муниципальных медицинских учреждений:

Казенные учреждения. Эти учреждения финансируются на основе бюджетной сметы и управляются по принципу единоначалия; руководитель или учредитель несет субсидиарную ответственность по обязательствам казенного учреждения. В соответствии с рекомендациями Минздравсоцразвития России («Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов

местного самоуправления по реализации Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ „О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений”») государственные и муниципальные учреждения, участвующие в ОМС, не могут создаваться как казенные учреждения.

Бюджетные учреждения. Они финансируются за счет субсидий, выделенных на выполнение поставленных задач, на содержание и на программы развития. Они управляются по принципу единоначалия: руководитель или учредитель не несет ответственности по обязательствам учреждения. Государственные пошлины на оказание медицинской помощи в рамках системы ОМС не устанавливаются.

Автономные учреждения. Эти учреждения финансируются учредителем через субсидии, выделенных на выполнение поставленных задач, на содержание и на программы развития. Они управляются на основе принципов коллегиальности руководителем и наблюдательным советом; учредитель не несет ответственности по обязательствам учреждения. Государственные пошлины на оказание медицинской помощи в рамках системы ОМС не устанавливаются.

Автономные учреждения имеют несколько большую, чем бюджетные учреждения, самостоятельность в экономической деятельности. Учитывая сложность предлагаемых изменений в правовом статусе учреждений, законом предусматривается переходный период (с 1 января 2011 года – даты вступления Федерального закона в силу – и до 1 июля 2012 года), который позволит как бюджетным учреждениям с расширенным объемом прав, так и казенным учреждениям функционировать в прежнем правовом режиме. В частности, в тех случаях, когда внебюджетные доходы казенных учреждений в бюджет не зачисляются, продолжают действовать ранее принятые нормативные правовые акты. По истечении переходного периода вступят в силу все основные положения ФЗ РФ № 83-ФЗ, имеющие отношение к изменению правового статуса и порядка финансового обеспечения учреждений различных типов.

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака

Распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 № 1563-р «О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы» была утверждена национальная антитабачная

кампания. В качестве целевых показателей при реализации мероприятий по снижению потребления табака в РФ на среднесрочную перспективу к 2015 году устанавливаются следующие:

- снижение распространенности потребления табака среди населения РФ на 10–15%, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами;
- снижение доли граждан, подвергающихся воздействию табачного дыма, на 50% с достижением полной защиты от воздействия табачного дыма на территориях образовательных учреждений, медицинских, физкультурно-спортивных организаций, организаций культуры и во всех закрытых помещениях;
- повышение осведомленности населения о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака, и охват антитабачной пропагандой 90% населения;
- поэтапное увеличение налога на табачные изделия, установление равных ставок акцизов для сигарет с фильтром и без фильтра, включая увеличение адвалорной и специфической ставок акцизов, с доведением до средневропейского уровня.

6.2 Перспективы развития

В настоящее время ведется работа над целым рядом законопроектов, определяющих широкий спектр направлений дальнейшего развития в области реформирования здравоохранения.

Проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Данный законопроект, принятый в первом чтении (31 мая 2011 года), представляет собой сводный документ, в котором учтены различные законы, постановления и нормативные правовые акты принятые после вступления в силу ФЗ РФ от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Документ ставит своей целью создание единого закона, расширяющего основные принципы охраны здоровья граждан, и включает:

- соблюдение прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

- доступность медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи пациенту при угрожающих его жизни заболеваниях и состояниях;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и право на отказ от медицинского вмешательства;
- соблюдение врачебной тайны;
- приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан;
- запрет эвтаназии;
- запрет на клонирование человека.

Закон также обеспечит централизацию управления здравоохранением за счет укрепления роли федерального центра и передачи полномочий по защите прав граждан на бесплатную медицинскую помощь регионам. Закон расширяет полномочия федеральных органов государственной власти и предполагает:

- установление минимальных требований к структуре и штатам медицинских организаций,
- организацию и осуществление государственного контроля над соответствием качества и безопасности оказываемой медицинской помощи, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, донорской крови и ее компонентов установленным порядкам, стандартам и техническим регламентам;
- установление квалификационных требований, предъявляемых к руководителю регионального органа управления здравоохранением и наделение комиссии Минздравсоцразвития России полномочиями по проверке соответствия кандидатов на руководящие должности установленным требованиям.

В соответствии с действующим законодательством оказание ПМСП и скорой медицинской помощи, а также оказание помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде входит в компетенцию муниципальных органов, а в рамках нового законопроекта эти функции переданы региональным органам власти. Кроме того, законопроект позволяет делегировать эти функции на региональный уровень, создавая, таким образом, потенциал для множественности различных региональных систем организации медицинской помощи.

Законопроект дает новое определение ПМСП. Действующий закон определяет подчиненность медицинских учреждений различным административным уровням в качестве критерия для определения ПМСП, включая тем самым в понятие ПМСП стационарную помощь (см. раздел 5.3), тогда как законопроект в большей степени берет за критерий технологическую составляющую оказания медицинской помощи и определяет ее как амбулаторную помощь, оказываемую врачами участковой службы и врачами-специалистами.

Проект Федерального закона впервые описывает такие концепции, как «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи», широко используемые, например, в законе «Об обязательном медицинском страховании», но никак не определены на законодательном уровне. Порядок оказания медицинской помощи определен в законопроекте, как комплекс организационных мер, направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме. Порядок оказания медицинской помощи включают в себя этапы оказания медицинской помощи, положения об организации деятельности в медицинских учреждениях, стандартам оснащения, рекомендуемых штатных нормативах. Стандарт медицинской помощи представляет собой унифицированную совокупность медицинских процедур, ЛС, медицинских изделий и других компонентов, которые используются для оказания медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии) определенной степени тяжести. Стандарт медицинской помощи включает: перечень диагностических услуг с указанием количества и частоты их предоставления; минимальный перечень ЛС, включенных в перечень ЖНВЛП с указанием суточных и курсовых доз; перечень медицинских изделий; перечень компонентов крови и препаратов крови с указанием количества и частоты их предоставления; перечень видов диетического и лечебного питания с указанием количества и частоты его предоставления.

Проект Федерального закона вносит существенные изменения в институт медицинских и фармацевтических работников с точки зрения усиления требований к претендентам на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью. В результате с 2015 года будет введена аккредитация медицинских и фармацевтических учебных заведений. Для ведения медицинской и фармацевтической деятельности кандидатам потребуется свидетельство об аккредитации специалиста, получаемого в результате прохождения процедуры определения соответствия готовности

специалиста к оказанию конкретных видов медицинской деятельности и медицинских вмешательств в соответствии с утвержденными порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Действующее законодательство не регулирует деятельность медицинских учреждений. Проект Федерального закона устанавливает права и обязанности медицинских учреждений, в которые входит осуществление медицинской деятельности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, профессиональными стандартами, техническими регламентами по обеспечению качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, санитарное законодательство, ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности и др. К числу особых нововведений относится требование к медицинским учреждениям страховать гражданскую ответственность.

В рамках действующего законодательства оказание платных медицинских услуг не регулируется. Чтобы защитить права граждан на бесплатную медицинскую помощь и провести разграничение между платной и бесплатной медицинской помощью, проект Федерального закона содержит статью о «платных медицинских услугах», в которой приводится перечень услуг, оказываемых бесплатно, а именно:

- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов для медицинского применения (в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям), не входящих в перечень ЖНВЛП;
- размещение в маломестных палатах пациентов по медицинским и/или эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- совместное нахождение одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях на протяжении всего периода лечения (с ребенком в возрасте до трех лет включительно, с ребенком старше трех лет – при наличии медицинских показаний);
- транспортные услуги при сопровождении медицинского работника в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости

проведения диагностических исследований пациента, находящегося на лечении в условиях стационара круглосуточного пребывания, при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

- транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, утилизация биологического материала;
- оказание медицинской помощи в сроки, установленные лечащим врачом по медицинским показаниям.

Законопроект определяет основные элементы систем управления качеством и безопасности медицинской деятельности, включающие (1) информационную систему, обеспечивающую учет медицинской деятельности, в том числе персонифицированный учет; (2) систему оценки деятельности медицинских работников; (3) систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Постепенный переход на аккредитацию медицинской и фармацевтической деятельности должен начаться с 2013 года, что подразумевает упразднение федерального института лицензирования. В рамках переходных положений проект Федерального закона устанавливает, что с 1 января 2013 года медицинская и фармацевтическая деятельность может осуществляться при наличии соответствующей лицензии в порядке, установленном Федеральным законом.

Для заполнения пробелов правового регулирования, в настоящее время регламентируемого подзаконными актами, проект Федерального закона детально устанавливает правовые аспекты исключительно медицинских вопросов, таких, например, как применение вспомогательных репродуктивных технологий, определение времени наступления смерти, процедуру вскрытия, критерии живорождения и выдачу медицинского свидетельства о рождении ребенка, медицинские мероприятия, в связи со смертью человека и др. Проект Федерального закона также содержит нормы, направленные на гармонизацию с международным законодательством, например, регламентирующие обращение медицинских изделий.

Проект Федерального закона о биомедицинских технологиях

В 2010 году Минздравсоцразвития России подготовил законопроект о биомедицинских технологиях¹⁵. Это первый закон, регулирующий вопросы, возникающие в связи с разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией биомедицинских клеточных технологий, а также в связи с обращением клеточных продуктов, их клинических исследований, экспертизой, производством, хранением, утилизацией, ввозом в РФ и вывозом из РФ.

Проект «Концепция создания информационной системы в здравоохранении на период до 2020 года»

Проект Концепции предполагает создание единой информационной системы здравоохранения, включающей в себя следующие компоненты:

- компонент прикладных систем участников системы здравоохранения, который обеспечивает:
 - информационно-технологическую поддержку функций органов управления в сфере здравоохранения, системы ОМС и СМО;
 - информационно-технологическую поддержку цифровых систем для получения, диагностики и архивирования медицинских изображений и данных;
 - информационно-технологическую поддержку функций медицинских и фармацевтических организаций, прикладные системы, создаваемые в их интересах, а также в интересах медицинского персонала организаций, студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных и высших профессиональных учебных заведений, научно-исследовательских организаций;
 - информирование населения и организаций посредством создания единого портала в сети Интернет на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- компонент единого информационного пространства, обеспечивающий сбор и хранение медицинской информации с использованием единой системы классификации и кодирования, предоставление данной информации и общесистемных сервисов прикладным системам участников системы здравоохранения, а также заинтересованным лицам в соответствии с их полномочиями;

¹⁵ Проект Федерального закона «О биомедицинских клеточных технологиях»

- внешний компонент, включающий информационные системы негосударственных организаций, а также частных лиц, предоставляющих гражданам и организациям информационные услуги и сервисы в области здравоохранения на безвозмездной или платной основе.

Для создания единой информационной системы предусматривается реализация ряда информационно-технологических, нормативных, методических и организационных мер:

- развитие национальной системы стандартов и технических регламентов в области информатизации здравоохранения;
- совершенствование нормативно-правового и методического обеспечения в области использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере здравоохранения;
- стимулирование медицинского и фармацевтического персонала к использованию информационных технологий, популяризация использования информационных ресурсов и сервисов среди населения;
- стимулирование внедрения информационно-коммуникационных технологий в медицинских организациях;
- организация сертификации медицинских и фармацевтических информационных ресурсов сети Интернет.

Проект Концепции предусматривает следующий социально-экономический эффект от создания и внедрения единой информационной системы:

- снижение смертности, инвалидности и осложнений, связанных с медицинскими ошибками и низким уровнем оперативности;
- предоставление полной и достоверной информации о состоянии здоровья пациентов и имеющихся ресурсах в системе здравоохранения;
- снижение дополнительных затрат на лечение несвоевременно диагностированных заболеваний, затрат, связанных с низким уровнем оперативности предоставления медицинской помощи по причине отсутствия необходимой информации, исправлением последствий медицинских ошибок, выплат по инвалидности, а также затрат, связанных с компенсационными выплатами в результате медицинских ошибок;

- повышение трудового потенциала нации за счет снижения временной и постоянной потери трудоспособности населения в результате заболеваний;
- снижение стоимости медицинской помощи за счет сокращения количества излишних лабораторных исследований и их дублирования, перехода на использование цифровых технологий при проведении радиологических исследований, снижения затрат времени медицинского персонала на поиск и доступ к необходимой информации о пациенте, подготовку учетных и отчетных документов;
- повышение качества и доступности медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения и обеспечения населения изделиями медицинского назначения за счет повышения точности планирования и распределения необходимых объемов медицинской помощи и ресурсов в системе здравоохранения;
- снижение затрат за счет централизации и сокращения дублирования компонентов вычислительной и телекоммуникационной инфраструктуры в рамках единого информационного пространства в сфере здравоохранения.

7. Оценка системы здравоохранения

7.1 Задачи системы здравоохранения

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации (1993) каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно из средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений (см. раздел 3.3.1).

Основной целью системы здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения. В рамках этой общей цели на каждом этапе развития формулируются конкретные цели. «Концепция развития здравоохранения до 2020 года» выделяет в качестве приоритетных целей улучшение показателей состояния здоровья населения, а также повышение качества и доступности бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством (см. раздел 6.1).

7.2 Система финансовой защиты и справедливость в финансировании

7.2.1 Система финансовой защиты

По данным за 2009 год личные платежи граждан составили около 28,8% от общих государственных расходов на здравоохранение РФ, что значительно превышает аналогичный показатель в других странах «Группы восьми» (см. раздел 3.2). Доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение росла в течение 1990-х годов и в 2004 году достигла максимального показателя в 33,2% (таблица 3.2). Личные платежи граждан носят ярко выраженный регрессивный характер: расходы

на здравоохранение среди бедных слоев населения составляют более высокую долю в общих расходах домохозяйств, чем у более состоятельных групп населения, возлагая тем самым большее бремя на эти слои населения. Наиболее значимой статьёй расходов населения остается приобретение препаратов, назначенных амбулаторно. Отдельные группы населения имеют право покупать препараты со скидкой (см. раздел 5.6), однако к льготной категории принадлежит всего 11% населения (Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М., 2010). С сентября 2008 года в стране отмечается рост цен на ЛС, в результате чего расходы малообеспеченных семей в среднем увеличились более чем на 1% (Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М., 2010). По этой причине Правительством РФ был предпринят ряд реформ, направленных на регулирование цен перечня ЖНВЛП (см. раздел 6.1). В настоящее время слишком рано судить о том, какое влияние оказали реформы на расходы домохозяйств.

7.2.2 Справедливость финансирования

Наблюдавшееся после распада СССР (см. раздел 3) замещение государственных расходов на здравоохранение личными расходами граждан в целом свидетельствует о тенденции к менее справедливому распределению ресурсов и создает условия к росту неравенства в финансовой доступности медицинской помощи для разных групп населения. Для России характерно крайне неравномерное распределение государственного финансирования здравоохранения по регионам страны. Несмотря на усилия федерального центра, и, прежде всего, ФФОМС, чьей основной функцией является выравнивание финансирования программы ОМС, в последние годы региональное неравенство только возрастает. В 2006 году между максимальным и минимальным уровнем государственного подушевого финансирования здравоохранения (с учетом региональных коэффициентов) была выявлена разница в 5,5 раз, а в 2009 году этот показатель вырос до 6,8. В 2009 году в Москве был зафиксирован максимальный уровень государственного подушевого финансирования (из общественных источников), который достиг 14 094 руб., а минимальный показатель был отмечен в Чукотском автономном округе в размере 2082 руб.

7.3 Опыт пациента и доступность медицинской помощи

7.3.1 Опыт пациента

Согласно опросу общественного мнения в целом население недовольно российской системой здравоохранения. По данным за 2008 год больше половины опрошенных (58%) выразили недовольство системой, при этом число удовлетворенных граждан составило 18%, а порядка 66% ответили, что ни они, ни члены их семей не имеют доступа к качественной медицинской помощи (Левада-Центр, 2009). Согласно данным Министерства регионального развития РФ 65,3% респондентов были недовольны оказанной им медицинской помощью. Степень удовлетворенности варьируется по регионам: на положительном конце шкалы – Чукотский автономный округ (57%), а на другом – Калининградская область (21,5%) (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2010а).

В рамках социологического мониторинга, проводимого Росздравнадзором, было выяснено, что к основным проблемам системы здравоохранения РФ граждане относят: высокие цены на ЛС (порядка 70% опрошенных), плохое оснащение оборудованием медицинских учреждений (порядка 45% опрошенных) и рост личных платежей населения за оказанную медицинскую помощь (порядка 35% опрошенных). Около половины всех опрошенных признались, что для оплаты медицинских услуг им пришлось бы ограничить расходы на продукты питания и товары первой необходимости. Четверть респондентов отметили, что вынуждены были оплачивать услуги в государственных учреждениях из личных средств из-за низкого качества обслуживания и плохого оснащения оборудованием. Порядка 20% граждан было отказано в оказании медицинской помощи или обследовании: наиболее часто пациентам отказывали в проведении ультразвуковых исследований (более одной трети опрошенных) и эндоскопических исследований (порядка 20% респондентов). Амбулаторным лечением были довольны около половины опрошенных, а частично довольны – порядка 20%. Уровень удовлетворенности стационарной помощью в целом был ниже: половина респондентов ответила положительно, а порядка 15% граждан остались частично удовлетворенными стационаром. Более 30% респондентов

были неудовлетворенны медикаментозным лечением, предоставленным в стационаре. Порядка половины всех опрошенных признались, что они не всегда могли приобрести препараты, выписанные врачом, главным образом, из-за их высокой стоимости (более трети респондентов).

7.3.2 Доступность медицинской помощи

Медицинский персонал и учреждения распределены по территории РФ весьма неравномерно. По данным Росстата за 2009 год средний показатель числа врачей на 10 000 человек населения в РФ составил 50,1 врача, причем данный показатель различается по регионам: в Санкт-Петербурге он достигает максимального – 87,4 врача, а в Республике Ингушетия – 25,1 врача. Распределение среднего медицинского персонала носит похожий характер: средний показатель на 10 000 человек населения в РФ составил 106,9 медсестер, причем в Чукотском автономном округе этот показатель достиг 165,3 медсестры, а в Республике Ингушетия – 55,7 (Федеральная служба государственной статистики, 2010с). Коечный фонд распределен по регионам еще менее равномерно, чем кадровые ресурсы. По данным за 2009 год средний показатель количества койко-мест на 10 000 человек населения в РФ составил 96,8 койко-мест, при этом по регионам отмечались существенные различия: в Чукотском автономном округе данный показатель достиг максимального в 177,4 койко-места, а в Республике Ингушетия – минимального в 39,8 койко-места.

Доступность медицинской помощи значительно ниже в сельских районах по сравнению с городами. По данным ФГУ ЦНИИОИЗ за 2008 год средний показатель числа врачей на 10 000 человек населения в РФ достиг 49,6 врачей, однако в сельской местности данный показатель составил лишь 12,1 врача (ЦНИИОИЗ, 2010). В 2009 году доступность койко-мест для жителей сельских районов была в 2,6 раз ниже по сравнению с городскими районами: на 10 000 человек населения приходилось 45,1 койко-мест в сельских районах и 118,3 – в городах (Федеральная служба государственной статистики, 2010с). Более того, распределение коечного фонда в сельской местности по регионам значительно различалось. В соответствии с данными ФГУ ЦНИИОИЗ в 2008 году наибольшего уровня доступности коечного фонда для сельского населения удалось добиться в Чукотском автономном округе (138 койко-мест на 10 000 человек населения), а наименьший показатель был зафиксирован в Рязанской области (6,2 койко-места на 10 000 человек населения) (ЦНИИОИЗ, 2010).

Наиболее часто медицинскими услугами пользуются люди с определенным достатком, в отличие от малообеспеченных слоев населения, хотя состояние здоровья последней категории граждан значительно хуже. По данным РМЭЗ/RLMS в случае проблем со здоровьем респонденты из обеспеченных групп чаще обращаются за медицинскими услугами, чем представители из менее обеспеченных семей. Такое положение вещей сохраняется с 2000-х годов. Таким образом, самые бедные слои населения получили медицинской помощи меньше других.

7.4 Состояние здоровья, эффективность оказания медицинских услуг и качество медицинской помощи

Показатели состояния здоровья населения значительно варьируются по регионам РФ (Федеральная служба государственной статистики, 2010b, 2010c, 2010f). Показатели перинатальной и младенческой смертности различались по регионам соответственно в 3 и 4 раза, причем речь идет о показателях, на улучшение которых система здравоохранения может повлиять в наибольшей степени. По данным за 2009 год уровень перинатальной смертности (на 1000 живорожденных) в среднем по России составил 7,8: в Ханты-Мансийском автономном округе данный показатель составил 4,7, а в Республике Ингушетия – 13,0. Показатель младенческой смертности также различался по регионам и в среднем по России составил 8,1 на 1000 живорожденных: в Ханты-Мансийском автономном округе данный показатель составил 4,0, а в Чеченской Республике – 16,6. Наивысший показатель продолжительности жизни был зафиксирован в Ингушетии (81,3 года), а наименьший – в Чукотском автономном округе (64,2 года), в среднем по России данный показатель составляет 68,7 лет (см. раздел 1.4). Существенные различия в показателях состояния здоровья населения были выявлены не только между регионами, но и между городским и сельским населением, состояние здоровья которого в России значительно хуже городского. В 2009 году уровень младенческой смертности среди сельского населения составил 9,7 на 1000 новорожденных, в то время как среди городского населения данный показатель составил 7,5. Уровень смертности работоспособного населения в сельской местности был на четверть выше аналогичного показателя для городского населения и, соответственно, составил 7,6 и 6,0 на 1000 умерших в работоспособном возрасте. В 2009 году

ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди сельского населения составила 66,7 лет и была значительно ниже по сравнению с аналогичным показателем среди горожан, который составил 69,4 лет.

В целом мужчины в РФ обладают худшим здоровьем, по сравнению с женщинами, которые в среднем живут на 12 лет дольше мужчин. В 2009 году средняя продолжительность жизни была зафиксирована на показателе 68,7 лет, причем мужчины в среднем живут 62,8 года, а женщины – 74,7 лет. Такая существенная разница среди мужчин и женщин свидетельствует, в первую очередь, о влиянии образа жизни на данный показатель, и особенно таких факторов, как злоупотребление алкоголем и табаком (см. раздел 1.4). Смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 3 раза выше аналогичного показателя для женщин. В 2009 году при общем показателе смертности в трудоспособном возрасте 6,4 смертей на 1000 человек соответствующего возраста, смертность среди мужчин составляла 10,0, среди женщин – 2,7. Данный показатель среди сельских мужчин составляет 11,4 на 1000 мужчин в трудоспособном возрасте, что на 20% выше, чем среди городских (9,4). Среди женского населения трудоспособного возраста данный показатель в сельской местности составляет 3,1 на 1000 женщин в трудоспособном возрасте, что на 25% выше аналогичного показателя среди городских женщин, зафиксированного на уровне 2,5. Продолжительность жизни мужчин в сельских районах на 2,6 года меньше по сравнению с городским населением. Разница по показателю продолжительности жизни среди сельских и городских женщин составила 1,7 лет. Сельские жители чаще находятся за чертой бедности (см. раздел 1.2), а россияне с меньшим достатком, как и везде, отличаются худшим состоянием здоровья, по сравнению с богатыми людьми. По международным меркам в России состояние здоровья населения с учетом уровня развития страны в целом и ресурсов системы здравоохранения значительно ниже, чем в странах с аналогичными показателями развития. Среди мужчин вероятность умереть в возрасте 15–60 лет в России составляет 42%, по сравнению с аналогичными показателями для США – 14,1%, Бразилии – 25,9%, Кыргызстана – 33,5% (Всемирный банк, 2011а).

Создание целостной картины влияния здравоохранения на здоровье граждан в любой стране мира сопряжено с определенными сложностями. В России об этом воздействии свидетельствуют такие данные, как улучшение показателя смертности, повышение средней продолжительности жизни, а также такие комплексные показатели, как годы жизни с учетом ее качества (QALY) (Marquez, 2008). В РФ было

проведено исследование, направленное на выявление случаев смертности, которых можно было бы избежать при условии своевременного и качественного обслуживания. Данные о предотвратимой смертности указывают на то, что система здравоохранения РФ далеко не в полной мере проводит деятельность по улучшению состояния здоровья населения. В советское время не наблюдалось роста поддающихся профилактике и лечению причин смертности, затем в 1990-е годы этот показатель постоянно увеличивался, достигнув своей максимальной отметки в 1994 году. Стабилизировать ситуацию удалось только в 1998 году, что отражается в снижении продолжительности жизни. По предварительным подсчетам устранение поддающихся профилактике и лечению причин смертности способствовало бы росту продолжительности жизни на 2,9 года у мужчин и 3,3 года у женщин, в то время как в Соединенном Королевстве отмечался рост аналогичных показателей только на 1,2 года для мужчин и 1,8 года для женщин. При условии, что система здравоохранения РФ смогла бы достичь тех же показателей состояния здоровья, как и в Соединенном Королевстве (по всем 27 состояниям, поддающимся профилактике и лечению), средняя продолжительность жизни в России увеличилась бы на 1,7 года у мужчин и 1,5 года у женщин (Andreev et al., 2003). Вместе с тем даже при таких показателях средняя продолжительность жизни у мужчин по-прежнему остается низкой, что объясняется преимущественно злоупотреблением алкоголем (см. раздел 1.4).

Вклад российской системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья граждан можно наглядно представить, обратившись к данным, свидетельствующим о значительном прогрессе в области охраны здоровья матери и ребенка, и контролю над инфекционными болезнями. Снижение показателей материнской и младенческой смертности свидетельствовало о значительных достижениях в секторе здравоохранения, осуществимых за счет создания центров перинатальной помощи и внедрению программ антенатальной помощи в рамках ПНП «Здоровье». В 2006–2009 годах уровень перинатальной смертности снизился на 18%, достигнув показателя 7,8 на 1000 живорожденных (Голикова, Т.А., 2010). Вместе с тем с 1994 года уровень перинатальной смертности постоянно снижался: многие обычные родильные дома получили доступ к современным технологиям (например, к оборудованию для спасения жизни недоношенных детей). В целом в РФ среди населения отмечалось снижение уровня смертности от ТБ на 25%, а среди заключенных, представляющих собой группу высокого риска, данный показатель снизился на 35%. Такой результат напрямую связан с систематическими усовершенствованиями лабораторной сети в государственных учреждениях противотуберкулезной

службы и стандартизации схем лечения (Маркес, П. В., 2010). По данным за 2004 год только 44% больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза прошли лечение в соответствии с принятой схемой, а в 2008 году это показатель достиг 75%, что по-прежнему ниже рекомендованного ВОЗ уровня в 85%. Таким образом, в этой области можно добиться еще бóльших результатов (Маркес, П. В., 2010).

7.5 Эффективность системы здравоохранения

7.5.1 Эффективное распределение ресурсов в системе здравоохранения

По данным Минздравсоцразвития России в 2009 году расходование средств на оказание основных видов медицинской помощи в рамках ПГГ распределялось следующим образом: на стационарную помощь – 59% средств, на амбулаторную помощь (включая помощь в дневных стационарах) – 34% и на скорую медицинскую помощь – 7% (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2010а). Однако к этим показателям необходимо относиться с определенной настроенностью. Подавляющее большинство медицинских учреждений являются объединенными учреждениями, включающими в себя стационарные и амбулаторные отделения, и реже отделения скорой помощи. При этом отсутствует единообразная методика распределения затрат объединенных учреждений по видам оказываемой помощи: стационарной, амбулаторной, скорой. Структурная эффективность системы здравоохранения может также характеризоваться распределением и использованием ресурсов в секторах стационарной, амбулаторной и скорой медицинской помощи. По имеющимся данным в российской системе здравоохранения оказание стационарной помощи занимает лидирующие позиции во многом за счет пренебрежения ПМСП. К примеру, только 12% всех врачей оказывают помощь на первичном уровне, из которых доля врачей общей практики/семейных врачей составляет 1%, участковых педиатров – 4,5%, участковых терапевтов – 6,4% (WHO Regional Office for Europe, 2009). По имеющимся данным в среднем более 92% расходов регионального бюджета приходится на стационарный сектор, а на амбулаторно-поликлинический – 5%, причем данные показатели значительно различаются по регионам. Например, расходы на стационарную помощь варьируются от 63% до 98% в зависимости от субъекта РФ (Всемирный банк, 2011а).

Помимо этого структурная эффективность косвенно характеризуется показателями использования ресурсов. В 2008 году доля госпитализированных на 100 человек населения составила 22,4 человека, что значительно выше аналогичного показателя в странах ЕС. Данные показатели свидетельствуют об избыточном использовании существующих мощностей и высоком уровне повторной госпитализации, который вкупе с высоким уровнем вызовов скорой медицинской помощи (часто к больным с обострением хронических заболеваний) указывает на неэффективность системы ПМСП. Вместе с тем необходимо также отметить, что ошибочные стимулы в системе привели к росту необоснованных госпитализаций, на которые также в определенной степени влияет и выбор самих пациентов. Считается, что врачи стационаров обладают лучшими навыками по сравнению с коллегами, работающими в амбулаторно-поликлинических учреждениях, из-за чего многие пациенты стремятся госпитализироваться. Помимо этого, в условиях стационара ЛС предоставляются бесплатно, а при амбулаторном лечении пациент должен приобретать их из личных средств (Всемирный банк, 2011а). В свете недавних реформ были предприняты попытки усилить сектор ПМСП и добиться равного распределения ресурсов на амбулаторный и стационарный сектора. Однако до сих пор нет данных, свидетельствующих об успешном проведении этих реформ.

7.5.2 Эффективность функционирования системы здравоохранения

Несмотря на то, что в системе здравоохранения РФ определенные проблемы вызваны низким уровнем государственного финансирования, очевидно, что даже при нынешнем уровне, можно достичь лучшего функционирования системы. Эффективность использования выделяемых на социальные нужды бюджетных средств, в том числе расходы на здравоохранение, остаются достаточно низкими, потому как по таким показателям состояния здоровья, как уровень смертности, РФ занимает те же позиции, что и страны, которые выделяют на здравоохранение на 30–40% меньше средств (Hauner, 2007; Маркес, П. В., 2008). Что касается уровня субъектов РФ, то в среднем многие из них могли бы добиться тех же результатов, что и наиболее эффективные регионы, сохранив при этом 26% средств (Всемирный банк, 2011а). Лучших показателей состояния здоровья за меньшие деньги добились регионы, проводившие активные реформы, и по ряду показателей при меньших физических ресурсах (Всемирный банк, 2011а).

Основную сложность на пути повышения эффективности функционирования системы здравоохранения РФ представляют методы оплаты медицинских учреждений. Применяемые методы оплаты, которые создают противоречивые стимулы для повышения эффективности. Большая часть бюджетных средств распределяется через органы местного самоуправления, исходя из числа персонала и объема коечного фонда. Таким образом, медицинские учреждения заинтересованы в поддержании избыточных мощностей, чтобы избежать сокращения финансирования. В большинстве регионов влияние системы ОМС недостаточно для того, чтобы учреждения начали более рационально использовать имеющиеся у них ресурсы. Это для лучшего обеспечения нужд пациентов вне зависимости от применяемой системы оплаты медицинской помощи по результатам. Порядка трех четвертых регионов используют тарифы ОМС, которые отчасти определяются статусом организации, а не видом лечения, что также не способствует реорганизации (см. раздел 3.7) (Tompson, 2007). ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании» (принятый в конце ноября 2010 года, вступивший в силу 01.01.2011) ставит своей задачей разрешение данных вопросов посредством введения одноканальной системы финансирования и изменения тарифной политики путем включения почти всех статей расходов в тариф (см. раздел 6.1). Если этого удастся добиться по всей стране, эффективность системы значительно повысится.

Принцип рационального использования финансовых средств был преимущественно осуществлен при организации медикаментозной помощи уязвимым группам населения в рамках ДЛЮ и других аналогичных программ. Когда данные программы были введены, в стране наблюдался стремительный рост цен на медикаменты, в ответ на который был в кратчайшие сроки осуществлен пересмотр правил назначения ЛС (см. раздел 5.6). В настоящее время проводятся меры для того, чтобы при каждой возможности заменить воспроизведенные лекарственные препараты отечественного производства патентованными (Министерство промышленности и торговли Российской Федерации, 2009).

7.6 Прозрачность и подотчетность

Минздравсоцразвития России предпринял ряд мер по усилению роли общественности в развитии стратегий здравоохранения. Это стало возможным благодаря системам консультирования в режиме онлайн.

Примером могут служить системы, использованные в процессе работы над «Концепцией развития здравоохранения до 2020 года» и другими законопроектами (см. раздел 6.1). Общественные советы при Минздравсоцразвития России и Роспотребнадзоре, в состав которых входят представители НПО, групп защиты прав пациентов и других организаций, выполняют функции официальных структур взаимодействия с общественностью. В действительности мнение данных организаций практически не учитывается. В целом общественные организации еще в меньшей степени участвуют в решении вопросов по оказанию медицинских услуг на местном уровне, а права пациентов все еще не в значительной степени учитываются системой (см. раздел 2.8).

Отсутствие прозрачности в финансировании системы здравоохранения привело к возникновению системы неформальных платежей, в частности в стационарном секторе (см. раздел 3.4.2). Еще одним фактором, отрицательно влияющим на прозрачность и подотчетность, является двухканальное финансирование, в случае которого сферы ответственности за финансирование распределены между участниками, но четко не сформулированы.

На региональном уровне также отсутствует прозрачность в отношении базового пакета льгот, позволяющего отдельным группам граждан бесплатно приобретать ЛС при амбулаторном лечении. Таким образом, население не всегда осведомлено о своих правах и льготах в данной сфере.

8. Заключение

С начала нового тысячелетия отмечалось постоянное улучшение состояния здоровья россиян, а показатель средней продолжительности жизни достиг доперестроечного уровня (1990). Общая смертность населения снизилась на 4%, причем показатель смертности среди мужчин трудоспособного возраста уменьшился на 15%, а среди женщин – на 7%. Наибольших успехов удалось добиться в области охраны здоровья матери и ребенка: уровень младенческой смертности, смертности детей в возрасте до 5 лет и материнской смертности снизился более чем в два раза (таблица 1.3). Несмотря на положительные тенденции, по всем этим показателям наблюдается сильное отставание от стран Западной и Центрально-Восточной Европы или «Группы восьми».

В системе здравоохранения РФ все еще осталось много нерешенных вопросов в сферах организации, управления и финансирования. Темпы роста личных платежей граждан на медицинское обслуживание опережали темпы роста государственных расходов на здравоохранение, что отрицательно сказалось на социальной справедливости самой системы и способствовало созданию условий для дальнейшего роста неравенства и снижения доступа к медицинской помощи, в особенности среди уязвимых групп населения. Растет неравенство как по показателям состояния здоровья, так и по ресурсному обеспечению и финансированию между регионами и различными группами населения (в частности, между сельским и городским населением). Система здравоохранения РФ все еще мало эффективна: низкий уровень государственного финансирования дополняется неэффективностью функционирования сектора (раздел 7.5). Доля расходов на стационарную помощь все еще значительно выше, чем в странах Западной Европы. Сектор ПМСП нуждается в дальнейшем развитии, о чем свидетельствует высокий уровень госпитализации и вызовов скорой медицинской помощи. В целом система ОМС не достигла поставленных целей и не смогла повлиять на улучшение функционирования системы здравоохранения. Однако после десятилетия

относительного замалчивания необходимости реформировать систему здравоохранения Правительство РФ в последние годы стало уделять больше внимания данным вопросам.

Согласно «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» основополагающим фактором дальнейшего благополучного развития страны становится состояние здоровья ее населения, а улучшение системы здравоохранения является основной задачей разрабатываемой стратегии. Данная концепция ставит решение следующих масштабных задач к 2020 году: повышение средней продолжительности жизни до 75 лет и увеличение государственного финансирования здравоохранения до 5,2% от ВВП (по сравнению с 3,4% в 2008 году).

В 2005 году была введена программа ДЛО, целью создания которой стало предоставление бесплатной медикаментозной помощи уязвимым группам населения. Достижение этой цели предполагало передачу полномочий по обеспечению программы ДЛО на федеральный уровень и увеличения ассигнований на данные цели. Большинство людей, имеющих право на бесплатные ЛС по программе ДЛО, сделали выбор в пользу получения денежных компенсаций, а не ЛС. Данный факт свидетельствует о том, что поставленные задачи не были достигнуты в полной мере и программа требует дальнейшей доработки.

В 2006 году был принят ПНП «Здоровье», направленный на решение таких задач, как укрепление сектора ПМСП, усиление профилактических мер и улучшение служб охраны здоровья матери и ребенка, а также обеспечение большей доступности высокотехнологичной помощи. Изначально Проект был рассчитан на два года, но позднее срок его действия был продлен до 2013 года. ПНП «Здоровье» был расширен за счет включения дополнительных подпрограмм по сердечно-сосудистым заболеваниям, онкологическим заболеваниям, дорожно-транспортному травматизму и развитию мер по формированию здорового образа жизни. В перспективе в результате реализации данного проекта можно было бы добиться снижения уровня материнской, перинатальной и младенческой смертности, а также смертности от ТБ. Также возможно добиться улучшений по выявлению онкологических заболеваний на ранних стадиях (Голикова, Т.А., 2010). Неоспоримым достижением проекта можно считать аккумулирование дополнительных средств на нужды здравоохранения и улучшение материально-технической базы,

что в свою очередь служит основой повышения качества и общедоступности медицинской помощи. Проект может также рассматриваться в качестве инструмента, содействующего внедрению единых подходов к разрешению основных проблем системы здравоохранения и усилению влияния федеральных органов власти. Несмотря на достижения проекта, его цели в большей степени лежали в сфере привлечения внимания к вопросам здравоохранения на государственном уровне и получения дополнительного финансирования отрасли, и в значительно меньшей степени в сфере организации, управления и финансирования системы.

В 2009 году Минздравсоцразвития России одобрил «Концепцию развития здравоохранения до 2020 года». Концепция устанавливает амбициозные цели значительного увеличения продолжительности жизни и снижения смертности за счет усиления мер по формированию здорового образа жизни и оказания медицинской помощи высокого качества. В Концепции рассматриваются различные аспекты функционирования системы. Концепция предусматривает меры по конкретизации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и балансированию государственных гарантий с объемами выделяемых на их реализацию средств. В качестве основного механизма нахождения баланса выступает введение единых для всей страны стандартов, которые будут положены в основу расчетов стоимости.

Концепция нацелена на повышение эффективности распределения ресурсов посредством усиления первичного звена, оптимизации стационарного сектора и введения системы контроля качества, основанной на использовании единых медицинских стандартов и порядков. Другим приоритетным направлением деятельности Минздравсоцразвития России является улучшение доступа всех слоев населения к рецептурным препаратам. Таким образом, Концепция предполагает введение всеобщего обязательного лекарственного страхования, охватывающего возмещение расходов на выписанные врачом медикаменты при амбулаторном лечении. Помимо этого, Концепция уделяет много внимания совершенствованию кадровой политики, предлагая перераспределение функций между врачами и медицинскими сестрами, повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров, дальнейшее развитие системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников. Концепция также рассматривает вопросы информатизации здравоохранения. В целом Концепция может служить основой проведения дальнейших правительственных реформ.

В 2010 году был принят новый закон «Об обязательном медицинском страховании» и закон «О совершенствовании правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Закон «Об обязательном медицинском страховании» предусматривает механизмы перехода от существующей ныне системы двухканального финансирования здравоохранения к преимущественно одноканальной системе и направлен на обеспечение долгосрочной финансовой стабильности системы ОМС. Закон «О совершенствовании правового положения государственных (муниципальных) учреждений» был направлен на расширение организационно-правовых форм медицинских учреждений с тем, чтобы они несли бóльшую ответственность за результаты своей деятельности и могли более гибко регулировать механизмы финансирования и управления.

Процесс дальнейшего внедрения реформ будет определяться способностью Правительства РФ осуществлять мониторинг процесса реформ, проводить критическую оценку достижения поставленных целей и запланированных показателей, а также вносить изменения, когда это необходимо. Ключом к успешному воплощению будущих реформ станет широкомасштабное вовлечение в процесс главных участников системы здравоохранения на всех уровнях, получение поддержки региональных властей и медицинской общественности.

9. Приложения

9.1 Библиография

- Andreev EM et al. (2003). The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology*, 32:437–446.
- [Anonymous] (2009a). Paediatric care under spotlight. *Russian Pharmaceutical Review*, 1:5.
- [Anonymous] (2009b). RosZdravNadzor chief slams judicial system. *Russian Pharmaceutical Review*, 1:3.
- Bihari-Axelsson S, Axelsson R (2002). The role and effects of sanatoriums and health resorts in the Russian Federation. *Health Policy*, 59(1):25–36.
- Central Intelligence Agency (2010). *The world factbook: Russia*. Washington, DC, Central Intelligence Agency (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rs.html>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).
- Chenet L et al. (1998). Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow, new evidence of a causal association. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:772–774.
- Chernichovsky D, Potapchik E (1997). Health system reform under the Russian health insurance legislation. *International Journal of Health Planning and Management*, 12:279–295.
- Danishevski K, Gilmore A, McKee M (2007). Public attitudes towards smoking and tobacco control policy in Russia. *Tobacco Control*, 17:276–283.
- DSM Group (2010). *Фармрынок России. Итоги 2009*. Москва, DSM Group.
- EAPC (2006). Russia. Brussels, Euro-Atlantic Partnership Council (<http://www.eapcnet.org/download/forpolicy/countriesrep/russia.pdf>, по состоянию на 6 ноября 2009 г.).
- Federal MHI Fund (2009). *Analytical summary of the Federal MHI Fund: results of implementation of pilot project aimed to increase quality of medical services in the regions in 2007–2008*. Moscow, Federal Mandatory Health Insurance Fund.
- Federal MHI Fund (2010). *Mandatory health insurance in the Russian Federation in 2009*. Moscow, Federal Mandatory Health Insurance Fund.
- Федеральная служба государственной статистики (2008). *Здравоохранение в России, 2007 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Федеральная служба государственной статистики (2010а). *Бюллетень «Формирование местного самоуправления в Российской Федерации»*. Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Федеральная служба государственной статистики (2010б). *Демографический ежегодник России, 2009 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.

- Федеральная служба государственной статистики (2010c). *Регионы России. Социально-экономические показатели, 2010 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Федеральная служба государственной статистики (2010d). *Российский статистический ежегодник, 2009 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Федеральная служба государственной статистики (2010e). *Социальное положение и уровень жизни населения России.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Федеральная служба государственной статистики (2010f). *Здравоохранение в России, 2009 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Федеральная служба государственной статистики (2011). *Российский статистический ежегодник, 2010 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики.
- Figueras J et al. (2004). Overview. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience.* Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies:13–32.
- Fotaki M (2006). Users' perceptions of health care reforms: quality of care and patient rights in four regions in the Russian Federation. *Social Science and Medicine*, 63:1637–1647.
- Geltzer A (2009). When the standards aren't standard: evidence-based medicine in the Russian context. *Social Science and Medicine*, 68:526–532.
- Gerry CJ, Nivorozhkin E, Rigg JA (2008). The great divide: “ruralisation” of poverty in Russia. *Cambridge Journal of Economics*, 32:593–607.
- Голикова, Т. А. (2010). *Доклад Министра здравоохранения и социального развития Голиковой Т. А. о ходе и перспективах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2011-2013 гг.* Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (выступление в Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации).
- Haaparanta P et al. (2003). *Firms and public service provision in Russia.* Helsinki, Bank of Finland, Institute for Economies in Transition (BOFIT Discussion Paper No. 16/2003).
- Hahn G (2005). Reforming the Federation. In: White S, Gitelman Z, Sakwa R, eds. *Developments in Russian Politics 6.* Basingstoke, Palgrave Macmillan:148–166.
- Hauer D (2007). *Benchmarking the efficiency of public expenditure in the Russian Federation.* Washington DC, International Monetary Fund (IMF Working Paper, WP/07/246).
- Human Rights Watch (2009). *«Кто мне скажет, что случилось с моим сыном?» Исполнение Россией решений Европейского суда по жалобам заявителей из Чечни.* New York, NY, Human Rights Watch.
- Jakab M, Kutzin J (2010). Финансовый контекст и структура расходов на здравоохранение. // Ред. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой.* Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – С.65–82.
- Jenkins R et al. (2007). Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:858–866.
- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56:171–204.

- Leon D et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984–1994: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383–388.
- Leon D et al. (2007). Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case–control study *Lancet*, 369:2001–2009.
- Левада-Центр (2009). *Здравоохранение*. Москва, Левада-Центр (<http://www.levada.ru/community.html> по состоянию на 4 июля 2012 г.).
- Manning N, Tikhonova N, eds. (2009). *Health and health care in the new Russia*. Farnham, UK, Ashgate.
- Marquez PV (2008). *Better outcomes through health reforms in the Russian Federation: the challenge in 2008 and beyond*. Washington DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (Policy Note).
- Маркес, П. В., Блисс, Энтони Дж. (2010). Опасные дороги России: проблема безопасности движения // *Информационный бюллетень региона ЕЦА: Выпуск 27*. – С:1–4. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTRUSSIANHOME/EXTRUSSIANCOUNTRIES/ECAINRUSSIANEXT/0,,contentMDK:22753477~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:488750,00.html>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- Маркес, П. В., Бонч-Осмоловский, М. (2010). Пора принимать меры: непрерывный рост цен на лекарства опустошает кошельки россиян // *Информационный бюллетень региона ЕЦА: Выпуск 19*. – С:1–4. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTRUSSIANHOME/EXTRUSSIANCOUNTRIES/ECAINRUSSIANEXT/0,,contentMDK:22591089~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:488750,00.html>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- Маркес, П. В., Лебедева, Н. (2010). Реструктуризация региональных систем здравоохранения в России // *Информационный бюллетень региона ЕЦА: Выпуск 32*. – С:1–4. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTRUSSIANHOME/EXTRUSSIANCOUNTRIES/ECAINRUSSIANEXT/0,,contentMDK:22820573~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:488750,00.html>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- Маркес, П. В. с соавт. (2010). Борьба с туберкулезом: некоторые достижения в России // *Информационный бюллетень региона ЕЦА: Выпуск 30*. – С:1–4. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTRUSSIANHOME/EXTRUSSIANCOUNTRIES/ECAINRUSSIANEXT/0,,contentMDK:22824188~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:488750,00.html>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- McDaid D et al. (2006). Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy*, 79:144–152.
- Министерство финансов Российской Федерации (2010). Стабилизационный фонд РФ. Москва, Министерство финансов Российской Федерации (<http://www.minfin.ru/ru/stabfund/about/>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2008). *Концепция развития здравоохранения до 2020 года*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (<http://www.zdravo2020.ru/concept>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2010а). *Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 г.* Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2010b). *Отчет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации за 2010 год и планы на 2011 год*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2011). *Концепция создания информационной системы в здравоохранении на период до 2020 года*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. (<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/838>, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (2008). *Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
- Министерство промышленности и торговли Российской Федерации (2009). *Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации до 2020 г.* Москва, Минпромторг России.
- Mosley P, Mussurov A (2009). *Poverty and economic growth in Russia's regions*. Sheffield, University of Sheffield (Sheffield Economics Research Paper Series, SERP No. 2009006).
- Novik AA, Ionova TI, Kaliadina SA (2002). Russia: the state-of-the-art of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 24:228–230.
- Перельман, М. И., Михайлова, Ю. В. и соавт. (2008). *Туберкулез в Российской Федерации, 2007 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации*. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Программа Всемирной организации здравоохранения по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации (ВОЗ ТБ РФ), Федеральное государственное учреждение «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» (ЦНИИОИЗ), НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова (НИИФП), ГУ ЦНИИТ РАМН, Федеральной службы исполнения наказаний России (ФСИН).
- Perlman F, Balabanova D, McKee M (2009). An analysis of trends and determinants of health insurance and healthcare utilisation in the Russian population between 2000 and 2004: the 'inverse care law' in action. *BMC Health Services Research*, 9:68.
- Фармэксперт (2009). *Фармацевтический рынок России. Итоги 2008 г.* Москва, Центр маркетинговых исследований «Фармэксперт».
- Фармэксперт (2010). *Фармацевтический рынок России. Итоги 2009 г.* Москва, Центр маркетинговых исследований «Фармэксперт».
- Путин, В.В. (2010). *Отчет Председателя Правительства РФ В.В. Путина о деятельности Правительства РФ от 20 апреля 2010 г.* Москва, Государственная Дума
- Рабцун, Е.А. (2008). Частные клиники как равноправные субъекты системы здравоохранения // *Менеджер здравоохранения: Вып. 6*. – С.62–64.
- Rusinova NL, Brown JV (2003). Social inequality and strategies for getting medical care in post-Soviet Russia. *Health*, 7:51–71.
- Российский Красный Крест (2011). Общественная благотворительная организация. Москва, Российский Красный Крест (<http://www.redcross.ru>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).

- Rutland P (2005). Putin's economic record. In: White S, Gitelman Z, Sakwa R, eds. *Developments in Russian Politics 6*. Basingstoke, Palgrave Macmillan:186–203.
- Sakwa R (2008). *Russian politics and society*. Abingdon, UK, Routledge.
- Salmi AM (2003). Health in exchange: teachers, doctors, and the strength of informal practices in Russia. *Culture Medicine and Psychiatry*, 27:109–130.
- Sheiman IM (1994). Forming the system of health insurance in the Russian Federation *Social Science and Medicine*, 39:1473–1482.
- Sheiman IM (2001). Paying hospitals in Russia. *Eurohealth*, 7:79–81.
- Шейман, И.М., Шишкин, С.В. (2009). *Российское здравоохранение. Новые вызовы и новые задачи*. Москва, Издательский дом ГУ ВШЭ.
- Shishkin SV (1998). The priorities of health care reform. *Croatian Medical Journal*, 39:298–307.
- Шишкин, С.В., отв. ред. (2003). *Неформальные платежи за медицинскую помощь в России*. Москва, Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики.
- Шишкин, С.В., отв. ред. (2006). *Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления*. Москва, Независимый институт социальной политики.
- Shkolnikov VM, Jdanov D (2010). About mortality data for Russia. Berkeley, CA: The Human Mortality Database (<http://www.mortality.org/hmd/RUS/InputDB/RUScom.pdf>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).
- Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 357:917–921.
- Шляфер, С.И. (2009). *Организация работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Результаты приема годовых статистических отчетов за 2008 год*. Москва, ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава.
- Суханова С. (2007). *Фармстандарт*. Москва, UBS (отчет для инвестиционного банка UBS).
- Суханова С. (2008). *Обзор российского фармацевтического рынка в 2008 г.* Москва, UBS (отчет для инвестиционного банка UBS).
- Tikkanen I (2005). Sectors in healthcare tourism: case Kuopio Region. *Tourism Industry and Education Symposium*, Jyväskylä, Finland 19–21 May 2005.
- Tompson W (2007). *Healthcare reform in Russia: problems and prospects*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (Economics Department Working Paper 538).
- Трагакес Э., Лессоф С. (2003). Россия // *Системы здравоохранения: время перемен*. Т. 5, № 3. – С. 1–202.
- Transparency International (2009). *Global corruption report 2009: corruption and the private sector*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Transparency International (2010). *Corruption perception index 2009*. (http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009/cpi_2009_table, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- ЦНИИОИЗ (2010). *Система здравоохранения в России, 2009*. Москва, Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения.

- Twigg JL (1998). Balancing the state and the market: Russia's adoption of obligatory medical insurance. *Europe-Asia Studies* 50:583–602.
- UNICEF (2010). *Russian Federation*. Geneva, United Nations Children's Fund (http://www.unicef.org/infobycountry/russia_statistics.html, по состоянию на 14 мая 2012 г.)
- United Nations (2004). *Russian Federation*. New York, NY, United Nations Department of Peacekeeping Operations Cartography Section.
- Vlassov V, Danishevskiy K (2008). Biomedical journals and databases in Russia and Russian language in the former Soviet Union and beyond. *Emerging Themes in Epidemiology*, 5:15 (<http://www.ete-online.com/content/5/1/15>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).
- Walberg P et al. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: a regional analysis. *British Medical Journal*, 317:312–318.
- Wegren SK (2007). Putin and agriculture. In: Herspring DR, ed. *Putin's Russia: past imperfect, future uncertain*, 3rd edn. Lanham MA., Rowman & Littlefield:147–169.
- White S (2005). The political parties. In: White S, Gitelman Z, Sakwa R, eds. *Developments in Russian Politics 6*. Basingstoke, Palgrave Macmillan:80–95.
- ВОЗ (1994). *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.
- WHO (2011). *National Health Accounts: Russian Federation*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/rus/en/>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).
- WHO Regional Office for Europe (2009). *Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation: a survey-based pilot project in two rayons of Moscow oblast*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2010). Tobacco control database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/tobacco>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2011). Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), (печатное издание, июль 2011 г.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.
- Европейское региональное бюро ВОЗ (1994). *Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.
- Всемирный банк (2003). *Текущее положение с врачебными ошибками в России*. Москва, Всемирный банк.
- Всемирный банк (2005). *Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения*. Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк.
- Всемирный банк (2009). *Противостояние «смерти на колесах». Обеспечение безопасности дорожного движения в Европе и Центральной Азии*. Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк.
- Всемирный банк (2011a). *Обеспечение условий для экономической стабильности и устойчивого экономического роста*. Москва, Всемирный банк. (Доклад об экономике России №25).
- Всемирный банк (2011b). *Продолжение реформ в условиях высоких нефтяных доходов*. Москва, Всемирный банк. (Доклад об экономике России №24).
- World Bank (2011c). World Development Indicators [база данных в режиме онлайн]. Washington, DC, World Bank (<http://data.worldbank.org/>, по состоянию на 14 мая 2012 г.).

9.2 Полезные веб-ресурсы

Официальный веб-сайт Федеральной службы государственной статистики (Росстат):

<http://www.gks.ru/> (на русском языке, частично на английском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

<http://www.minzdravsoc.ru/> (на русском языке, частично на английском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор):

<http://rosпотребнадзор.ru/> (на русском языке, частично на английском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор):

<http://www.roszdravnadzor.ru/> (только на русском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Федерального медико-биологического агентства России:

<http://www.fmbaros.ru/> (только на русском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации:

<http://portal.ffoms.ru/> (только на русском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Президента России:

<http://kremlin.ru/> (на русском языке, на английском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Официальный веб-сайт Государственной Думы Российской Федерации:

<http://www.duma.gov.ru/> (только на русском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

Российская медицинская ассоциация:

<http://www.rmass.ru/> (только на русском языке), по состоянию на 15 мая 2012 г.

9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 33 странам-членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ). В БД-ЗДВ содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом, официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из БД-ЗДВ

официально одобрены национальными правительствами. С лета 2007 года в БД-ЗДВ включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 9 глав:

1. Введение. Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. Организационная структура и управление. Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности, вовлеченности в деятельность системы здравоохранения и лечения за рубежом.
3. Финансирование. Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы предоставляются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов, о добровольном медицинском страховании, о расходах граждан и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. Материальные и трудовые ресурсы. В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения капитальных вложений, инвестиций, инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад кадровых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
5. Предоставление медицинских услуг. В этой главе основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи

и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, медикаментозной помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.

6. Основные реформы в области здравоохранения. Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение, а также анализ их дальнейшего развития.
7. Оценка системы здравоохранения. В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системы финансовой защиты и социальной справедливости при использовании средств, личного опыта пациентов и общедоступности медицинской помощи, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, показателей состояния здоровья населения, а также рассматривается вклад системы здравоохранения в улучшение данных показателей, прозрачность и подотчетность.
8. Заключение. Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
9. Приложения. Библиография, полезные ссылки на веб-адреса и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры являются источником информации для разработчиков политического курса и используются для метаанализа, то вопросу их качества придается очень большое значение. Процесс составления и редактирования обзоров сопровождается многочисленными консультациями и включает несколько этапов, за которыми следуют:

- тщательная проверка (см. следующий раздел);
- дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре;
- распространение (в виде печатных экземпляров, электронных изданий, переводов и презентаций). На всем протяжении производственного процесса редактор обзора тесно сотрудничает с его авторами, оказывая им всю необходимую помощь и обеспечивая тем самым эффективность процесса на всех его этапах.

Один из авторов обзора одновременно является сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи остальным авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят все необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут служить подспорьем как для принятия решений на национальном уровне, так и для проведения сравнительного анализа между странами.

9.4 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают редакторы серии со стороны Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их замечаниями и поправками, вносят в текст необходимые изменения. После этого текст передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своей компетенции, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

9.5 Сведения об авторах

Лариса Попович – директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики (г. Москва), руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения в рамках «Стратегии-2020» при Правительстве РФ. Работала в Российской академии наук и Российской академии медицинских наук до 1977 года. С 1997 по 2009 год занимала пост первого заместителя генерального директора медицинской страховой компании «РОСНО-МС» и была членом Совета директоров. Входила в состав рабочей группы Правительства РФ по проведению социальной реформы (2004–2006). Является членом Комитета по индустрии здоровья Российского союза промышленников и предпринимателей, экспертной группы Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, экспертного совета партии «Единая Россия» при Центре развития государственно-частного партнерства.

Елена Потапчик – ведущий научный сотрудник Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики (г. Москва). Имеет опыт работы с научно-исследовательскими институтами здравоохранения, Минздравсоцразвития России, Всемирным банком и ВОЗ. Занимается научно-исследовательской и консультационной деятельностью по вопросам экономики и управления здравоохранением по ряду проектов, проводимых при поддержке ВОЗ, Всемирного банка и Правительства РФ как на территории России, так и за рубежом.

Сергей Шишкин – научный руководитель Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики (г. Москва). Занимается научно-исследовательской и консультационной деятельностью по вопросам экономики здравоохранения по ряду проектов, проводимых при поддержке ВОЗ, Всемирного банка и Правительства РФ.

Erica Richardson – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Специализируется по вопросам мониторинга систем здравоохранения стран бывшего СССР. Почетный научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Центра российских и восточноевропейских исследований при Университете Бирмингема.

Alexandra Vacroux – исполнительный директор Центра исследований России и Евразии им. Дэвиса, Гарвардский университет. Имеет докторскую степень Гарвардского университета в области государственного управления. Провела двенадцать лет в России, осуществляя профессиональную и исследовательскую деятельность по вопросам системы здравоохранения и фармацевтического рынка РФ.

Benoit Mathivet – советник по вопросам политики здравоохранения странового офиса ВОЗ в Таджикистане, руководитель отдела анализа политики здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. Ранее занимал пост научного сотрудника Центра восточноевропейских исследований при Школе славянских и восточноевропейских исследований (Университетский колледж, Лондонский университет).

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона ВОЗ и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.healthobservatory.eu, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие документы и рекомендации по выработке политики и журнал Eurohealth.

Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

info@obs.euro.who.int

Публикации
Европейской
обсерватории по системам
и политике здравоохранения
помещены на сайте
www.healthobservatory.eu



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2002, 2006)	Республика Молдова (2002 ^g , 2008 ^g)
Австрия (2001 ^e , 2006 ^g)	Российская Федерация (2003 ^g , 2011)
Азербайджан (2004 ^g , 2010 ^g)	Румыния (2000 ^f , 2008)
Албания (1999, 2002 ^{ag})	Словакия (2000, 2004, 2011)
Андорра (2004)	Словения (2002, 2009)
Армения (2001 ^g , 2006)	Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999 ^g , 2011)
Беларусь (2008 ^g)	Таджикистан (2000, 2010 ^{gl})
Бельгия (2000, 2007, 2010)	Туркменистан (2000)
Болгария (1999, 2003 ^b , 2007 ^g)	Турция (2002 ^{gl})
Босния и Герцеговина (2002 ^g)	Узбекистан (2001 ^g , 2007 ^g)
Бывшая Югославская Республика Македония (2000, 2006)	Украина (2004 ^g , 2010)
Венгрия (1999, 2004, 2011)	Финляндия (2002, 2008)
Германия (2000 ^e , 2004 ^{ag})	Франция (2004 ^{cg} , 2010)
Грузия (2002 ^{dg} , 2009)	Хорватия (1999, 2007)
Греция (2010)	Чешская Республика (2000, 2005 ^g , 2009)
Дания (2001, 2007 ^g)	Швейцария (2000)
Израиль (2003, 2009)	Швеция (2001, 2005)
Исландия (2003)	Эстония (2000, 2004 ^{gl} , 2008)
Испания (2000 ^h , 2006, 2010)	Япония (2009)
Ирландия (2009)	
Италия (2001, 2009)	
Казахстан (1999 ^g , 2007 ^g)	
Канада (2005)	
Кипр (2004)	
Кыргызстан (2000 ^g , 2005 ^g , 2011)	
Латвия (2001, 2008)	
Литва (2000)	
Люксембург (1999)	
Мальта (1999)	
Монголия (2007)	
Нидерланды (2004 ^g , 2010)	
Новая Зеландия (2001)	
Норвегия (2000, 2006)	
Польша (1999, 2005 ^k)	
Португалия (1999, 2004, 2007, 2011)	
Республика Корея (2009)	

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» опубликованы на английском языке. Наличие версий на других языках указано следующими обозначениями:

^a албанский

^b болгарский

^c французский

^d грузинский

^e немецкий

^f румынский

^g русский

^h испанский

ⁱ турецкий

^j эстонский

^k польский

^l таджикский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» – это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы системы здравоохранения.