Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 гг. и последующие годы

(под редакцией проф. Комарова Ю.М.)

Salus populi suprema lex, Cicero
(Здоровье народа — высший закон, Цицерон)

Москва, 2013

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА

1. **Власов Василий Викторович,** доктор медицинских наук, профессор, президент общества доказательной медицины

2. **Воробьев Павел Андреевич**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя формулярного комитета РАМН

3. **Гонтмахер Евгений Шлемович,** доктор экономических наук, профессор, заместитель директора Института Мировой экономики и Международных отношений РАН, член Комитета гражданских инициатив

4. **Комаров Юрий Михайлович**, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро Исполкома Пироговского движения врачей, вице-президент Российской Медицинской Ассоциации, член Президиума Национальной Медицинской Палаты, член Комитета гражданских инициатив – руководитель группы

5. **Кравченко Наталья Александровна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом Научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова

6. **Линденбратен Александр Леонидович,** доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора Научно-исследовательского института общественного здоровья и здравоохранения РАМН

7. **Рагозин Андрей Васильевич,** кандидат медицинских наук, завлаб. проблем правового и методологического обеспечения информационных технологий в здравоохранении, НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

8. **Саверский Александр Владимирович,** юрист, Президент Лиги защитников прав пациентов

9. **Улумбекова Гузель Эрнстовна,** председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и образования, член Национальной Медицинской Палаты.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Список сокращений ……...	**4**
Резюме …….	**5**
Введение …….	**9**
Обоснование актуальности разработки Стратегии ……	**56**
Цели Стратегии …….	**148**
Приоритеты Стратегии ……	**162**
Основные направления и задачи Стратегии …….	**186**
Порядок реализации основных положений Стратегии ……	**261**
Приложения: Перспективные рекомендуемые схемы потока пациентов, сравнительный анализ стран с бюджетным финансированием здравоохранения и медицинским страхованием, мнения пациентов…..	**272**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ — амбулаторно-поликлиническое учреждение
ВВП — валовой внутренний продукт
ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВОП — врач общей практики
ВТО — Всемирная торговая организация
ГКБ —государственная клиническая больница
ГЧП — государственно-частное партнерство
ДМС — добровольное медицинское страхование
ДСГ — диагностически связанные группы
ЕС — Евросоюз
ЖКХ — жилищно-коммунальное хозяйство
ЖНВЛП — жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
КДЦ — консультативно-диагностические центры
КСГ — клинико-статистические группы
ЛС — лекарственные средства
МСЧ — медико-санитарные части
НИИ — научно-исследовательский институт
ОВП — общая врачебная практика
ОКС — общий коэффициент смертности
ОМС — обязательное медицинское страхование
ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни при рождении
ПГГ — Программа государственных гарантий
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь
РАМН — Российская академия медицинских наук
РАН — Российская академия наук
СМО — страховая медицинская организация
СМП — скорая медицинская помощь
ФАП — фельдшерско-акушерский пункт
ФЗ — федеральный закон
ФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ — фонд оплаты труда
ЦВМТ — центры высоких медицинских технологий
ЦРБ — центральная районная больница
ISO — International Organization for Standardization (ИСО — Международная организация по стандартизации)
WONCA — World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, or World Organization of Family Doctors — Всемирная организация по семейной медицине

РЕЗЮМЕ

Актуальность разработки настоящей «Стратегии охраны здоровья населения в РФ» (далее — Стратегия), подготовленной группой экспертов Комитета гражданских инициатив А.Л.Кудрина, обусловлена необходимостью существенного улучшения состояния здоровья населения нашей страны. Так, несмотря на улучшение ряда медико-демографических показателей, достигнутое за последние 6 лет: ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) по неустановленным пока причинам возросла на 5 лет, общий коэффициент смертности (ОКС) снизился на 16%, младенческая смертность снизилась на 35%, сегодня по этим характеристикам **РФ продолжает существенно отставать от развитых стран**. Так, ОКС в России почти **на 30% выше**, чем в странах Евросоюза в среднем (соответственно, 13,5 и 9,7 на 1 тыс. населения), а ОПЖ **на 10 лет ниже** (соответственно, 70,3 и 80 лет). Вместе с тем, именно здоровье населения существенным образом определяет жизнеобеспечение, экономический потенциал страны и рост ВВП. Имеются доказательства того, что увеличение ОПЖ населения РФ хотя бы до уровня 74 лет, может обеспечить рост ВВП на **6%** ежегодно. А это важно, особенно в связи с предстоящим значительным сокращением естественного прироста населения.

Необходимость улучшения здоровья населения РФ очевидна и она определена в указах Президента РФ от 7 мая 2012 г. В этих документах запланировано, что к 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна достичь **74 лет**, а численность населения – **145 млн. человек**. Реализация этих амбициозных целей **в срок за 5 лет невозможна без стратегического подхода и консолидации усилий законодательной и исполнительной власти, а также экспертного сообщества и всего населения.**

Следует отметить, что Минздравом России была разработана и утверждена Правительством РФ Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения до 2020 г.». Эта программа определила ряд важных направлений в здравоохранении (формирование здорового образа жизни у населения; профилактика и раннее выявление заболеваний; ликвидация дефицита медицинских кадров и повышение их квалификации и др.). **Однако она не может рассматриваться как Стратегия**, поскольку лишена комплексности и межведомственного подхода, а также имеет риски реализации в связи с недостаточным финансированием. Отсутствие общенациональной Стратегии

охраны здоровья населения препятствует достижению целей по улучшению здоровья населения РФ, разработке региональных стратегий, что в целом существенно **снижает эффективность государственной политики в этой сфере**.

Настоящая Стратегия разработана коллективом экспертов, системных аналитиков в области общественного здоровья и здравоохранения. Документ базируется на оценке и анализе отечественного и зарубежного опыта, что подтверждается материалами Стратегии, а также на научных и экспертных данных. Стратегия прошла обсуждение среди многих специалистов, организаторов здравоохранения, практикующих врачей, представителей обществ пациентов. Этот документ может рассматриваться **как основа для разработки общенациональной долгосрочной Стратегии** охраны здоровья населения до 2020 г. и на последующие годы. В представленном документе обоснована актуальность разработки Стратегии, сформулированы основные проблемы отрасли и внешние вызовы, на которые необходимо ответить, а также изложены основные принципы, приоритетные направления и задачи охраны здоровья граждан в РФ. Интегральные цели **«Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 гг**.» — увеличение ожидаемой продолжительности жизни российских граждан с нынешних **70,3** до **74-75 лет** за счет снижения смертности и значительное повышение доли населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи. Особенность данной Стратегии состоит в том, что она предусматривает не отдельные мероприятия в части лечения пациентов, а **взаимосвязанный комплекс мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения в целом**: условия для ведения здорового образа жизни, благоприятная среда проживания, здоровое и качественное питание, безопасные условия труда на производстве, мотивация населения к сохранению своего здоровья, а также доступность и качество медицинской помощи заболевшим. Главный акцент в части медицинской помощи сделан **на обеспечении широкой доступности бесплатной первичной медико-санитарной помощи и лекарственных средств для населения**, а в дальнейшем и всех видов медицинской помощи. В документе научно обоснованы необходимые объемы и источники финансирования государственной системы здравоохранения (не менее **7% ВВП** или **4 трлн руб**. в ценах 2011 г.) при жестком общественном контроле за распределением финансовых потоков, в том числе предложено перейти на государственно-бюджетную модель финансирования, как более экономичную и прозрачную, с широким использованием договорных

отношений. Однако, с учетом имеющихся финансово-экономических затруднений в стране предусмотрена возможность поиска внутренних резервов за счет более рациональной организации системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи, концентрирования усилий на выделенных приоритетах, прозрачности финансовых потоков и перехода на адекватную нынешней ситуации менее затратную модель здравоохранения. Стратегия ориентирована на человека (пациента), учитывает особенности всех групп населения, однако особый акцент пока сделан на охране здоровья детей и граждан трудоспособного возраста, а в дальнейшем — на дополнительных мерах по обеспечению медико-реабилитационной помощью граждан старшей возрастной группы и инвалидов. Особое внимание уделено ключевым вопросам — квалификации медицинских кадров и эффективности управления. В Стратегии представлено экспертное видение перспективной модели здравоохранения, т.е. какой она должна быть в нашей стране с максимальной пользой для граждан в условиях реальной финансовой возможности страны.

Основными принципами данной Стратегии являются солидарность, социальная справедливость, равенство, паритет ответственности государства, работодателей и населения, бесплатный доступ всего населения к возможностям охраны здоровья и качественной медицинской помощи, открытость и публичность обсуждения решений, а также честность и компетентность руководителей отрасли. Девиз Стратегии: **«Все – во имя человека**!» означает, что фокусирование всей системы охраны здоровья должно быть на человеке (на его потребностях быть здоровым и меньше болеть). В документе выделено 7 основных направлений:

1. Разработать и реализовать Национальную (межведомственную, межсекторальную) программу охраны здоровья населения РФ.
2. Увеличить объемы и улучшить механизмы финансирования системы здравоохранения.
3. Увеличить доступность первичной медико-санитарной помощи, лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях и восстановить в определенной мере систему муниципального здравоохранения.
4. Оптимизировать численность медицинских кадров по специальностям и устранить их дефицит в первичном звене и на селе, повысить квалификацию медицинских кадров.

5. Обеспечить доступность квалифицированной медицинской помощи, реабилитационной и паллиативной помощи, а также услуг по долговременному уходу для пациентов, не способных к самообслуживанию.

6. Повысить эффективность управления здравоохранением, в том числе совершенствовать законодательную базу.

7. Развивать независимые профессиональные общественные и медицинские организации.

Реализация такой комплексной Стратегии потребует вовлечения законодательной и исполнительной власти на всех уровнях (муниципальном, региональном и федеральном), работодателей и общественных организаций. При этом Министерство здравоохранения РФ должно осуществлять инициирующую и координирующую роль. Значимость целей и межведомственный подход, определенные в Стратегии, потребуют личного и постоянного контроля со стороны Президента РФ – это главное условие достижения успеха на пути улучшения здоровья населения. Если данная Стратегия будет реализована, то это позволит существенно повысить ОПЖ граждан нашей страны, соответственно увеличить число трудоспособных лиц для выполнения программы создания новых рабочих мест, что позволит обеспечить ежегодный рост ВВП. В результате будет существенно улучшена социально-экономическая ситуация в стране, что особенно важно в условиях вероятного развития мирового экономического кризиса и снижения доходов населения. В Стратегии здравоохранение представлено в качестве системы социального выравнивания (перед болезнью и смертью все равны) и потому может содействовать уменьшению напряженности в обществе и снижению доли неудовлетворенных пациентов и медицинских работников.

ВВЕДЕНИЕ

В принципе, в основе жизни людей, независимо от национальной и религиозной принадлежности, находятся жизненные запросы, без которых жизнь и развитие невозможны. Их всего четыре: жилье — семья, здоровье — экология, образование — культура, работа — самореализация.

Здоровье народа — это важнейший индивидуальный и общественный ресурс, и потому государство и общество должны быть заинтересованы в увеличении числа здоровых граждан и с позиции экономики, и с социальных позиций. Ведь главным образом здоровые люди способны созидать, строить, восстанавливать, защищать, создавать возможности для содержания социально уязвимых групп населения и давать здоровое потомство. Президент РФ В.Путин заявил: «Именно образованные, творческие, физически и духовно здоровые люди, а не природные ресурсы или ядерное оружие будут главной силой России этого и последующих веков». Очень верные слова, только жаль, что они отнесены к будущему. Необходимость улучшения здоровья населения РФ определена и в указах Президента РФ от 7 мая 2012 г. В этих документах запланировано, что к 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна достичь **74 лет**, а численность населения – **145 млн. человек**, в том числе за счет снижения смертности. Несмотря на естественную убыль (число умерших превышает число родившихся), численность населения пока возрастает за счет положительного сальдо миграции (которое постепенно уменьшается), однако качественный состав уезжающих и прибывающих очень сильно разнится. Достижение отмеченных амбициозных показателей **в срок за 5 лет невозможно без комплексного подхода** и без установления приоритетов, решения конкретных задач, охватывающих все факторы, которые определяют здоровье населения, без формирования соответствующих механизмов и индикаторов для контроля, а также определения персональной ответственности исполнителей за достижение поставленных целей и решения конкретных задач. Сегодня такая Стратегия охраны здоровья населения РФ с ее концептуальными положениями пока **не разработана**.

Стратегия определяет перспективные вехи и ориентиры, к достижению которых следует стремиться. Образ будущей системы охраны здоровья и системы оказания медицинской помощи представлены в виде перспективных моделей, показывающих, какой авторы этого документа хотели бы видеть свою страну в

обозримом будущем. Настоящая Стратегия может быть на практике реализована путем разработки и выполнения конкретной Национальной программы охраны здоровья и отдельных проектов по конкретным разделам Стратегии, в первую очередь исходя из выделенных приоритетов. В ее основу были положены мировые тенденции в здравоохранении, мировой и отечественный опыт, исторический анализ, в частности, программное выступление на X Пироговском съезде врачей в 1907 г. доктора А.И.Шингарева «Общественная медицина в будущем демократическом строе России» (элементы демократического строя сейчас появились, но что происходит с общественным здравоохранением?) и идеи Н.И. Пирогова об этапности медицинской помощи, результаты научных исследований и диссертационных работ, анализ публикаций, результаты опросов общественного мнения, аккумулирование своего и стороннего опыта, представления о том, какой должна быть охрана здоровья населения на перспективу для удовлетворения граждан и, в том числе, медицинских работников. В документе преломилось мнение многих специалистов. Именно поэтому к данному документу не следует относиться как к программе действий или как к плану мероприятий. Скорее всего, в нем представлены экспертные рассуждения на тему о том, какой в нашей стране хотелось бы видеть на перспективу охрану здоровья и организацию медицинской помощи, в наиболее приемлемом для граждан виде.

В конечном итоге все преобразования в системе охраны здоровья должны отвечать двум главным критериям: хорошо ли будет от этого с одной стороны населению и, в частности, пациентам, а с другой стороны – врачам, медсестрам и другим медработникам. Что они от этих преобразований получат и устроит ли их это? При этом нужно помнить, что охрана здоровья — это «живая» система, и ошибки в реализации Стратегии могут отразиться на многих людях и даже поколениях, на их здоровье. Кроме того, **охрана здоровья — это система социального выравнивания** в любом обществе, которая восстанавливает утраченную социальную справедливость. В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе (2012) содержится выработка перспективного курса до 2020 г. на благополучие, исходя из целевых ориентиров, обоснования благополучия и его прямой связи с основами политики «Здоровье-2020». В этом документе речь идет **не о развитии учреждений и служб здравоохранения**, а об **улучшении здоровья** через повышение благополучия и улучшение условий

жизни, а мониторинг и анализ результатов по этому докладу будет осуществлять Отдел информации, научного анализа и инноваций ЕРБ ВОЗ.

В соответствии с Руководством по социальной ответственности (международный стандарт ISO 26 000:2010), устойчивое развитие основано на поддержании здоровых экосистем, социальной справедливости, на хорошем организационном управлении, прозрачном и этичном поведении и включает в себя здоровье, качество жизни, благосостояние общества в сочетании с социальной справедливостью как способа выражения широких ожиданий общества. В этом стандарте, который может быть положен в основу развития нашей страны в целом, разделы 6.7.4, 6.8, 6.8.8 имеют непосредственное отношение к охране здоровья. И уже в развитие этого стандарта в феврале 2013 г. в Женеве состоялось совещание представителей 27 стран под эгидой ВОЗ и Всемирного банка, на котором рассматривались практические вопросы универсального покрытия расходов на здравоохранение (Universal Health Coverage) из общественных фондов и перевода этой проблемы из отраслевого ведения на **политический** уровень.

В Стратегии охрана здоровья, за которую несет ответственность государство в соответствии со статьей 7 Конституции РФ, отделена от традиционного понимания здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь (медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, медицинский уход и паллиативную помощь), за которую в соответствии с утвержденным положением несет ответственность отраслевое министерство. **Охрана здоровья** представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Несмотря на кажущуюся сложность этой дефиниции, она наиболее полно отражает существо системы охраны здоровья, ее комплексность, межведомственность/межсекторальность и государственность. Эта система выходит далеко за пределы рамок собственно здравоохранения, как одной из важнейших отраслей, т.е. является более широкой и более приближенной к населению.

Некоторые ошибочно полагают, что охрана здоровья — это надуманная система, существующая скорее виртуально, чем в реальной действительности,

поскольку она не имеет своей структуры, т.е. набора соответствующих учреждений. Вместе с тем, система охраны здоровья является функциональной системой со своим координирующим и управляющим органом. Как видно, целью системы охраны здоровья является создание необходимых условий для сохранения и улучшения здоровья населения и для ведения им здорового образа жизни. Фактически это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в каждом конкретном месте проживания людей по критерию здоровья. Поэтому неспроста в пункте 1 статьи 41 Конституции РФ медицинская помощь и охрана здоровья обозначены раздельно, что конституционно подтверждает их полную неидентичность. Фактически утрата здоровья людей формируется вне традиционного здравоохранения, которое затем занимается «ремонтными работами», пытаясь восстановить утраченное здоровье. В Канаде, например, здравоохранение выходит за рамки только медицинских аспектов и отражает ключевые социальные ценности общества, т.е. соответствует представлениям о системе охраны здоровья.

Что же касается российского здравоохранения, под которым в узком смысле понимаются все аспекты медицинской помощи, дополненные пропагандой здорового стиля (образа) жизни (Healthy Lifestyle), то его целью является предупреждение болезней медицинскими средствами, полное или частичное восстановление (при возможности) здоровья в случае его утраты и трудоспособности по медицинским показаниям у работающих. За такое здравоохранение несет ответственность отраслевое министерство. Однако отраслевой министр определяет задачи самого здравоохранения в виде снижения заболеваемости и смертности, на что здравоохранение оказывает минимальное влияние, вместо таких показателей как сохраненный жизненный потенциал, число вылеченных больных и, вообще, исходы лечения и результаты оказания медицинской помощи населению. Минздрав РФ весьма часто использует термин «система охраны здоровья», например, в ФЗ №323, хотя практически весь закон посвящен различным аспектам медицинской помощи. На самом деле Минздрав должен заниматься стратегическими вопросами развития здравоохранения и стратегическим его планированием в стране, однако, судя по плану его деятельности до 2018 г., предпочтение отдается решению некоторых тактических проблем, обозначенных в виде так называемых «ключевых событий». В этом плане отраслевые функции и функции государства во многих пунктах перепутаны. Так, ответственность за улучшение здоровья в стране, повышение

ожидаемой продолжительности жизни (в соответствие с указами Президента РФ от 7 мая 2012 г №№ 598 и 606) и за создание условий для здорового образа жизни возлагается на одного из заместителей министра здравоохранение РФ, а на другого заместителя министра возложена ответственность за финансирование здравоохранения. Все это говорит о нежизнеспособности этого плана, а до 2018 г. пока еще далеко. Вообще, сейчас очень модно в «новаторском» стиле использовать для обычных и понятных действий новомодную терминологию, типа «ключевое событие», «главная дорога», «дорожная карта», «научная платформа», «переформатирование процесса», «стандартизованный функционал», «сопряжение концепций», «триггерный механизм», «тьюторы» и т.д. Минздрав РФ планирует в срок до 2015 г. разработать механизмы финансирования здравоохранения, способствующие внедрению инновационных медицинских технологий. Но при этом нельзя забывать, и это будет неоднократно отмечаться в данной работе, что вложение средств в традиционное здравоохранение означает борьбу со следствиями, поскольку причины нездоровья обусловлены дефектами в системе охраны здоровья. Если не заниматься этими причинами, то с позиции системного анализа следствие будет требовать все больше кадровых, технологических и финансовых ресурсов. А это приведет в перспективе (возможно отдаленной) к социальному и экономическому тупику. С учетом изложенного и если взглянуть на это с высоты достаточно отдаленной перспективы, то станет ясно, что систематическое наращивание финансирования и укрепление материальной базы здравоохранения в любой стране является социально-экономическим тупиковым направлением, ибо основные «поломы» в здоровье происходят вне традиционного здравоохранения, которое преимущественно имеет дело со следствиями этих «поломов», нередко далеко зашедшими. Отсюда вытекает необходимость постепенного усиления системы охраны здоровья, вложения средств в создание необходимых условий для ведения мотивированными и подготовленными гражданами здорового образа жизни. Первой среди представителей власти это поняла М.Тэтчер, будучи премьер-министром Великобритании, но тогда проблемы оказания медицинской помощи и очередей превалировали. Так и сегодня, все изложенное относится к перспективе (которую следует постепенно готовить), а пока остро стоит вопрос, как развивать охрану здоровья и организацию медицинской помощи в жестко ограниченных финансовых рамках. Для этого необходимо максимально полно и с наибольшей отдачей использовать выделенные ресурсы с учетом представленных далее

приоритетов, выбирая для этого наиболее рациональные с позиции граждан и пациентов формы и методы организации работы. Об этом пойдет речь в настоящей Стратегии.

В целом многостраничный план Минздрава РФ содержит шесть целей: обеспечение достижения показателей здоровья и ОПЖ, повышение эффективности медицинской помощи и оптимизация медицинской деятельности, обеспечение высококвалифицированными специалистами, инновационное развитие, информатизация здравоохранения, обеспечение открытости этого плана. Каждая цель раскрывается в виде направлений, которые в свою очередь состоят из «ключевых событий». Однако эти ключевые события не соответствуют направлениям, а направления в ряде случаев не могут служить достижению поставленных целей. Покажем это на примере направления 1.5. «повышение качества и доступности медицинской помощи», куда входят такие ключевые события, как ФЗ о донорстве, диагностика и лечение онкозаболеваний, информационная система скорой помощи, выявление туберкулеза, медицинская помощь в ДТП, а само направление способствует, судя по плану, улучшению показателей здоровья. Отсюда видно, что план не носит цельный характер, скорее лоскутный, нет уверенности в достижении некоторых целей, а попытку решить некоторые проблемы охраны здоровья путем организации медицинской помощи можно считать неудачной.

Современная медицина за последнее десятилетие поднялась на недосягаемый ранее уровень, в том числе за счет улучшения технической оснащенности, совершенствования методов диагностики и лечения. Привычными стали малоинвазивные оперативные вмешательства с использованием эндоскопической техники, микрохирургия и применение лазеров, пересадка органов и тканей, исправление врожденных и приобретенных дефектов и т.д. Уже доказано, что хотя лапороскопические операции дороже обычных операций, но после них стоимость лечения значительно ниже, снижаются сроки пребывания на больничном листе, уменьшается инвалидность, что делает их не только щадящими, но и экономически выгодными. Лапароскопические операции значительно дешевле консервативного лечения ряда заболеваний и дает гораздо лучшие результаты, что убедительно доказала Г.Тихомирова (2013) на примере язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Медицина, непрерывно развиваясь, позволяет спасать ранее безнадежных больных, дает надежду на выздоровление продолжающим болеть людям. Этим вопросам особое внимание

уделяет Минздрав РФ. Однако, следует отметить, что природа целого ряда заболеваний пока еще мало известна и потому их эффективное лечение пока затруднено. В тоже время нельзя не заметить имеющуюся выраженную диспропорцию между интенсивным развитием медицины (новые современные методы диагностики и лечения в отдельных основных клиниках) и разрушающейся системой организации здравоохранения, не позволяющей в том числе в полной мере использовать достижения клинической медицины. Ведь в указанные клиники попадают сотни и тысячи больных (в 2012 г. дорогостоящую высокотехнологичную медицинскую помощь получили 459.6 тыс. больных), а их у нас миллионы и в большинстве случаев недуги можно предупредить или выявить их на начальных стадиях и излечить в короткие сроки, не доводя больных до сложных операций и дорогостоящих методов лечения. Многие болезни не возникают сразу, моментально, им предшествуют факторы и условия риска, предболезнь и донозологический этап с симптомами и синдромами, начальные стадии заболевания и все основные усилия должны быть направлены в эту сторону, а не на «тыловую» медицину, включая высокотехнологичную помощь (ВМП). Всем этим и должна заниматься Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП).

В сентябре 2013 г. Минздрав РФ объявил о сокращении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемых государством, и в соответствии с приказом №565н о ее переводе в 2014 г. в систему специализированной медицинской помощи. И это правильно, поскольку нигде в мире такого разделения не было, хотя в отдельных случаях выделялась дорогостоящая медицинская помощь. Предусмотрено также финансирование ВМП за счет средств ОМС, что может вызвать целый ряд негативных последствий, недостаточно учитываемых при принятии соответствующих решений.

Как известно, углерод может быть и сажей, и алмазом, все зависит от такой «малости», как структура. Точно также уровень медицинской помощи зависит от структуры ее организации. Пока еще вполне возможно организовать в стране медицинскую помощь «по уму», однако одного ума мало, он должен быть еще растворен в специальных знаниях, в нравственности и гуманизме. Не следует забывать, что многие системы, в том числе здравоохранение, проходят определенные стадии своего развития: 1- неоправданный оптимизм (на этом этапе застрял Минздрав РФ), 2- растущее беспокойство (это проявляется у

медработников и пациентов), 3-неизбежная катастрофа (это предвидят специалисты по общественному здоровью и здравоохранению), 4- поиски виновных (этим займутся специальные структуры), 5-наказание невиновных и награждение непричастных (это зависит от компетенции власти).

Надо сказать, что попытки сформировать общее видение перспектив или Концепцию его развития предпринимались и ранее. Так, в 1997 г. Правительство РФ утвердило Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г., однако она оказалась нереализованной, поскольку охватывала все возможные направления, а подведение итогов по ней не проводилось; в начале 2008 г. отраслевое министерство приступило к разработке нового проекта «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.», но документ так и не был утвержден. Был продолжен приоритетный национальный проект «Здоровье», начавшийся в 2005 г., с 2008 г. начаты целевые программы, направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин, государственное финансирование здравоохранения за этот период **возросло на 37%** в ценах 2005 г. Эти отдельные мероприятия позволили **несколько улучшить ситуацию** в отрасли. Однако все эти программы и проекты несмотря на свою широкомасштабность и немалые затраты оказались не вполне эффективными с точки зрения соотношения затрат и результатов.

За последние годы по данным портала «Открытый бюджет» расходы федерального бюджета на здравоохранение выросли более чем вдвое и достигли 12% от расходов. Большая часть бюджетных средств сконцентрирована в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), расходы на которую за последние годы возросли в 5 раз. Выросли инвестиции и от частного бизнеса, кроме того, каждый житель страны в среднем тратит на медицинскую помощь 250 евро в год. Однако это все не привело к параллельному улучшению здоровья граждан и к повышению их удовлетворенности, поскольку, по данным Росгосстраха, число неудовлетворенных доступностью, платностью и качеством медицинской помощи, а также отношением к пациентам (равнодушие, очереди, долгое ожидание, неудобное время, отношение медперсонала, навязывание платных услуг и т.д.) возросло до 66%, не говоря уже о других последствиях (неравенство между медицинскими учреждениями, теневой рынок расходных материалов и т.п.). Это говорит о том, что выделенные деньги тратятся без учета обоснованных приоритетных направлений, укрепляя «глубокие тылы» здравоохранения. Исследование удовлетворенности пациентов в работе поликлиник для взрослых г. Иваново (Москвина С.С., 2013) показало, что 80.5% пациентов полностью или частично не удовлетворены по разным причинам оказанной им медицинской помощи в разных подразделениях поликлиник. Естественно, наибольшая неудовлетворенность исходит из пациентов, часто посещающих поликлиники и имеющих низкий уровень материального дохода, поскольку более обеспеченные пациенты имели возможность получить ту же самую помощь за плату или в частной клинике, или за рубежом.

Правда, еще один, но системный вариант Концепции развития здравоохранения был разработан к 1993 г. группой специалистов НПО «Медсоцэкономинформ» под рук. Комарова Ю.М. В основу были положены главные проблемы здоровья населения в виде рассчитанных потерь общества (в человеко-годах) от смертности в разных возрастно-половых группах и от разных причин смерти, что позволило оценить потери обобщенного жизненного и трудового потенциала с помощью методов потенциальной демографии. Были рассчитаны средние возраста умерших от разных причин, годы их недожития хотя бы до величины ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), оценены элиминационные резервы в виде «вклада» различных возрастно- половых групп и причин смерти в ОПЖ. На моделях определялись возможные изменения в ОПЖ при условии, что люди бы не умирали в отдельных возрастах и от каждой причины смерти. Это позволило проранжировать проблемы по их значимости для общества. Затем по каждой группе потерь была выделена преждевременная смертность и, поскольку не все случаи смерти возможно предотвратить, экспертным путем с учетом европейского списка предотвратимых причин были установлены доли ее предотвратимости. После этого были определены виды и службы охраны здоровья и оказания медицинской помощи, ответственные за эти предотвратимые потери, оценены степень и адекватность (этим потерям) их развития с выявлением дефектов и причин несоответствия, возможностей и перспектив их устранения с определением необходимых для этого организационно-управленческих решений и ресурсов (кадровых, материальных и финансовых). В результате были определены на перспективу варианты действий, значительно снижающие потери общества в здоровье. Эта Концепция была рассмотрена на совместном заседании Коллегии и Бюро Ученого медицинского совета Минздрава РФ 5.10.1993 г. (но, видимо, мало, кто ее понял, т.к. не было ни вопросов, ни суждений), одобрена, однако по ней ничего не было сделано. Повторить такую работу в нынешних условиях практически невозможно, т.к. тогда для этого потребовались усилия целого института в течение нескольких лет и участия соответствующих разнопрофильных специалистов. Тем не менее, имеющийся опыт обоснованного выделения приоритетов пригодился и в данной работе.

Между тем, Председатель комитета Государственной Думы по здравоохранению С.В. Калашников утверждает (и с ним трудно не согласиться), что в системе органов Государственного управления нет такой организации, которую беспокоила бы судьба отечественного здравоохранения, и не просто беспокоила, но и что-то делала для улучшения ситуации (Медвестник, №28, 2013). Именно поэтому данная Стратегия разработана в рамках общественной организации- Комитета гражданских инициатив.

Существует мнение, что здравоохранение является экономической системой, однако это не совсем так, поскольку в экономической системе деньги и экономические отношения являются главным и определяющим фактором и в итоге должны формироваться рыночные отношения, которые не присущи здравоохранению, и деньги при этом играют роль средства (очень важного), но не

цели. Между тем, разработанные стандарты оказания медицинской помощи носят, главным образом, экономический характер и по ним лечить нельзя. Даже последние из разработанных Минздравом стандартов (по специализированной акушерской помощи числом 13) могут привести к негативным последствиям как для плода, так и для роженицы. Примерно тоже самое относится и к уже утвержденным стандартам, ошибочно отнесенным, например, к ПМСП, об обследовании на рак гортани и глотки 4 стадии (приказ №27755), рак прямой кишки 4 стадии (приказ №27756), рак печени и желчных протоков 4 стадии (приказ №27758), рак поджелудочной железы (приказ №27788), рак гортани и глотки 4 стадии (приказ №27712) и др. Во-первых, ПМСП создается для предупреждения и возможно раннего обнаружения заболеваний, хотя **целевые профилактические осмотры,** в том числе на выявление новообразований, отраслевым руководством отменены, во- вторых, все эти приказы имеют отношение к медицинской помощи не общего типа, а к специализированной, в третьих, на последних стадиях рака любое обследование бесперспективно, нужно делать это все значительно раньше. О недопонимании роли и места ПМСП говорят также и другие разработанные стандарты именно для первичной медико-санитарной помощи, например, помощь при некротизирующих васкулопатиях (приказ № 27747), при гипопаратиреозе (приказ №27734), при индукции иммунной толерантности (приказ № 27786), при невротических расстройствах в условиях психоневрологического диспансера (приказ № 27787) и т.д. Во многих подготовленных Минздравом документах (например, в ФЗ № 323) в ПМСП почему-то включена и специализированная помощь, хотя во всем мире медицинская помощь и ранее, и теперь подразделяется на амбулаторную и стационарную, амбулаторная- на общего типа (ПМСП), специализированную и скорую помощь, а стационарная помощь- по степени интенсивности лечебного процесса. Между тем почти сто лет известно, что основной фигурой в ПМСП является врач общей практики- синдромальный врач общего профиля, а все указанные стандарты являются уделом узких специалистов, работающих в амбулаторно-поликлинических подразделениях. Об этом будет идти речь в специальном разделе.

В последнее время делается попытка возобновления концептуальных основ здравоохранения. Взамен развития гражданского общества, по западному образцу в стране создано так называемое «Открытое правительство», куда помимо предпринимателей вошли люди с известной гражданской позицией. По идее, это

«правительство» должно было бы представлять все слои нашего общества, однако оно является имитационным и простые люди не могут там высказать свое мнение, и потому вместо открытого характера оно скорее является закрытым. Тем не менее, приказом министра здравоохранения РФ № 465 от 15.07.2013 г. созданы три совместные с Экспертным советом Открытого правительства рабочие группы по разработке концепции организации системы здравоохранения, по интеграции саморегулируемых организаций в систему здравоохранения, по развитию лекарственного обеспечения населения. В состав рабочих групп включены уважаемые специалисты, однако возлагать большие надежды на создание прорывной и перспективной концепции здравоохранения пока преждевременно хотя бы потому, что обозначенные для рассмотрения приоритетные вопросы носят тактический сиюминутный (например, ценообразование, риски в системе ОМС, правила разработки и контроля стандартов и т.д.), а не концептуально-перспективный характер и, уж тем более, к Стратегии охраны здоровья в стране не имеющие отношения.

Как-то мы забыли, что любые преобразования и реформы, даже преследующие благие намерения, всегда имеют оборотную сторону и потому требуют тщательной подготовки с оценкой возможных последствий принимаемых решений. Так, деградировавшее отечественное сельское хозяйство из-за отсутствия государственных средств на его поддержание привело к не всегда качественному импорту в широких масштабах, выдающееся школьное образование в результате превратилось в подражание далеко не лучшим образцам, реформа репертуарного театра и телевидения может отразиться на общей культуре населения, недофинансирование и реформа науки ведет к падению ее результативности и значимости в мире, реформа пенсионного обеспечения может серьезно отразиться на пенсионерах, а преобразования в здравоохранении при значительном росте расходов привели к резкому снижению доступности медицинской помощи и к «бегству» медицинских работников из поликлиник, из государственных учреждений и из профессии вообще.

Со стороны Россия выглядит богатой страной, которая стремится сохранить статус великой державы в военном (при значительной доле расходов на оборону, но все равно в абсолютном исчислении в 9 раз меньше, чем в США, и в 1,7 раза меньше, чем в Китае), геополитическом и спортивном отношении, с преимущественно бедным населением, с недостаточно развитой социальной инфраструктурой и не соответствующими имеющимся возможностям условиями

жизни большинства граждан. Для подъема спорта в стране и улучшения здоровья граждан нужно в дальнейшем (после выполнения уже принятых обязательств) возводить не крупные спортивные сооружения в отдельных местах, а максимально приблизить к населению возможности для занятий массовой физкультурой, при этом сэкономленные средства направить на дополнительное финансирование охраны здоровья. Вообще, к социальной сфере следует отнести те виды деятельности, которые должны находиться под протекцией государства и на бюджетном финансировании: подавляющая часть (кроме частного сектора) системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи, образования, все социальное обеспечение, полностью вся фундаментальная наука и частично прикладная; большая часть культуры может существовать только при государственной поддержке. Здравоохранение- это не совсем рыночная сфера деятельности. Напротив, в условиях рыночной экономики и вытекающего из нее в большей или меньшей степени неравенства в доходах и возможностях людей здравоохранение является важнейшим фактором **социального выравнивания** в обществе ибо перед лицом болезни или смерти все равны, и эта мысль в данной работе будет повторяться. Аналогичной системой является образование в его наиболее широкой и массовой форме, особенно для одаренных детей из разных сословий. К здравоохранению и образованию следует подходить с позиции качества и, особенно, доступности (приближенности, бесплатности, возможности доступа), а не с позиции их экономической обусловленности. Так, медицинская помощь может быть экономически эффективной, но не доступной, или доступной, но не эффективной. Следует напомнить определение ВОЗ всеобщей доступности- это гарантированный доступ всех людей к профилактической, лечебной и восстановительной медицинской помощи, в которой они нуждаются, при уровне качества, обеспечивающем их эффективность, и при условии, что получение медицинской помощи не повергает человека в финансовые трудности. Иначе говоря, подчеркнем еще раз, что деньги в государственном здравоохранении и образовании являются не целью, а важнейшим условием и средством, и об этом забывать нельзя так же, как телегу нельзя ставить впереди лошади. Не случайно на состоявшемся в Москве форуме «Россия-2013» бывший премьер-министр Великобритании Тони Блэр высказал мысль о том, что ключом к успеху для России должно стать здравоохранение, образование и эффективное управление. На Интернетный вопрос в АиФ, куда сейчас государству стоит направить финансировании в первую очередь,

большинство респондентов ответило- на здравоохранение. А на вопрос, в какой сфере расходы государственного бюджета нельзя сокращать, подавляющее большинство опрошенных также указало на здравоохранение и в 2 раза меньше- на образование. По прогнозам группы экономистов под руководством советника Президента РФ С. Ю. Глазьева в 2030 г. свыше 30% ВВП в передовых странах будет создаваться в здравоохранении. Аналитические разработки показывают высокую рентабельность правильных и обоснованных вложений в здравоохранение (минимально как 1 к 10). В докладе Комитета гражданских инициатив «2012: власть и наши общие риски» говорится о различных возможных направлениях взаимодействия власти с обществом, в том числе путем декларирования в условиях сложившихся бюджетных приоритетов очередного повышения социальных обязательств. Отсюда следует, что приоритеты финансовой политики в стране должны быть пересмотрены с участием представителей гражданского общества, что позволит реализовать слова Президента РФ о необходимости разворота системы к человеку. В социальной сфере должно преобладать главенство человеческих идеалов над прагматическими сиюминутными интересами. В развитие указа Президента РФ № 597 и Постановления Правительства РФ №286 от 30.04.2013 г. Минздрав издал 31.10.2013 г. приказ №810а «Об организации работы по формированию независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения». В принципе, в этом приказе ничего нового нет, все было известно и ранее, а рекомендации даны только для учреждений федерального подчинения. Но вот действия, последовавшие за этим приказом, представляют особый интерес, в частности, создание Общественного совета по типу «правильная связь (public relations) с правильной общественностью», что позволит не столько учитывать общественное мнение, сколько управлять им.

Между тем нередко в программах и законодательных актах, имеющих отношение к здравоохранению, все усилия фокусируются не на человеке (пациенте), даже не на медицинских работниках, а на медицинских учреждениях, забывая о том, что не пациент существует для здравоохранения, а здравоохранение для пациента, а это меняет и ориентиры, и многие действия. Поэтому национальной идеей может стать только человек и его окружение — семья, дети, пожилые. Если будет комфортно человеку, то и государство будет сильным, но здесь обратная зависимость не прослеживается. На фоне

неопределенности политики здравоохранения в России растет объем рынка платных медицинских услуг, поощряемый государством. Однако, определить реальный объем оказываемых платных услуг достаточно сложно из-за отсутствия официальной информации по теневому сектору, т.е. по неформальным платежам.

Здравоохранение в России так и не стало пациентоориентированной системой (за рубежом такая направленность применяется уже давно, например, Стокгольмская модель здравоохранения, в Канадском Квебеке, Габровская модель 1970-х годов и т.п.). На международном конгрессе пациентов (Барселона, 2006) даже была принята декларация о пациент-центрируемом здравоохранении. Интересно, что в Великобритании только в апреле 2012 г. была представлена круговая схема организации здравоохранения, где в центре находились пациенты, а на периферии в разных кругах различные виды медицинской помощи. К сожалению, в России это далеко не так, поскольку по опросам 74% россиян на первое место среди всех прав выдвигают право на бесплатную медицину, а 36% опрошенных занимаются самолечением из-за невозможности платить за медицинскую помощь. В действовавших до конца 2011 г. Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, принятых в 1993 г., человек (пациент) был поставлен в центр внимания здравоохранения, т.к. основными были права граждан на здоровье. В этом смысле данный закон вышел раньше известной Амстердамской декларации о правах пациентов. Правда, в США Билль о правах действует с 1789 г., когда были приняты 12 поправок к Конституции. К сожалению, в последующем Федеральном законе № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (от 21 ноября 2011 г.) права граждан и пациентов оказались размытыми и главными статьями стали те, в которых говорилось о полномочиях органов государственной власти. Это и явилось узаконенным переломным моментом в смещении акцентов с человека (пациента и больного) на медицинское учреждение.

Несмотря на прилагаемые усилия и сегодня в РФ **по-прежнему сохраняются серьезные проблемы**, которые могут препятствовать достижению поставленных целей по улучшению здоровья населения. Главные из этих проблем: недостаточное развитие системы охраны здоровья; общий дефицит и диспропорции финансового и материально-технического обеспечения; недостаточные объемы предоставляемой населению отдельных видов медицинской помощи и низкий уровень ее доступности; диспропорции в

структуре медицинских кадров, неудовлетворительное качество медицинской помощи и неэффективное управление.

В 2009–2011 гг. в отсутствие единой долгосрочной стратегии развития здравоохранения, т.е. модели, к которой нужно стремиться, были приняты базовые федеральные законы, регулирующие деятельность отрасли на многие годы, что не устранило противоречия и недостатки в законодательной базе. Именно поэтому уже сейчас многие положения этих законов (а некоторых- даже в целом) нуждаются в пересмотре и корректировке. Нельзя принимать законы для всех людей без широкого обсуждения с ними. В этом и состоит значимая роль гражданского общества- в общественном контроле за всей (в т.ч. законодательной) деятельностью власти. Удивительно также то, что эти законы и действующие программы (в т.ч. государственных гарантий) не базируются на строго научных данных о потребностях населения в охране здоровья и медицинской помощи (такие исследования не заказывались Минздравом РФ в течение последних 30 лет) и даже в утвержденной Правительством новой стратегии развития медицинской науки не предусмотрены основополагающие исследования состояния и динамики здоровья населения, его истинной заболеваемости, физического развития и верифицированной смертности, в т.ч. от множества причин, социальной обусловленности здоровья и болезней, совершенствование организационных форм и методов оказания медицинской помощи населению. В основном, все 14 «научных платформ» этой стратегии посвящены не реальным и нерешенным проблемам улучшения здоровья, а чисто клиническим вопросам, в т.ч. тупиковым с позиции научных исследований. Более того, из Стратегии развития медицинской науки видно, что не наука определяет практику и идет впереди нее, а практическая программа развития здравоохранения выдвигает ориентиры для медицинской науки и потому никаких научных прорывов не предвидится.

Вызывает обеспокоенность так же то обстоятельство, что выделяемые дополнительные средства на здравоохранение либо расходуются не туда, куда следует, либо используются не полностью. Так, на программу модернизации («осовременивания») было выделено 629 млрд. руб., в т.ч. 460 млрд. на 2 года (2011–2012 гг.) из средств ОМС, а точнее из ФОТ, т.е. за счет работодателей и работников, что не имело никакого отношения к страховым случаям. Эти деньги выделялись не на оказание медицинской помощи застрахованным, а, в основном, на поддержание и развитие инфраструктуры медицинских учреждений. Через

полтора года после принятия программы модернизации выяснилось, что на укрепление материально-технической базы израсходовано 49% выделенных средств, на внедрение медицинских стандартов – 64%, на информатизацию – 14,5%, правда, к концу 2012 г. программа модернизации реализована на 87% (О. Голодец).

По данным ОЭСР государственные расходы на здравоохранение в России (в долях от ВВП) в 1.3 раза меньше, чем в Мексике, но тех же самых результатов можно было достичь, тратя на 30-40% меньше, что косвенно показывает возможный уровень коррупции. И частично вина в этом ложится на Минздрав РФ, выпускающего противоречивые нормативные акты, которые на местах выполняются по-разному. Кстати, в 2013 г. ВЦИОМ провел опросы граждан для оценки уровня коррумпированности в различных сферах деятельности. Оказалось, что больше чем половине россиян в течение последнего года приходилось давать взятки при посещении медицинских учреждений. Однако, как известно, коррупция этим не ограничивается и наибольшим резервом для нее служит государственный бюджет. Конечно, неплохо, что на здравоохранение были выделены дополнительные немалые средства, за которые в целом было закуплено 108 компьютерных томографов, 72 магнитно-резонансных томографов, 28 ангиографов, 795 единиц рентгенологического и радиологического оборудования и т.д. Однако, приобретение дорогостоящего оборудования проводилось без каких-либо научных обоснований, без определения потребностей пациентов и, скорее всего, для срочного освоения выделенных средств. Между тем, опыт США показывает, что только закупками оборудования или привлечением немногих хороших врачей без правильно налаженной организации медицинской помощи с фактическим выполнением доказательных современных клинических рекомендаций здравоохранение улучшить нельзя. Теперь в Москве непонятно, для чего, томографов больше, чем в любой европейской стране. В целом в столице томографов, аппаратов МРТ и ангиографов закупили в 2 раза больше, чем планировалось (всего 68 тыс. современных аппаратов), на что было выделено более 50 млрд. руб. Это позволило руководству городского здравоохранения заявить, что пройти обследование в Москве будет проще, чем в Европе; оно считает московскую медицину одной из лучших в мире с оговоркой о том, что еще нужно эту аппаратуру правильно использовать, подготовить специалистов для работы на ней, краткосрочно обучить их за рубежом (в Швейцарии, Израиле и Германии, т.е. именно там, где функционируют частные

клиники и медицинское страхование). Однако, есть основания полагать, что такая краткосрочная стажировка не принесет желаемых результатов, т.к. стажировавшийся специалист вернется в совсем другую систему, совсем в другие условия, совсем в другие взаимоотношения, в систему совсем других ценностей и приоритетов. Один российский врач, работающий на протяжении многих лет в различных госпиталях США, считает, что даже малоимущим бесплатная медицинская помощь в США оказывается выше по качеству, чем в Москве за любые деньги. Будем считать это мнение частным, с которым можно не согласиться. Между тем, во многих случаях дорогостоящая техника не используется полностью или частично (при низком коэффициенте загрузки вместо двух- трехсменной работы), т.к. не определялась действительная потребность в ней, для нее оказались неподготовленными помещения и, особенно, кадры. Сейчас вследствие кадровых проблем поликлиники перегружены в 1.5-2 раза. Иначе говоря, при достаточно высоком уровне оснащения московских медицинских учреждений территориальная организация медицинской помощи оставляет желать лучшего и далее это будет показано. Все это проф. А.С.Бронштейн образно назвал «томографическим кретинизмом». Он же считает, что пора перестать закупать томографы, ангиографические установки и др., а подумать о том, как приблизить медицинскую помощь к населению. К сожалению, по разным и множественным причинам не все медицинские учреждения сумели улучшить свое положение, это удалось сделать не более 25% учреждений страны, а 75% остались в первозданном состоянии.

Фактически в Москве из поликлиник делают полностью оснащенные центры специализированной медицинской помощи, что с точки зрения нормальной организации медицинской помощи неправомерно и, как далее будет показано, поликлиника должна быть разделена на 2 части с разной степенью доступности: медицинская помощь общего типа преимущественно в виде групповой общей врачебной практики и специализированный Консультативно-диагностический центр, объединенный с центрами здоровья. Именно при такой системе можно организовать рациональную маршрутизацию пациентов и оптимальным образом соизмерить затраты и результаты. Если недавно доминировала идея о необходимости создания в Москве (да и в Московской области тоже) медицинских образовательных центров, в которых работали бы полностью зарубежные преподаватели (и такой университет повышения квалификации, видимо, будет создан), то теперь принято решение о создании совместно с ММУ

им. И.М.Сеченова 4-х Научно-образовательных клинических центров. По-видимому, в Москве денег чрезмерно много (в регионах таких возможностей нет и потому Москва не может служить для них достойным примером, а лишь предметом зависти и недовольства), поскольку московские власти намерены, потратив почти миллиард руб., закупить 3 новых специализированных медицинских вертолета, мотивируя это тем, что Москва не может обойтись без санитарной авиации (а, значит, вся страна с ее тысячными расстояниями может?), а также, демонстрируя типичное глубоко клиническое мышление, а не мышление организаторов территориального здравоохранения, планируют вместо укрепления ПМСП и массового амбулаторного звена, дооснастить медицинские тылы, куда поступает малая часть пациентов, приобретая роботов-хирургов и организовав с середины 2013 г. работу компьютерных томографов в ночное время. Возникает вопрос, для чего это делается? Каждый хирургический робот «Да Винчи» состоит из консоли хирурга и четырех интерактивных роботизированных рук и стоит порядка 96 млн. руб., но чтобы его дистанционно задействовать нужны серьезные затраты на регулярное техническое обслуживание и на подготовку кадров, которых пока нет. Однако бюджетом такие расходы не были предусмотрены и в итоге роботы, которые закупили в четыре больницы, не используются, кроме 31 больницы, а деньги потрачены. Примерно такая же ситуация и с другим дорогостоящим оборудованием. Правда, с использование роботов уровень и качество хирургических операций возрастет, поскольку оперирующий хирург комфортно располагается у консоли с джойстиком в руках и пользуется видеосистемой с двумя независимыми каналами передачи изображений на 2 цветных монитора высокого разрешения и с 10-кратным увеличением операционного поля в 3Д-изображении. В одной из московских клиник для мэра провели показательную демонстрацию этой техники. Сроки окупаемости такой аппаратуры не известны, да и повсюду она не может быть установлена.

Следует также отметить, что уже с 2014 г. в стране заработает пилотный проект по использованию санитарной авиации в некоторых пилотных территориях Дальнего Востока и Севера страны. Но, по имеющимся представлениям, такая проверка целесообразности использования санавиации совсем не обязательна, поскольку она уже на протяжении многих лет доказала свою результативность в спасении жизни людей, просто следовало бы подкорректировать действовавшие ранее нормативы и восстановить санитарную авиацию. В густо населенных районах медицинская помощь при наличии

транспортных сообщений может быть организована по принципу «на себя», а при значительных расстояниях- «от себя».

Сохранившиеся немногие бюджетные стоматологические поликлиники в Москве планируют перевести в автономные, что согласно ФЗ №83 приведет к дополнительным рискам для пациентов, врачей и главных врачей. Кроме того, столичные власти хотят, чтобы бизнес вкладывал средства в поликлиники и больницы, однако без комплекса усилий этого не достичь. В Москве по понятным причинам делается акцент на преимущественном развитии частной медицины, надеясь на то, что москвичи по своему полису ОМС будут лечиться в частных клиниках и для этого уже ведется подготовительная работа.

Но пока в 2012 г. в систему ОМС включились только 1% частных клиник страны. Правда, за первые месяцы 2013 г. прирост частных клиник в систему ОМС составил 22%, и если на конец 2013 г. года почти 18% всех медицинских организаций, участвующих в системе ОМС, составят частные организации, то в 2014 г. их число превысит 1650, т.е. 17% от их общего количества. Даже если этот процесс будет расширяться, то в частных клиниках всегда найдется больше возможностей для перевода бесплатной (по страховке) медицинской помощи в платную и тем самым они будут «добирать» средства дополнительно к тарифу. Возможные роль и место частной медицины будут представлены далее. Несмотря на заявления министра здравоохранения РФ о том, что медицинских услуг на платной основе не будет, полностью бесплатной медицинской помощи практически с 1 января 2013 г. почти нет или ее трудно добиться и она сохранилась в редких эпизодах. На практике почти за все нужно платить или доплачивать. И в данном случае речь идет не о частных клиниках, а о государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Отсюда видно, как далеко отстоит власть, в том числе медицинская, от реальных условий жизни. И совсем недавно, в октябре 2013 г. министр Скворцова заверила (видимо, власть, т.к. пациенты и медицинские работники в это не очень верят), что переход на платную медицину не планируется и сослалась при этом на 41 статью Конституции РФ. А как же быть с Постановлениями Правительства РФ, разрешающими тем же государственным и муниципальным учреждениям оказывать платную медицинскую помощь и с рядом Федеральных законов? Медицина, стремящаяся зарабатывать на больных людях (медицинский бизнес), - это далеко не та медицина, которая была заложена Гиппократом и развивалась в течение веков. Правда, в условиях частной медицины, например в США,

основным принципом, по которому работает врач, является «эффективность затрат» и потому он думает, сделать ли анализ сейчас или когда у пациента начнутся проблемы. По сути, медицина там представляет собой «бизнес по спасению жизней» и потому медицина напрямую заинтересована в росте числа больных, которых нужно спасать. Например, аппендэктомия без страховки (а ее не имеют почти 40 млн. чел.) в обычной больнице стоит до 10 тыс. долл. , а оказание первой помощи и наложение гипса на сломанную руку может обойтись в 75 тыс. долл. Если не очень давно врачи в нашей стране опасались, что больной может умереть, то теперь многие из них беспокоятся, заплатит ли он, и потому благодаря проводимой в стране политике некоторые медицинские работники все больше и все чаще превращаются в бизнесменов от медицины. Не следует забывать, что медицинский бизнес- это не что иное, как предпринимательская деятельность (как строительный бизнес, топливо-энергетический, торговый и т.д.), куда приходят люди, готовые рисковать и вкладывать свои деньги и усилия ради главной цели любого бизнеса- получения прибыли, не зависимо от того, какими высокими словами и благородными намерениями это камуфлируется. Здесь никто не будет работать просто так. Но в тоже время, для привлечения больных частный медицинский бизнес непрерывно совершенствуется и улучшается, хотя и заменить собой массовое государственное здравоохранение не может и не должен.

На последних примерах (а таких немало) пресловутого Пермского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, в котором имеется немало нарушений, в т.ч. с летальным исходом и внутрибольничным инфицированием, и Кировского акушерского корпуса перинатального центра, возведенного по соседству с роддомом №2, с простаивающим томографом, прослеживается скороспелость и неэффективность принятых решений об их возведении. Отсюда ясно, что и сама программа модернизации формировалась исходя из заведомого распределения средств по трем направлениям для каждой территории, от которых затем требовалось обоснование этих затрат, формировалась в спешке без обсуждения с медицинской общественностью, без определения потребностей населения в различных видах медицинской помощи и их технического обеспечения, сроки установлены нереальные, ситуация наперед не просчитывалась и не оценивалось, как модернизация отразится на здоровье населения. Например, на программу модернизации здравоохранения Татарстана было выделено 570 млн. руб., из которых на момент завершения программы

остались неиспользованными 63 млн. руб. Из закупленных по программе модернизации компьютеров (13000) в республике установили только половину. А главное — вся программа модернизации в стране не ориентирована на решение вопросов организации медицинской помощи, на пациентов и улучшение их здоровья, а только на укрепление материальной базы самих медицинских учреждений и на расширение платных медицинских услуг тем же самым работникам, из ФОТ которых были изъяты эти средства. Однако чиновники от здравоохранения не перестают уверять власть в том, что вся модернизация здравоохранения была затеяна в интересах пациентов, чтобы они не выстаивали очереди на прием к врачу, чтобы они получили своевременно качественную медицинскую помощь, чтобы они были более удовлетворены и здоровы. Сейчас в некотором роде возникает конфликт между доступностью медицинской помощи и ее качеством. Помощь может быть доступной, но не очень качественной или недоступной, но качественной. Судя по всему, Минздрав выбрал второй путь на укрупнение медицинских учреждений и их современное оснащение при росте финансирования (однако, для улучшения качества этого недостаточно), хотя в действительности повышение доступности должно осуществляться, исходя из рациональной организации медицинской помощи, ее этапности, преемственности и маршрутизации пациентов, что сделать гораздо сложнее. Однако, как обычно, истина лежит посредине: медицинская помощь общего типа должна быть максимально доступной и приближенной к населению при достаточном для нее уровне качества, а специализированная помощь должна обеспечивать высокий уровень качества, ибо имеет дело с более сложными случаями. И об этом будет идти речь в данном документе.

На состоявшейся 24 мая 2013 г. расширенной коллегии Минздрава РФ говорилось об усилении медицинских учреждений, фондовооруженность которых существенно выросла. Ну и что? Как это отразилось позитивно на здоровье граждан, удовлетворенности пациентов, продолжающей снижаться ускоренными темпами доступности медицинской помощи? Вот это главное, а не то, что укрепили значительно «тыловую» медицину. Значит, выделенные деньги потратили не туда, без соответствующих аналитических расчетов с оценкой последствий, без существенных результатов. Просто решили закупить то, что подороже. Однако, это официально не признается, и Минздрав РФ пытается объяснить кризис здравоохранения не значительными просчетами в решении тактических организационных вопросов с их ориентацией на пациентов при

отсутствии Стратегии, а отсутствием вертикали власти в здравоохранении по примеру силовых структур. Но это (т.е. вертикальное управление) означает возврат к распределительной мобилизационной авторитарной системе и полной ликвидации местного самоуправления. Даже в силовых ведомствах необходимо ликвидировать вертикальную структуру, создать муниципальную полицию и сделать так, чтобы граждане не опасались бы полиции, а были ею защищены. Между тем, варианты значительного улучшения всегда есть, они изложены в данном документе и мимо них проходить не стоит.

Когда где-то чиновниками произносятся слова «оптимизация», «реструктуризация» и подобные им, все должны вздрагивать, т.к. ничего хорошего людям от этого не будет, поскольку речь может идти только о сокращении расходов, не всегда обоснованных и не всегда в безболезненных для граждан сферах. Проведенный интернет-опрос граждан осенью 2013 г. показал, что ведущей проблемой здравоохранения большинство из них считает бесконечное (не системное) реформирование. Пора уже определиться с тем, к какой модели здравоохранения следует стремиться в нашей стране и вынести это на широкое обсуждение. На ноябрьской 2013 г. пресс-конференции «Команда Минздрава России: открытый разговор о будущем здравоохранении» министр В. Скворцова откровенно призналась, что оптимизация в российском здравоохранении неизбежна. А это, по меньшей мере, означает, что в ближайшие годы лучше не будет. С этим сложно согласиться, поскольку в данной Стратегии как раз и предусмотрен вариант более эффективного использования ресурсов на пользу населения.

Отдельно следует вкратце остановиться на Программе государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Анализ ее выполнения за 2012 г. показывает, что программа не базируется на материалах о потребностях населения в различных видах медицинской помощи при отсутствии полного финансового покрытия программы, что при закрытии круглосуточных стационаров больные куда-то исчезают, что передача некоторых служб на уровень субъекта федерации значительно снизило доступность медицинской помощи и увеличило ее затратность, что в силу резких территориальных различий в показателях возникают вопросы, а живем ли мы в единой стране и почему отсутствует единая политика в здравоохранении. Из программы и доклада о ее реализации не следует, что и кому государство гарантирует, на что и зачем тратит финансы и что за это получает. Это же

прослеживается и в утвержденной постановлением Правительства 18.10.2013 г. №932 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015-2016 гг. Складывается впечатление, что органы власти и реальность существуют в разных мирах, даже не на одной планете. Практически для больных ПГГ недоступна, да и читать ее многостраничность никто не будет. В результате сейчас больные не знают, что им гарантировано бесплатно, а за что с них могут потребовать плату. Исходя из этого в территориальных программах можно указывать не множество бесплатных видов помощи, а представить только те, которые не являются бесплатными, а их меньше и, соответственно, объемы для ознакомления пациентов уменьшатся. В настоящее время Минздрав РФ с нетерпением ожидает закона о государственно-частном партнерстве (ГЧП) с тем, чтобы часть объемов по ПГГ по оказанию бесплатной помощи передать в частный бизнес, и, не дожидаясь выхода закона, при Минздраве РФ уже создан Координационный совет по развитию ГЧП с целью защиты интересов будущих частных инвесторов. Все прекрасно понимают, что ГЧП означает передачу государственных медицинских учреждений в частные руки, что снизит нагрузку на бюджет, а в частном бизнесе главное- это прибыль. Кроме того, Минздрав РФ озабочен тем, чтобы медицинский бизнес способствовал удовлетворению потребностей государства, а о пациентах, как всегда, забыли: насколько им от этого будет лучше или хуже.

В октябре 2012 г. Минздравом России была разработана Государственная программа «Развитие здравоохранения до 2020 г.», утвержденная затем Правительством РФ и на финансирование которой до 2020 г. планируется потратить 27 трлн. руб. Программа в 2013 г. была дополнена планом мероприятий, состоящим из 5 разделов: совершенствование оказания медико-санитарной помощи, совершенствование скорой помощи, совершенствование специализированной помощи, в т.ч. ВМП, совершенствование паллиативной помощи, общие вопросы. Как видно, сплошное совершенствование. Указанная программа включает в себя достаточно много разноплановых направлений, что делает ее мало реальной. Развивать все одновременно не позволяют себе даже богатые страны. Самый главный риск этой программы состоит в том, что её финансирование, в том числе увеличение оплаты труда медицинских работников, расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь и другие статьи, предусмотрено за счет увеличения поступлений средств из бюджетов регионов. Вместе с тем, большинство из бюджетов субъектов РФ дефицитны и не могут

обеспечить даже существующие сегодня и заниженные расходы на территориальные программы государственных гарантий (ПГГ). Уже в 2013 г. дефицит бюджетов регионов достиг 600-700 млрд. руб. (1% ВВП) и в результате во многих территориях сокращаются расходы на лекарства, на детей, инвалидов, ветеранов при повышении расходов на содержание чиновничьего аппарата. И опять же, эти программы, как отмечалось, не основываются на научных данных о здоровье населения и его потребностях в медицинской помощи. Может быть поэтому в развитых странах разрабатываются и реализуются, как это и должно быть, **программы улучшения здоровья людей**, нацеленные на конкретные и важные для каждой страны результаты и приоритеты, а в нашей стране они направлены на **развитие здравоохранения и его служб**, т.е. на средства улучшения работы медицинских учреждений, что далеко не одно и то же и требует разных усилий с разной степенью ответственности. Развивать здравоохранение и укреплять его материально-техническую базу- это совсем не означает, что здоровье граждан будет улучшаться, и этот посыл является ведущим в данной Стратегии, хотя и само здравоохранение требует особого внимания и обоснованных преобразований в направлении приближения к его перспективной организационной модели. Кроме того, Правительство в конце сентября 2013 г. утвердило трехлетний план (2013-2015 гг.) развития государственного здравоохранения. Планов и программ громадьё.

Очередная «новация» Минздрава РФ повергла в шок и пациентов, и врачей. Теперь врач должен объяснить пациенту, что он намерен с ним делать, как осматривать, что и почему. Но на это дополнительное время не выделяется. А пациент должен подготовить письменное согласие на осмотр, инъекции, процедуры и другие вмешательства, указав, что ему понятно, что, зачем и как с ним будут делать. Видимо, уже больше улучшать нечего и осталось сделать последние штрихи. Однако, нет предела совершенству. Приказом Минздрава РФ №395 от 21 июня 2013 г. вместо существовавших ранее многочисленных (16) диетических столов для больных с разными заболеваниями и состояниями утверждены для стационаров новые нормы питания. Теперь вместо мяса (его не будет совсем) белок будет поступать из сухих композитных смесей, уменьшится содержание капусты, рыбы и рыбопродуктов, но зато предусмотрено увеличение макарон, пшеничного хлеба, картофеля, крахмала, суррогатного кофе, какао. И считается, что проект данного приказа прошел общественное обсуждение, поскольку некоторое время повисел на сайте Минздрава РФ. Вот такая забота о

больных. Интересно, сколько бы выдержали такую диету сами разработчики и чиновники, не говоря уже о больных людях? С 1 июля 2013 г. в соответствии с приказом Минздрава РФ врачи обязаны выписывать рецепты на лекарства, указывая не название конкретного препарата, а его международное непатентованное наименование, т.е. название действующего вещества. При этом предполагается, что аптечный провизор разъяснит пациенту, в чем суть действующего начала и чем лекарства с его включением отличаются друг от друга. Это можно оставить даже без комментариев. В приказе Минздрава РФ №121н от 11.03.2013 г. «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг)…» практически все виды помощи перепутаны: доврачебная и врачебная ПМСП, общая помощь и специализированная, скорая помощь и неотложная и т.д. На основании распоряжений Минздрава РФ в Москве издается приказ №3764 «О тактике ведения больных и пострадавших на догоспитальном этапе». В этом приказе расписано, каких больных скорая медицинская помощь должна доставить в стационар, а каких- долечивать в поликлиниках. Такое впечатление, что раньше, до установок чиновников врачи скорой помощи не знали, кого нужно направить в стационар. Совершенно ошибочно определена роль неотложной помощи, которая должна осуществлять динамическое наблюдение пациентов врачами, хотя у неотложной помощи совсем иные задачи. Более того, ее разделили на амбулаторную и стационарную, видимо, перепутав с оказанием стационарной помощи больным по экстренным медицинским показаниям. Именно отделения неотложной помощи, по замыслу чиновников, должны контролировать состояние больных. Далее приводится совершенно неадекватный перечень состояний больных, которых по приказу не рекомендуется госпитализировать. Сюда отнесли не осложненный гипертонический криз, значит, нужно подождать, когда появятся осложнения (а осложнения могут привести к летальным исходам), хроническая сердечная недостаточность, а при острой помощь с учетом времени доезда по Москве может не понадобиться вообще, носовое кровотечение, не впервые возникшая острая задержка мочи, что нужно устранять срочно и не в домашних условиях и т.д. Понятна цель издания такого приказа- переполненные больницы (в которых, правда, планируют сократить число коек на 30%), но думать нужно не о койках, а о больных. Спустя некоторое время этот приказ был отменен Росздравнадзором, но не как наносящий значительный вред пациентам, а как противоречащий приказу Московского департамента здравоохранения. В соответствии с приказом

Минздрава РФ №388н «Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной помощи» все вызовы должны быть разделены на экстренные и неотложные, и решать это должен втемную средний медработник, принимающий вызовы. Отличия в том, что экстренные обслуживаются в первую очередь, а неотложные- когда нет экстренных. Однако в этих переплетениях не могут разобраться даже юристы, хотя в приказе написано, что к неотложным относятся внезапные острые заболевания и обострения хронических, куда можно отнести больше половины всех заболеваний и состояний. Получается, что вызовы на «острый живот» или «скачок артериального давления» откладываются на вторую очередь. Этим же приказом сокращаются составы бригад скорой помощи, вводится фельдшер-водитель, ликвидируются бригады санитарного транспорта и санитары в линейных бригадах. Кроме того, для дооснащения каждого автомобиля понадобится от 2-х до 9 млн. руб. Судя по всему этот приказ может только ухудшить результаты работы СМП, о чем заявил главный врач неукомплектованной городской станции скорой помощи С-Петербурга, где дефицит кадров составляет 37%. Кроме того, Минздрав РФ подготовил проект приказа о независимой оценке работы медучреждений и врачей, проверенный на территориях Башкортостана и Пермского края, согласно которому показатели удовлетворенности будут влиять на зарплату врачей.

Как сообщает главный терапевт Москвы В.Тюрин, по новым правилам Минздрава диспансеризация всего населения будет проводиться теперь один раз в три года, а в промежутках- контрольные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования. Очень жаль, что опять перепутаны диспансеризация и периодические профилактические осмотры, что далеко ни одно и тоже, и об этом будет речь вестись далее. Именно профилактические осмотры с определенным перечнем обследований будут проводиться с периодом один раз в три года. Что говорить о чиновниках, если главный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине, бывший военный кардиолог С.А.Бойцов не видит очевидных различий между диспансеризацией и профилактическими осмотрами. Не видит их и Национальная медицинская палата. И такое представление передается во власть. В результате не вполне верифицированных осмотров (и это будет дальше показано), а профосмотрами охвачено 15.7 млн. взрослых и 10.4 млн. детей, получены данные о том, что среди 21-36 летних наиболее часто выявляются болезни эндокринной системы и расстройств питания, а в возрастах от 39 до 60 лет и старше- болезни системы

кровообращения. Для того, чтобы сократить сроки пребывания в стационарах и перенести акценты на амбулаторное лечение, Минздрав РФ почему-то решил воспользоваться результатами проведенных профилактических и других осмотров, в который раз ошибочно называя это диспансеризацией. Именно осмотры, а не диспансеризация, являются массовыми (диспансеризация- всегда адресна и индивидуальна) и проводятся с определенной периодичностью.

Составные части диспансеризации- это массовые профилактические периодические и целевые осмотры, взятие подлежащих контингентов и выявленных случаев отклонения от нормы на диспансерный учет, организация за ними индивидуального диспансерного наблюдения и систематического оздоровления, т.е. это система, а не разовые срезы. Жаль, что работники Минздрава РФ этого не понимают и не владеют азами организации здравоохранения. Поэтому в расходы на так называемую «диспансеризацию» не заложены деньги на последующее оздоровление граждан, у которых выявлены отклонения или заболевания, так же, как они не заложены ни в какие другие расходы. При нынешней организации здравоохранения медицинские учреждения не в состоянии пролечить всех тех, кому необходима медицинская помощь, что уж тут говорить об остальных, дополнительно выявленных при осмотрах. Теперь Минздрав РФ намерен опросить прошедших так называемую диспансеризацию. Так вот, по результатам этих профилактических осмотров оказалось, что только чуть больше 30% россиян можно признать полностью здоровыми. К достоверности данных о результатах проведенных осмотров мы еще вернемся, она оставляет желать лучшего. Эти осмотры оплачиваются через систему ОМС, для чего выделено 80 млрд. руб., большая часть которых еще не израсходована. Вызывает удивление попытка установить уровень заболеваемости на основе разовых осмотров, что является безграмотным и может только свидетельствовать о крайне низкой подготовке по основам статистики здоровья. Поэтому все руководители здравоохранения любого уровня должны не просто формально получить по договоренности соответствующий сертификат специалиста, как это нередко имеет место, а пройти полноценный курс обучения по общественному здоровью и здравоохранению с проверкой полученных знаний. Как представляется, даже при прохождении сертификационного цикла обучения в 144 часа без пропусков занятий получить достаточный объем глубоких знаний по новой специальности для врачей практически невозможно. Даже главным врачам больниц, которые считаются организаторами здравоохранения, трудно

ориентироваться в организации территориального здравоохранения, поскольку это принципиально иная сфера деятельности. В качестве примера неудачного управления народным хозяйством можно привести бывших директоров «Уралмаша» и Минского тракторного завода, ибо они ошибочно полагали, что в идеале страна или крупный регион должны работать как один большой завод.

В последнее время Минздравом РФ подготовлен давно назревший проект приказа, регулирующий правила и условия предоставления медицинской документации (или копий), а также законопроект о попечительских советах, которые ранее существовали в царской России и теперь повсеместно за рубежом. Вызывает сомнение возможность общественного контроля за деятельностью медицинских организаций при рекомендуемом законопроектом (пункт 5) составе участников попечительских советов. Кроме того, Минздрав РФ создает видимость публичности своих решений, вывешивая их на своем сайте и напрасно надеясь на поступление мнений врачей.

Все изложенное ранее приводит к нарастающей неудовлетворенности граждан доступностью, качеством и платностью медицинской помощи, а также отношением к ним со стороны медперсонала. Здравоохранение теряет свой общественный характер, а медицина — присущую ей гуманистическую направленность. Именно в последние годы в связи с нарастающей коммерциализацией здравоохранения резко понизился уровень медицинского гуманизма, медицинской этики, качества медицинской помощи, что также относится к проблемам врачебных кадров и напрямую связано с образованием. Квалификация врачей нуждается в значительном улучшении, а сами врачи, которые должны **восстанавливать** основной ресурс общества — здоровье, переведены как бы в обслуживающий персонал (оказывающий медицинские услуги), большей частью с низкой зарплатой, невысоким рейтингом своей профессии и чрезвычайно жестким и неоправданным административным давлением.

В результате, врачи Дальнего Востока, Урала, Алтая, Брянска, Москвы. Ижевска и в других местах стали бастовать из-за имеющихся сложностей в профессиональном росте, вследствие недостаточного внимания к их труду со стороны властей, из-за задержек и так низкой оплаты труда, из-за падения гуманизма и нравственности в медицине и необходимости поборов с пациентов вследствие недоплаты их труда, из-за высокой профессиональной нагрузки и чрезмерной зависимости от чиновников. На врачебную или медсестринскую

ставку прожить невозможно, поэтому медицинские работники вынуждены заниматься подработкой, что может негативно влиять на качество их труда. Полная зарплата врача на селе (деревня Медное Тверской обл.) составляет 6300 руб., а медсестры — 5700 руб. В Саратовской области зарплата медсестер зависит от премии, надбавки за стаж и категории. В Архангельске средняя зарплата врачей- 11-15 тыс. руб. В Приморье зарплаты врачей с 2012 г. не выросли, а, наоборот, два раза снижались. Иначе говоря, врачи так и не увидели реального роста своей зарплаты, который, в соответствии с указом Президента РФ, должен был состояться к концу 2012 г. В первом квартале 2013 г. почти в трети регионов страны уменьшился фонд оплаты труда работников участковой службы и ФАПов. В Ижевске после «итальянской» забастовки возмутительно для врачей увеличили надбавку к должностному окладу (в 4600 руб.) на 690 руб. и теперь врачи со всеми переработками, дежурствами, совмещением нескольких участков, разными надбавками стали получать почти 25 тыс. руб., медсестры-14 тыс., санитарки-около 8 тыс. при росте оплаты ЖКХ, проезда на транспорте, цен на питание и т.д. То же самое произошло и в Бердске, где в связи с угрозой забастовки врачей-педиатров правительство Новосибирской области пообещало повысить им зарплату. Получается, что без забастовок, которых местная власть опасается, не обойтись. Молодым врачам в Костромской области пообещали единовременные пособия, что составит в городах 830 руб. в месяц, а на селе- в 2 раза больше и то в течение 5 лет. Но обозначенные выше поиски дополнительных заработков несомненно отражаются на качестве работы, на пациентах и на нарастающей усталости медперсонала. А министр здравоохранения РФ считает, что в более половины субъектов зарплаты врачей растут, а нарушения имеют место лишь в отдельных учреждениях. В селекторном совещании она заявила, что на местах «нет никаких оснований снижать заработную плату медицинским работникам». Значит, снижают без оснований. Этот вопрос обсуждался на заседании правительства, но пока без каких-либо результатов. А уже 8 мая 2013 г. в адрес должностных лиц субъектов Федерации было по этому поводу направлено письмо Минздрава РФ со ссылкой на поручение Президента РФ о необходимости повышения зарплаты медицинским работникам. Тем не менее, возникает вопрос, почему зарплату медработникам нужно привязывать к средней по региону, а не к тяжести, напряженности, значимости и ответственности их труда?

Информация с мест сейчас напоминает о прошлых вестях с полей во время «битвы» за урожай. Сплошь и рядом идет информация о закрытии медицинских

учреждений и отделений по весьма сходным схемам, сопровождаемая протестами пациентов и медработников. В целях «оптимизации» в Липецке власти решили закрыть 200-коечную больницу скорой помощи и на ее месте организовать платный хоспис; в Санкт-Петербурге медики и жители не бесполезно протестовали против закрытия 442 окружного госпиталя и против ликвидации ГКБ № 31, в которой вначале хотели закрыть отделение детской онкологии и гематологии, как будто таких больных больше нет; в Ижевске протестную акцию педиатров поддержали врачи-терапевты; в Москве сносят детские больницы и на их месте возводят гостиницы, москвичи протестуют, но их никто не слышит, бесполезно протестовали они и против закрытия 60-й больницы и передачи ее в гастроэнтерологический центр; помимо 60-й больницы на 1000 коек для ветеранов в Москве уже закрыли больницы №45 (бронхо-легочная), №47 (урологическая), закрыт глазной центр при Морозовской детской больнице, закрывается родильный дом №6, снесены здания 2-х детских инфекционных больниц (в т.ч. б-цы №12), в больнице №7 сокращаются бюджетные койки и растет число платных коек, на грани закрытия находятся еще 2 больницы (№№59 и 63), которые планируют преобразовать под платные медицинские центры, объединяются другие учреждения (в том числе роддома с больницами на значительном расстоянии) и все это делается либо из-за земельных участков в центре (под гостиницы), либо для передачи учреждений в концессию в частные руки и коммерциализации московского здравоохранения, а на пациентов не обращают внимания; в Челябинской области ликвидируют кардиохирургическое отделение; в Перми кому-то приглянулся успешно функционирующий учебно-методический центр; по пять больниц в течение прошлого года были закрыты в Тульской и Кировской областях, по три- Оренбургской и Рязанской, а в Курской области закрывают сельские больницы и теперь больным нужно преодолевать значительные расстояния; закрываются не только больницы, но и санатории- в Ивановской, Калининградской и других областях; в Ярославле многопрофильную городскую больницу № 3 превратили в малопрофильную с намерением ее закрыть, против чего протестовали жители (свыше 9 000 подписей), а врачи объявили голодовку, что заставило правительство региона отказаться от своего решения; в той же Ярославской области закрыли пять районных больниц и прогремевшее на всю страну родильное отделение Борисоглебской районной больницы, причем этот маленький роддом пережил все революции, Гражданскую войну, Великую Отечественную и селяне поддерживали его в нормальном

состоянии за свой счет, в т.ч. на собранные по дворам деньги установили душевую кабину и унитаз; Пермский Минздрав 2 года экономил на стимулирующих надбавках для медиков села; в Свердловской области решили в больницах сократить неэффективно используемые площади, поскольку больницы должны теперь сами оплачивать коммунальные услуги и ремонты; правительство Архангельской области сократило доплаты работающим врачам; Вологодские власти для снижения выплат врачам сельскую больницу перевели в городскую; в Подмосковье стало меньше социальных аптек; в Коми решили реорганизовать маломощные медицинские учреждения (участковые больницы и ФАПы); только после вмешательства прокуратуры получили зарплату Забайкальские врачи, а Приморские медики не получали зарплату 4 месяца; по данным прокуратуры в Санкт-Петербургском НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова пациентов вынуждают платить за бесплатные медицинские услуги, а в городской поликлинике № 74 и ГБ № 36 прокуратура обвинила в дефиците врачей руководителей этих учреждений. Все это делается, главным образом, для отъема земельных участков и зданий в коммерческих целях, т.е. в здравоохранении царит полный произвол. Кстати, сдача государственных и муниципальных медицинских учреждений в концессию означает лишь подмену государственной инфраструктуры на частную, когда учреждение сохраняется, но бесплатную медицинскую помощь уже не оказывает. В 2012 г. отменена бесплатная ординатура по терапии и педиатрии, а к 1 января 2017 г. будет полностью ликвидирована интернатура по ОВП, педиатрии, терапии, общей стоматологии и т.д. и т.п. В Пензенской области число специализированных бригад скорой медицинской помощи уменьшат в 10 раз, сократив кардиологические, неврологические, реанимационные и другие бригады, а главный специалист Минздрава РФ по скорой медицинской помощи С.Ф.Багненко, высоко квалифицированный хирург по экстренным медицинским показаниям, хочет убрать из службы врачей и водителей, вместо них посадить 2-х фельдшеров, один из которых будет выполнять функции шофера, а другой-санитара, поскольку, как он считает, задачей СМП является не оказание помощи на месте, а доставка пациентов в стационары, которые, в основном, для массового поступления больных не приспособлены. Кроме того, из регистра медицинских работников следует, что почти 80% фельдшеров составляют женщины, средний возраст которых -35 лет, что позволяет представить себе новые веяния в СМП. Несмотря на то, что пациентами Государственного консультативно-диагностического центра по иммунопрофилактике в Москве являются более 7

тыс. детей, московские власти отбирают у этого центра прекрасное здание и переводят его в неприспособленное помещение на первом этаже жилого дома. В Москве в районе Бирюлево власти передают поликлинику, две школы и четыре детских садика, построенных за бюджетные средства налогоплательщиков, в частные руки, что отражает проводимую политику на коммерциализацию образования и здравоохранения. Люди протестуют, но их никто не слышит и никому их мнение не важно, даже Тверскому районному суду Москвы. Поистине складываются новые отношения народа и власти, примерно такие, как у слепого с глухим. Больные перестали доверять врачам, врачи- больным, в результате в ряде мест беседы врача с пациентами стали записывать, в том числе и на видеокамеры. Ничего подобного в других странах нет и быть не может, напротив, там соблюдается полная конфиденциальность таких бесед и гласность при решении общественных проблем, вплоть до референдумов. Запись на видеокамеры- это «изобретение» наших чиновников как бы в качестве защиты от судебных исков. Подобная вышеизложенному «оптимизация» с легкой руки отраслевого министерства идет по всей стране. И это все происходит без учета мнения медицинской общественности и пациентов (видимо, забыли, что здравоохранение — для пациентов, а не наоборот), без какого-либо научного и социально-экономического обоснования. Очень жаль, что Конституционное право на референдумы упразднено, поскольку все эти проблемы должны были бы вынесены на всенародный референдум, поскольку касаются каждого человека. Указы Президента РФ В.Путина об улучшении здоровья и повышения зарплаты медработникам не выполняются или выполняются частично. Пациенты протестуют и выступают против закрытия больниц, поликлиник, роддомов, ФАПов, врачи митингуют против развала здравоохранения и снижения зарплаты. В Приморском крае зарплаты медикам с 2012 г. дважды снижались, На Южном Урале повышение зарплаты намечено за счет сокращения медперсонала, сотрудники Одинцовской станции скорой помощи жалуются Президенту страны на снижение зарплат и невыносимые условия работы, в Северо-Западном федеральном округе по неполным данным не хватает почти 10 тысяч врачей, в Екатеринбурге дефицит врачей составляет 45%,, на Архангельской станции скорой помощи не хватает 80 врачей, в Смоленске врач-кардиолог на 1.5 ставки получает 12.4 тыс. руб., невропатолог- 9.5 тыс. руб., медсестра с 2—летним стажем- 7.3 тыс. руб., в Ярославле зарплата зав. отделением в ЦРБ- 18 тыс. руб., в Перми урологи получают до 12 тыс. руб., а медсестра с 30-летним стажем- около

7 тыс. руб., в Кировской области зарплата фельдшеров на скорой помощи- 8000, медсестра в Саратове с премией, надбавкой за стаж, доплатой за категорию получает 12-15 тыс. руб., бастуют врачи Оренбургского областного тубдиспасера, оклад которых составляет всего 5000, а 30% надбавка прибавляет только 1500 руб., там же после доплаты медсестры и санитарки живут на уровне нищеты и т.д. У фельдшера скорой помощи в поселке городского типа Хабаровского края оклад -3100 руб., и от нее в силу дефицита кадров требуют работать через сутки. По мнению этого фельдшера, скорая помощь- это кадры, транспорт, оснащение и связь, но ничего этого в глубинке нет или все находится в убогом состоянии, а службу скорой медицинской помощи «в стране уничтожают», и с этим трудно не согласиться. Проведенный опрос среди жителей Нижегородской области (2013) показал, что они оценивают работу по исполнению указа Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» как неудовлетворительную. Больше всего жалоб поступило от опрошенных на платность медицинской помощи и очереди в поликлиниках. Но это не является спецификой одной области. В приложении содержатся мнения пациентов, которые поставили обоснованный диагноз существующему здравоохранению.

Во многих территориях каждой поликлинике спустили план по осмотрам по цене 1150 руб. за осмотр. По отчетам в день в поликлинике осматривается 160-170 человек, а в реальности- 5-10%, да и то весьма поверхностно и формально. Руководство делает вид, что не в курсе. Никто не знает, как заманить людей на осмотры. Можно себе представить, какова достоверность сведений, докладываемых органам власти. В прежние времена это была целая успешно функционирующая система, которая оказалась полностью разрушенной.

В Новочеркасске Ростовской области уволился в один день 51 водитель скорой медицинской помощи из 64 из-за низкой зарплаты (от 9 до 12 тыс. руб.), неприемлемых условий труда и закрытия гаража, который служил ремонтно-технической базой. Во Владикавказе по акции протеста в смену стали выезжать в 2 раза меньше бригад, чем обычно. Врачи скорой помощи, несмотря на забастовку, продолжали обслуживать вызовы. По словам врачей их средняя зарплата-8-10 тыс. руб., а по отчетам-30 тыс. Проверкой работы скорой медицинской помощи там занялась местная прокуратура. Психиатр из Южноуральска объявила голодовку, поскольку ее зарплата составляет 4 тыс. руб. После официально объявленного повышения зарплаты доходы многих врачей снизились, а у реаниматологов, анестезиологов и нейрохирургов Иркутска –в 3

раза. После перевода скорой медицинской помощи в систему ОМС зарплата медиков Московской области снизилась на треть. Более того, скорую помощь в С-Петербурге обязали выезжать на каждый поступивший вызов, игнорируя прописанные поводы для вызова скорой и неотложной помощи, что привело в 40% случаев к необоснованным вызовам и, соответственно, к высокой доле ненужных затрат. Аналогичная ситуация отмечена практически на всей территории страны. В Москве в конце 2012 г. – начале 2013 г. состоялись 3 митинга врачей (и еще в 7 городах страны), протестующих против платной для пациентов медицинской помощи, против осуществляемой так называемой «реформы» здравоохранения, против давления чиновников, против кадровой деградации в здравоохранении и массовой ликвидации медицинских учреждений. Со всеми надбавками, совместительствами и переработками реальная средняя зарплата врача в Москве составляет не 60-70 тыс. как это выглядит по официальным отчетам, а 25-30 тыс. руб., в то время как руководители учреждений здравоохранения получают в 15 раз больше. Практически во многих местах медицинские работники объединяются с пациентами под девизами: «Нет развалу здравоохранения, за достойную медицину, здоровье не товар» и акция их протеста прошла в ряде городов страны. Врачей-педиатров из Ржева, выложивших свои фотографии в Интернете с требованиями прекратить развал бесплатного здравоохранения и улучшить условия труда для медперсонала в поддержку бастующих врачей в Ижевске, должны были судить за сговор и несанкционированное (?) размещение в Интернете совместной фотографии. Однако, городской суд Ржева их оправдал. Власть на все это реагирует по-разному. Одни, например, глава Удмуртии обозвал протестующих врачей иностранными агентами и отморозками и посоветовал ФСБ присмотреться к этим врачам, в Тверской области многих врачей грозят привлечь к судебной ответственности, другие, например, в Пензенской, Псковской, Смоленской областях и в нескольких других территориях пытаются решить эти проблемы, кубанским медсестрам обещано повышение зарплаты на 5000 руб. В Брянской области губернатор предпринимает энергичные меры по привлечению в область каждого врача и пообещал, выступая 25 июля 2013 г. перед депутатами областной думы, «приструнить главных врачей- хапуг». Другой губернатор гордится тем, что благодаря ВМП в области произведено свыше 1000 операций на сердце, т.е. спасена тысяча людей, в то время как из-за низкой доступности элементарной помощи могут погибнуть десятки тысяч людей. К сожалению, пока нет

понимания того, что от правильной организации работы первичного звена здравоохранения зависит эффективность (соотношение затрат и результатов) всех остальных уровней здравоохранения. А чиновники отраслевого министерства, противопоставляя себя врачам, докладывают наверх о достигнутых успехах. Так, по докладам Минздрава, осуществляющего мониторинг уровня оплаты труда медицинских работников, за первые пять месяцев 2013 г. средняя зарплата врачей выросла до 38250 руб., медсестер- до 21400 руб., младшего медперсонала- до 11 900 руб. При этом министр заметила, что «выделенные деньги не разворованы, а заморожены на счетах». А по данным Фонда ОМС средняя зарплата врача превысила 40 тыс. руб. Однако все приведенные цифры напоминают «среднюю температуру тела по больнице», когда администраторы медицинских учреждений и медицинские чиновники (их роль- обеспечивающая) получают во много раз больше, чем создающие общественный продукт врачи. Минздрав РФ считает, что пропорции в зарплате руководителей медицинских учреждений и рядовых врачей не должны превышать 8 раз. Однако, это много и не сделает руководителей заинтересованными в повышении зарплаты врачам. Низкие зарплаты врачей в сочетании с трудностями профессионального роста и повышенным давлением чиновников привели к такому феномену как бегство врачей из профессии.

Кроме того, приведенные данные отражают не оклад врачей, а оплату всех их переработок (совместительства, дежурства и т.д.), что не может не отразиться на качестве лечения больных. Если раньше врачи выживали за счет стимулирующих доплат, то теперь вместо этого они могут заработать только за счет повышенной нагрузки: дежурить трое суток подряд или принимать в поликлинике в 3 раза больше пациентов и т.д. Это все отдано на откуп главному врачу, он может установить надбавки и штрафы за что угодно. Например, пожаловался пациент, просидевший в очереди из-за огромной нагрузки на врача,- минус несколько тыс. руб., допустил опечатку- потерял ползарплаты и т.д. Если в крупных городах врачи могут выживать за счет подработки в коммерческой медицине, то в районах это невозможно. И хотя врачи должны получать в несколько раз больше, тем не менее, официальные реляции дали возможность Всемирному банку включить Россию в число стран с высоким уровнем дохода, теперь понятно у кого. Вот и в проекте федерального бюджета на 2014-15 гг. заложены огромные средства (135 млрд. руб.) на повышение зарплаты федеральным чиновникам. Вместе с тем, медицинские учреждения Брянской

области недополучили свыше 300 млн. руб., в Пермском крае недополучено 25% от федеральных нормативов, жители Архангельска вынуждены платить за лекарства, положенные бесплатно, врачи под давлением чиновников перестраховываются и перед каждой процедурой берут с пациентов расписку. Все это напомнило проф. А.С.Бронштейну «потемкинские деревни». От полной безысходности руководство Минздрава РФ призвало чиновников лечиться в отечественных медицинских учреждениях. Теоретически это сыграло бы свою роль в улучшении организации всей работы и ее условий, а практически — все останется как есть. Одновременно министр уверяет родителей, что адекватную помощь их дети могут получить в российских клиниках и для этого не нужно ехать за рубеж. Но довольно известные благотворительные фонды сплошь и рядом собирают средства для зарубежного лечения тех детей, которым либо отказали в лечении в российских клиниках, либо для которых не нашлись нужные препараты или протезы. Весьма активно на этом поприще работают фонды Ч. Хаматовой, АиФ, радио «Эхо Москвы» и другие. Только с помощью телезрителей Первого канала Русфонд за первые 5 месяцев 2013 г. собрал на лечение за рубежом тяжелобольных детей свыше 500 млн. руб. В то же время в 2012 г. Минздрав РФ из выделенных на лечение за рубежом 177 млн. руб. вернул «за ненадобностью» в бюджет 77 млн. руб.

Все изложенное свидетельствует о полном произволе в здравоохранении, чего в условиях государственно-бюджетной системы быть не может. Забастовочным движением врачей охвачены многие страны, но там выдвигаются несколько иные требования. Например, в Португалии бастовали 90% врачей (их зарплата в государственном секторе — 2500 евро, в частном — еще выше), протестовавших против уменьшения финансирования здравоохранения и снижения доступности медицинской помощи бедным слоям населения. В Испании врачи резко выступили против решения о передаче медицинских учреждений, созданных на общественные средства, в частные руки. Под давлением врачей Конституционный суд Испании отменил решение о предоставлении нелегалам медицинской помощи только на платной основе, мотивируя это не только заботой о здоровье нелегалов, но и тем, что отсутствие для них бесплатных профилактики и лечения может негативно сказаться на здоровье всего населения. Видимо, в Испании не столько думают о деньгах, сколько о людях. И, вообще, в западных странах почему-то многое сделано для удобства простых людей. В Словении Движение за сохранение общественного

здравоохранения выступило против намерения правительства приватизировать здравоохранение и образование, обосновывая это тем, что большая часть граждан (кроме состоятельных) вследствие недоступности будет становиться все менее образованной и здоровой, что будет означать возврат в средние века и в период мракобесия.

Пока еще в нашем обществе и даже в медицинской управленческой среде не сложилось понимание того, что основу здравоохранения составляет не Минздрав, а система «пациент–врач», а все остальное (медицинские учреждения, органы управления, страховые структуры, фонды и т.д.) — это надстройка, задача которой состоит в обеспечении работы базиса. Базис нужно не душить, в т.ч. проверками, а содействовать лучшему взаимодействию на этом уровне. Именно поэтому надстройка должна не лицензироваться, а аккредитоваться, т.е. доказывать, что обладает всеми необходимыми условиями и возможностями для обеспечения нормальной работы базиса. Такой подход принят в развитых странах. А начинать работу по лицензированию, т.е. по разрешению на деятельность, следует с врачей первичного звена здравоохранения при расширении их статуса (задач, возможностей и полномочий). Правильно подготовленный врач общей практики (ВОП) как самостоятельно хозяйствующий субъект должен превратиться в субъект права с соответствующей оплатой его труда, профессиональной автономией и ответственностью. Однако при оказании специализированной (амбулаторной или стационарной) медицинской помощи врач является звеном технологического процесса и потому только в отдаленной перспективе может стать субъектом гражданско-правовых отношений с заключением соответствующих договоров при создании для этого необходимых условий. Но пока, по свидетельству П.А.Воробьева, врач у нас никто и звать его никак, в т.ч. вследствие отсутствия узаконенного определения термина «врач». А.В. Тихомиров предлагает радикальный путь системообразования нового здравоохранения через управление объектами здравоохранения, имуществом и ресурсами, а не управление субъектами- учреждениями здравоохранения, как сейчас, т.е. полностью осуществить переход от субъектов к объектам права. Вариант вполне обсуждаемый, однако, при этом может нарушиться желаемая целостность системы. У нас же деятельность осуществляют не люди, а учреждения, т.е. стены, потолки, оборудование и т.д. В то же время, если наделять всех врачей лицензией, т.е. разрешением на деятельность, то такие врачи должны стать самостоятельно хозяйствующими субъектами, иметь

приобретенную за свой счет из высокой зарплаты страховку своей профессиональной деятельности, медицинская помощь должна полностью превратиться в набор рыночных услуг, а само здравоохранение должно носить выраженный рыночный характер. Это все звенья одной цепи. Врачи не имеют возможности оплачивать свою страховку и за них это должно делать медицинское учреждение. Кроме того, рыночное здравоохранение является логичным продолжением системы медицинского страхования, которая показала свою низкую эффективность, затратность, бесперспективность с чрезвычайно слабым влиянием на удовлетворенность пациентов и их здоровье. Именно поэтому предлагается давать разрешение на деятельность только врачам общей практики, которые могут стать субъектом права, самостоятельно решать, сколько им нужно и каких ресурсов, и в то же время работая на контракте (договорные отношения в виде госзадания) с государственными и муниципальными органами. Конечно же, госзадание не должно представлять собой спущенный сверху директивный план работы, а форму согласованного удовлетворения спроса, предъявляемого государством конкретному медицинскому учреждению. И не надо опасаться термина «частнопрактикующий врач общей практики», поскольку это означает самостоятельность его решений и действий. Врач же теперь оказывает не медицинскую помощь, а медицинские услуги, его перевели в обслуживающий персонал и опустили до банно-прачечного уровня с соответствующей оплатой. У врачей потеряно мерило своего труда и его адекватной оценки. Не просто разница в оплате, а несоизмеримо разные доходы отдельных групп населения убили понятие зарплаты как главного эквивалента их труда. Им непонятны заслуги тех, кто ведет роскошный образ жизни, эти люди не создали художественные шедевры, не имеют мировой славы, не приносят пользу другим людям. Все это стирает восприятие зарплаты, как мерила отданного общества труду. Отсюда у многих вытекает равнодушие к пациентам и рассмотрение их в качестве возможного источника дохода врача. С другой стороны, чтобы не попасть в число нарушителей прав пациентов, врач многократно перестраховывается, старается внешне угодить пациентам, делает не всегда нужные исследования и манипуляции, «отгораживается» от пациентов дорогостоящей аппаратурой, в итоге перестает мыслить клинически и брать на себя ответственность, что ведет к такому негативному явлению, как «дегуманизация медицины». Между тем, врачебные специальности по шкале престижности и, соответственно, оплате занимают среди всех специальностей первые 10 мест в США (там к врачам

относятся с большим уважением все: от домохозяек до полицейских), оставляя позади себя юристов, авиадиспетчеров, банкиров и др., в испаноговорящих странах и в Японии 2-е место, 3-е место в Скандинавских странах и т.п. Анализ оплаты труда врачей (земских, городских, уездных, военных, железнодорожных и др.) в царской России в 1903 г. показывает, что в сопоставимых ценах сейчас это минимально должно составлять 2500 долл. в месяц. Престижность зависит не столько от занятых в данной профессии, сколько от степени развития общественного сознания, от правильного понимания общественных ценностей, от государственных приоритетов и политики. Видимо, **пора создать табель рангов, но не по чиновничьим должностям, а по специальностям.** И тогда первый ранг должен быть присвоен, как и во всем мире, судьям, юристам, занятым на государственной службе, медицинским работникам и педагогам. Давно пора также определить, за что отвечает врач, за что врачебное сообщество, за что отрасль здравоохранения, а за что государство.

Отсутствие федеральной Стратегии охраны здоровья населения препятствует достижению целей по улучшению здоровья населения РФ, разработке региональных стратегий, что в целом существенно **снижает эффективность государственной политики в этой сфере деятельности**. Таким образом, все вышеперечисленные факторы свидетельствуют о необходимости скорейшей разработки и реализации комплексной Стратегии охраны здоровья населения РФ до 2020 г.

Настоящий документ **«Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг**. и последующие годы» разработан не в противовес другим документам и ориентирован на ближайшее будущее. Он определяет основные направления для достижения целей по улучшению здоровья населения РФ и повышения его удовлетворенности охраной здоровья и медицинской помощью. Интегральные критерии достижения этих целей — увеличение ожидаемой продолжительности жизни российских граждан с нынешних 70,3 до 74–75 лет и значительное повышение доли населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи. Стратегия представляет собой форсайт (foresight), т.е. совместное экспертное видение недалекого будущего, т.е. перспективной модели, к которой нужно стремиться, а ее мероприятия являются «дорожной картой», показывающей направления движения к этому будущему.

Особенность настоящей Стратегии состоит в том, что она предусматривает **комплекс мероприятий, направленный на сохранение и улучшение здоровья населения**: создание условий для ведения здорового образа жизни (благоприятная среда проживания, здоровое и качественное питание, безопасные условия труда на производстве, мотивация населения к сохранению своего здоровья), а также доступность и качество медицинской помощи нуждающимся. Главный акцент в части медицинской помощи сделан **на обеспечении широкой доступности бесплатной первичной медико-санитарной помощи (а в дальнейшем и всей медицинской помощи) и лекарственного обеспечения населения**. И расходы на охрану здоровья, и расходы на оказание медицинской помощи в совокупности с пропагандой здорового стиля жизни не являются безвозвратными затратами, а, скорее всего, серьезными **инвестициями** в будущее страны.

В Стратегии показаны необходимые объемы и источники обеспечения государственной системы здравоохранения, в том числе предложено отказаться от ничего не гарантирующей Программы государственных гарантий, платной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, неэффективной и затратной модели ОМС и перейти на государственно-бюджетную модель финансирования, как более экономичную и прозрачную. Более подробные сведения об этом содержатся в тексте документа. Естественно, универсальной для всех стран модели здравоохранения не существует, хотя в каждой из них должны соблюдаться общечеловеческие гуманистические принципы, изложенные в рекомендациях ООН, ВОЗ, в различных международных хартиях и декларациях (Алма-Атинская, Оттавская, Люблянская, Таллиннская, о правах детей, пациентов и т.д.). В России в 1990-е годы сформировалась под влиянием извне особая, затратная и не достаточно результативная модель здравоохранения, которую рассматривали в качестве временной меры в ответ на резкое сокращение бюджета и которая основана на значительной экономии бюджетных средств с попытками создания в здравоохранении рыночных отношений, в которых главной целью является получение прибыли, а не улучшение состояния больных, с перекладыванием ответственности за здоровье и здравоохранение на систему обязательного медицинского страхования (ОМС), с ростом недоступности квалифицированной медицинской помощи, с ухудшением отношения к пациентам, что привело к их значительной неудовлетворенности, росту числа судебных исков, а также к

недовольству среди медицинского персонала. В результате это явилось одной из причин нарастающего в стране недовольства властью. Получившийся **бюджетно-страховой гибрид** из моделей Великобритании и США оказался весьма далеким как от государственно-бюджетного характера, так и от страховых принципов. При этом не учитывалось, что обе исходные модели непрерывно эволюционируют, двигаясь как бы навстречу друг другу: американская частно-страховая модель становится все более социализированной, а в государственно-бюджетную английскую модель стали проникать отдельные страховые элементы. О предстоящей конвергенции разных мировых систем здравоохранения в сторону принципов социальной справедливости, широкой доступности и потенциального равенства при оказании медицинской помощи, независимо от дохода, говорил еще в 1980-х годах известный американский политолог Марк Филд на первой международной конференции (СССР-США) по системному анализу в здравоохранении, организованной в Москве от Венского международного института прикладного системного анализа (IIASA) и Научного совета по системному анализу при Госкомитете СССР по науке и технике. Он высказал мысль о том, что наше здравоохранение должно перейти от распределительной системы, поддерживающей наличествующие и новые мощности, к договорным отношениям и оплате за результаты деятельности, а американское здравоохранение должно становиться более гуманным и социализированным. Видимо, не стоит идеализировать модели здравоохранения в разных странах, все они имеют свои позитивы и дефекты, равно как и развитие медицины: в развитых странах, да и в России также, есть целый ряд известных и продвинутых медицинских учреждений, а остальные характеризуются не всегда адекватным отношением к пациентам и далеко не выдающимися результатами. Несмотря на это многие состоятельные российские пациенты стараются лечиться в Германии, считая, что в России низкие квалификация и профессиональный уровень врачей, низкое качество медицинской помощи, равнодушное или плохое отношение к пациентам (хотя это не всегда и не везде так) и потому не стоит зря тратить время и деньги. Даже у властей полного доверия к нашим врачам нет и потому хотят, чтобы медицинскую помощь в период сочинской Олимпиады-2014 г. оказывали более 2500 врачей и медсестер из Германии на базе стационарных клиник, мобильных госпиталей и пунктов ПМСП. Такое трудно себе представить в любой другой стране.

Российский бюджетно-страховой гибрид показал свою слабую жизнеспособность и в результате здравоохранение должно прибиться к какому-либо берегу — бюджетному или страховому. К тому же с 2013 г. финансирование скорой медицинской помощи осуществляется за счет ОМС, а не как ранее за счет бюджета регионов, что является практически неподготовленным, ведет к снижению зарплаты на 20–30%, что отражается на качестве работы, и к сокращению численности работников. Соответствующее письмо ФФОМС посвящено не организации работы скорой помощи в условиях ОМС, а экономическим вопросам. В частности, предусмотрено увеличение штрафных санкций в пользу страховых компаний. Оплата работы скорой помощи ставится в зависимость от числа вызовов, а не от объемов оказанной медицинской помощи, ее качества и результатов. Е.Костюшов (2013) резонно поднимает вопрос о том, что тогда и МЧС, газовая и аварийная служба должны оплачиваться в зависимости от числа чрезвычайных ситуаций, пожарная служба- в зависимости от числа пожаров и т.д. Теперь в системе ОМС могут быть задействованы и частные клиники, но действующие пока тарифы их не очень устраивают и они требуют существенного увеличения тарифов для полного покрытия всех своих расходов, в т.ч. и на аренду помещений. Но даже полный тариф не покроет все расходы частных клиник. Частным клиникам разрешено участвовать в выполнении ПГГ, но при этом они должны работать по государственным правилам, проходить оценку качества и подвергаться соответствующим проверкам. Есть основания полагать, что такая форма взаимодействия с государственными программами для частных клиник, как саморегулируемых организаций, может оказаться нежелательной. Все это еще раз свидетельствует о тенденции переноса финансовых расходов с бюджетов без учета финансовых возможностей системы ОМС. Правда, ФФОМС предполагает расширение структуры тарифа на оплату медицинской помощи за счет включения инвестиционных расходов, амортизации зданий, сооружений и оборудования, установления его сразу на три года, что позволит привлечь в систему ОМС больше частных медицинских организаций. Отсюда у специалистов возникает вопрос, перекликающийся с высказываниями Президента РФ, зачем так широко нужно привлекать негосударственные организации к выполнению государственной функции, поскольку любая частная клиника хочет не просто восполнить свои затраты, но и получить прибыль. Другое дело, и это будет показано далее на примере ряда стран, когда нет иного выхода и государственные

структуры не могут оказать какой-то вид медицинской помощи. В связи с допуском частной медицины в государственную систему ОМС Минздрав РФ ошибочно считает, что может активно регулировать деятельность частных клиник. Однако Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения достаточно аргументировано выступил против этого, подчеркнув, что при этом нарушается действующее федеральное законодательство. В частном секторе, по данным компании CORIS Assistance, на долю стоматологии приходится 40% всего оборота рынка коммерческой медицины, диагностики-20%, гинекологии и урологии- по 15%, косметологии-7%. Особенно за последние 2 года заметен прирост пользователей лабораторных исследований (на 19.3%), далее следуют консультации и осмотры врача, диагностика, лечение кариеса, зубопротезирование, вызов врача на дом, массаж, лечение в стационаре.

Подобный предлагаемому в Стратегии переход от страхового к бюджетному финансированию произошел после 2-й мировой войны в Италии, Испании, Португалии, Дании, Финляндии, Ирландии, Норвегии, Швеции и Греции, и только Израиль от бюджетного финансирования перешел на систему медицинского страхования. Из стран с ОМС больше всего страховых медицинских организаций (СМО - фондов, больничных касс) функционирует в Германии (350), Швейцарии и Бельгии (около 100) с тенденцией к их сокращению. Все СМО — частные некоммерческие организации и только в Нидерландах и Швейцарии в ОМС принимают участие коммерческие СМО. При этом должно быть застраховано 100% населения, за исключением Германии и Нидерландов, где госслужащие и лица с месячным доходом в 3500 евро и 3000 евро и выше, соответственно, обязаны застраховаться по системе добровольного медицинского страхования (ДМС), выплачивая все налоги и обязательные взносы. Взносы составляют от 7,4 до 15% ФОТ (или из прибыли) всегда с разделением между работником и работодателем. Взнос за пенсионеров вносят они сами или частично субсидируется пенсионным фондом, дети страхуются за счет работников, безработные — из фонда занятости. Доля налогов в финансировании ОМС составляет не менее 30–40%, и эти средства идут преимущественно на оплату стационарной помощи по клинико-статистическим группам болезней (КСГ), или диагностически связанным группам (ДСГ) — DRG (в Нидерландах — по лечебно-диагностическим комбинациям — DBC, или диагностически стоимостным группам — DCG), а амбулаторная помощь оплачивается по

перечню услуг с элементами подушевого финансирования. Оплата производится по всем статьям затрат, отдельно финансируются капитальные расходы, медицинское образование и общественное здравоохранение. Кстати, DRG, получившие достаточно широкое развитие в мире (а в последние годы- в Германии), впервые предложил американец Bob Fetter свыше 40 лет тому назад для упрощения оплаты стационарной помощи взамен оплаты за каждое по отдельности медицинское вмешательство или назначение (по типу «гонорар- за услугу»). Затем оказалось, что из выделенных 468 DRG наиболее часто встречаются всего 50, которые и брались, в основном, в расчет. Здесь мы не будем разбирать плюсы и минусы данного подхода, но скажем только, что DRG служат не для медицинских целей, а для экономических расчетов. Риски по регионам, структуре населения, занятости и т.д. выравниваются путем перераспределения средств, либо путем создания единого централизованного фонда. Государственных больниц в этих странах практически нет, все они частные (коммерческие и некоммерческие). Видимо, это и служит примером для разрушения у нас сети государственных и муниципальных медицинских учреждений с передачей их в частные руки. В функции ОМС не входят долгосрочное планирование, охрана здоровья, профилактика и раннее выявление заболеваний, установление национальных приоритетов и финансирование по приоритетам. Всё, главным образом, сведено к ретроспективной оплате за уже оказанную медицинскую помощь, что в нынешних условиях крайне недостаточно. Что было плохого (по крупному) в советской системе здравоохранения? Это выраженный недостаток средств и финансирование по остаточному принципу, хотя результаты в определенной мере соответствовали затратам, оплата осуществлялась по объемным показателям (смета, койко-дни, посещения и т.д.) при **полном отсутствии экономической мотивации и экономических механизмов** для улучшения всей работы, к мнению (жалобам) граждан и пациентов прислушивались в малой степени, хотя учет их осуществлялся. А что мы имеем сейчас? Денег выделяется немало при их потерях «по дороге» и при нерациональном использовании. В результате ни здоровье граждан, ни удовлетворенность пациентов не улучшается. Здравоохранение из социальной системы превратили в экономическую, когда не пациенты главные, а убытки. В результате рушится здравоохранение, закрываются многие медучреждения, люди и врачи бастуют. Имеет место экономическая заинтересованность не в росте числа здоровых людей, а в увеличении числа

больных. Отсюда практически полная неэффективность (затраты-результаты) вложений в здравоохранение. Мнение граждан и пациентов сейчас никого не интересует. А жаль, т.к. именно они ставят наиболее точный и правильный диагноз нынешнему здравоохранению (см.приложение), а на последнем Всероссийском конгрессе пациентов даже было высказано недоверие к врачам.

Большинство стран сегодня централизуют свои системы финансирования здравоохранения для достижения равенства регионов в этом отношении, что особенно заметно на фоне нашего регионального разнообразия. Более того, относительно «бедные» системы здравоохранения с финансированием около 1000 долл. на 1 жителя в год и менее (как в России) просто должны быть централизованы, т.к. ими легче управлять, их легче контролировать и удерживать от непроизводительных трат. Правда, в государственно-бюджетных системах есть общая беда — наличие очередей. Однако с этим можно справиться с помощью внедрения контрактных отношений между органами и учреждениями здравоохранения. Контракты (договорные отношения), вместо простого распределения средств (по койкам, посещениям или услугам), предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество, результаты работы со штрафными санкциями и другими условиями, т.е. по сути, контракт представляет собой государственное задание. Получается, что контракты содержат в себе некие экономические механизмы, однако не все экономические отношения являются рыночными, особенно если они не преследуют получение прибыли. Опыт Великобритании, Испании и других стран с государственно-бюджетной моделью показал положительные результаты контрактной системы, в результате чего повысилась эффективность (соотношение затраты–результаты) и снизились очереди на плановую госпитализацию (Дж. Фигейрос и др., 2003). Если в конце 1980-х годов не менее 160 тыс. британцев стояли в очередях на плановые операции (при этом 88% англичан были удовлетворены своим здравоохранением), то после введения договорных отношений очереди практически исчезли. Нужно заметить, что еще во время войны в 1942 г. У. Черчилль обрисовал перспективную модель здравоохранения, а в условиях послевоенной разрухи и расстройства государственного бюджета лорд Беверидж в 1948 г. провозгласил, что все британцы должны иметь равные возможности для получения любой необходимой медицинской помощи в любой необходимой форме за счет средств государства. В Канаде, где уровень жизни один из самых высоких в мире, по закону запрещено предоставление платных медицинских услуг, ДМС используется не для лечения, а для более комфортных условий и для всего населения (35,5 млн. чел.) медицинская помощь является бесплатной, финансируемой из бюджетов 10 провинций и 3 территорий с выравниванием из федерального бюджета, по-прежнему сохраняются длинные очереди на

госпитализацию (листы ожидания) и более короткие на прием врачом общей практики. Это происходит потому, что в Канаде не использован опыт Великобритании и Испании по борьбе с очередями. Правда, нужно отметить, что государство там покрывает почти половину расходов граждан на лекарства, выписанные по рецепту врача. Врача, который за деньги оказал медицинскую помощь своему пациенту, могут осудить и подвергнуть тюремному заключению, а провинция, где это произошло, будет финансово наказана. Здесь не ставится задача представить мировое разнообразие систем здравоохранения, а лишь только обозначить некоторые аспекты, имеющие непосредственное отношение к содержанию данной Стратегии.

Многие считали преимуществом системы ОМС наличие целевого источника финансирования здравоохранения в виде страхового взноса, но у нас он приобрел форму целевого налога.

В Стратегии особое внимание уделено приоритетам, повышению квалификации медицинских кадров и эффективности управления. Реализация такой комплексной Стратегии **потребует вовлечения в работу законодательной и исполнительной власти на всех уровнях** (муниципальном, региональном и федеральном), работодателей и общественных организаций. Значимость целей и межведомственный подход, определенные в Стратегии, потребуют по примеру других стран, где здравоохранение является одним из важнейших приоритетов и курируется первыми лицами государства, **постоянного контроля со стороны Президента РФ** — это на сегодня главное условие достижения успеха на пути улучшения здоровья населения страны. Кроме того, в Стратегии подчеркнута необходимость **гражданского (общественного) контроля** за ее реализацией. Основными постулатами данной Стратегии являются **солидарность, социальная справедливость, равенство, всеобщее покрытие, паритеты ответственности, бесплатный доступ к возможностям охраны здоровья и к качественной медицинской помощи, открытость и публичность, честность и компетентность руководителей отрасли.** Это же неоднократно подчеркивалось ВОЗ. Так, на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (2002) говорилось о том, что частная медицина приобретает все большее значение и это создает трудноразрешимые политические дилеммы. А платные услуги и приватизация в здравоохранении оказывают отрицательное воздействие на солидарность, снижают доступность медицинской помощи «недостаточно обслуживаемых групп населения» и ухудшают результаты в отношении здоровья.

Настоящая Стратегия является научным трудом, поскольку базируется на аналитических разработках, результатах многочисленных исследований, содержит прогностические ориентиры и, частично, способы их достижения. Иначе говоря, данная Стратегия является не столько политическим, сколько аналитическим документом, хотя в какой-то мере и определяет политику в сфере охраны здоровья на многие годы вперед. Данный документ посвящен не развитию медицины и в нем идет речь не об экономических подходах, а о развитии системы охраны здоровья в стране, как основы для существенного улучшения здоровья ее граждан, и об организации медицинской помощи нуждающимся в ней. Поэтому для ее реализации именно в части охраны здоровья потребуется привлечение целого ряда сторонних специалистов: социологов, экологов, политологов, экономистов, юристов и др., т.е. создать комплексную команду при Национальном совете по охране здоровья. Именно поэтому часть системы охраны здоровья- традиционное здравоохранение- нашло в данной Стратегии представление, достаточное для обсуждения. Вполне естественно, что реализовать данную Стратегию в короткое время не получится, тем более в условиях экономической стагнации, но, как говорил Конфуций, «не важно, насколько медленно ты движешься, главное- не останавливаться». Иначе говоря, процесс совершенствования и развития может быть не столь быстрым, как того хотелось бы, но непрерывным.

Еще Н.И. Пирогов писал, что главное предназначение врача — в **научении людей быть здоровыми** и в лечении тех, кого не удалось научить этому. А Клод Бернар считал, что врач должен знать 3 вещи: **условия здоровья**, чтобы их сохранять, **условия болезни**, чтобы их предотвращать, **условия выздоровления**, чтобы их использовать. Это говорит о том, что знания и функции у врача, прежде всего, в амбулаторно-поликлинических условиях должны быть достаточно широкими и не только связанными с клиническим ведением больных.

В Стратегии перспективные предложения не только выделены в отдельные разделы, но и содержатся в прямом или косвенном виде практически во всех разделах. Именно поэтому Стратегия представляет собой целостный системный документ, из которого практически невозможно вычленить отдельные проблемы.

Системность Стратегии состоит в описании системы охраны здоровья и здравоохранения в терминах дефектов и в прямых и опосредованных предложениях по их перспективному устранению. Из Стратегии вытекает необходимость создания в стране системы государственно-общественного

управления в различных сферах деятельности, включая охрану здоровья, а также воссоздание (по Г.Сатарову) всей системы выборного и самостоятельного в пределах своих полномочий местного самоуправления (статья 12 Конституции РФ) с соответствующим перераспределением финансовых потоков, ибо именно на муниципальном уровне должны создаваться наиболее приближенные условия жизни населения, муниципальные полиция и суды, муниципальное здравоохранение.

Настоящая Стратегия отражает принципиальную позицию ее авторов (при этом даже внутри группы экспертов некоторые мнения могут не совпадать), с которой можно полностью или частично соглашаться, или не соглашаться совсем. Но, как представляется, просто ее игнорировать уже нельзя и она может служить хорошим поводом для широкого профессионального обсуждения перспектив развития охраны здоровья и медицинской помощи в стране с учетом, прежде всего, интересов граждан и пациентов, а также перспективных возможностей государства. На данный момент ее основные положения доложены на многих конференциях и форумах, она вывешена в Интернете, где с ней ознакомились свыше 158 тысяч человек и некоторые из них прислали свои отзывы.

ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛЬНОСТИ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ

В охране здоровья и здравоохранении накопилось множество острых и не решаемых проблем, хотя, по данным Минздрава РФ, число удовлетворенных граждан постоянно растет (с 53% до 72%). Однако, это далеко не так, поскольку эти опросы проводились силами зависимых страховых медицинских компаний (министр является председателем правления ФОМС), которые профессионально не владеют методологией социологических опросов, разработки адекватного инструментария и не имеют опыта подобной работы. По данным профессионального Левада-центра, абсолютное большинство недовольных составляет 60%, а число полностью удовлетворенных — всего 15%.

Актуальность разработки основных положений долгосрочной Стратегии охраны здоровья граждан РФ обусловлена нижеследующими причинами.

1. **Неудовлетворительное состояние здоровья населения нашей страны**[1] – хуже, чем сегодня в большинстве развитых стран и стран, сопоставимых по ВВП в расчете на душу населения. Так, несмотря на улучшение ряда медико-демографических показателей, достигнутое за последние 6 лет (по официальным данным ожидаемая продолжительность жизни возросла на 5 лет, общий коэффициент смертности снизился на 16%, младенческая смертность снизилась на 35%), сегодня по этим характеристикам **Россия продолжает существенно отставать от развитых стран**.

По оценкам ООН, в 2010–2015 гг. ОПЖ для обоих полов в 70 лет и более будут иметь 57% населения мира, что говорит о не столь уж большом достижении России. Минздрав планирует увеличить ОПЖ до 74 и более лет, но от отраслевых действий это мало зависит, поскольку ОПЖ рассчитывается на основании таблиц смертности, а за счет системы здравоохранения можно влиять на смертность не более, чем в 40% случаев, да и то, в основном, на потенциально устранимые случаи смерти.

По данным ВОЗ, по уровню здоровья Россия занимает **127 место, а по эффективности здравоохранения — 130 позицию** по соседству со странами Африки. При сравнении со странами ЕС ожидаемая продолжительность жизни граждан РФ (оба пола) в 2011 г. составила **70,3 года**, что **на 5 лет меньше**, чем в «новых» странах Евросоюза (ЕС), и **на 10,7 года меньше**, чем в «старых» странах ЕС. При этом основную долю в структуре смертности – **почти 80%** составляют потенциально предотвратимые методами профилактики, своевременного выявления и лечения причины преждевременной смертности граждан. Кстати, 70-летняя величина ОПЖ достигнута в 2011 г., а это означает, что страна по показателю ОПЖ была отброшена назад на более чем 40 лет, поскольку этот уровень был зафиксирован еще в 1968–1969 гг. Казалось бы, демографическая ситуация в стране относительно благоприятна: по старению населения Россия отстает от других стран, демографические провалы, связанные с людскими потерями во Второй мировой войной (кстати, ни в одной стране военные потери не привели к таким диспропорциям, как в СССР), постепенно сглаживаются, хотя

[1] Здесь и далее, если не указано иначе, данные по РФ представлены из Росстата, данные по зарубежным странам — из баз данных ЕС и ОЭСР. Росстат: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/; ВОЗ: http://data.euro.who.int/hfadb/.,ОЭСР:http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,0.html, другие документы, публикации.

в последнее время опять, как и по переписи 1959 г. (тогда в возрасте от 30 до 69 лет на 1000 женщин приходился только 641 мужчина), вырос женский перевес в структуре населения и на демографической пирамиде отразились последствия пертурбаций 1990-х годов, да и демографическая нагрузка все еще относительно не велика. Однако, при более пристальном анализе картина меняется. С каждым поколением уменьшается число матерей и рожают они в более позднем возрасте. Поколения не восполняются, т.к. в среднем на одну женщину приходится только 1.6 ребенка (а для простого воспроизводства должно быть 2.14), в то время как в 1913 г. этот коэффициент составлял 7.5. Если в 1950 г. коэффициент рождаемости составил 27 на 1000 населения, то в 2013 г. он будет меньше в 2.1 раза. С 2017 г., когда в детородный возраст перейдет малочисленное поколение родившихся в 1990-ые годы, произойдет демографический обвал и ежегодно на протяжении 13-15 лет будет рождаться всего 700-800 тыс. детей, а суммарный коэффициент рождаемости может снизиться почти в 2 раза. Но это, похоже, никого не беспокоит и многие стараются жить сегодняшним днем. Через неполные 10 лет число женщин в активных репродуктивных возрастах (20-29 лет), на которые приходится две трети рождений, сократится почти в два раза. В недалекой перспективе страну ожидает резкое сокращение граждан в трудоспособном возрасте, что отразится абсолютно на всех сферах жизнедеятельности государства. Министр здравоохранения РФ сообщила, что министерство «прогнозирует спад рождаемости», но это настолько очевидный факт, который ясен и без министерства. Главное, что эта проблема- прерогатива не отрасли, а государства и ее нужно решать не медицинскими мерами, а социально-экономическими и по-государственному. Практически все рассчитываемые прогнозы показывают, что рождаемость будет резко снижаться, смертность расти, естественная убыль населения возрастать, а к 2025 г. численность населения может уменьшиться на 11 млн. чел. (О. Исупова- ВШЭ, 2013). Сейчас процесс естественной депопуляции только на 35% связан с низкой рождаемостью и на 65% с высокой смертностью. Если бы у нас умирало столько же, сколько в 1989 г., то сейчас бы отмечался позитивный естественный прирост населения. В 1950 г. смертность составляла всего 10 промилле, то в 2013 г. она будет выше почти в 1.4 раза. Наиболее высокие показатели смертности в средних и пожилых возрастах отмечаются в малых городах, а самые низкие уровни смертности до 30 лет- в крупных городах. Наибольший «вклад» в потери ожидаемой продолжительности жизни вносит чрезмерная смертность в возрастах 45-69 лет. Смертность

населения от предотвратимых причин в России почти в **2 раза выше**, чем в странах Евросоюза (ЕС), и составляет в общей смертности у мужчин- около 55%, у женщин-25%, а ожидаемая продолжительность жизни **на 8 лет ниже**, у мужчин (64,3 года) – самая низкая в Европе, а у женщин (74,9 года) — ниже только в Центрально-азиатском регионе. Важно отметить, что свыше 75% случаев преждевременной смертности зависят от эффективности системы охраны здоровья и в гораздо меньшей степени (в пределах 20%) от адекватного лечения и качества медицинской помощи. Так, 48.2% умерших от внешних причин не дожили до 45 лет, а среди умерших от инфекционных и паразитарных болезней 47.8% не достигли 40 лет со средним возрастом умерших в 30-34 года. Раннее выявление болезней не столь существенно для снижения предотвратимой смертности, но имеет большое значение для восстановления здоровья и трудоспособности. Вымирают и деградируют не только малые города и сельские поселения, многие из которых уже исчезли с карты страны, но и, по последним данным ООН, одиннадцать российских городов попали в список из 28 стремительно исчезающих городов планеты, в том числе Нижний Новгород. По уровню смертности (данные Росстата) нашими соседями являются Нигер, Свазиленд и Сомали, а в Кении, Эфиопии, Танзании, Конго, Уганде, Камеруне смертность даже ниже, чем в России. Между тем, по свидетельству ученых, показатели смертности могут служить универсальным мерилом удач или неудач в любых других областях человеческой деятельности. Так, в США смертность от инфекций в 1.6 раза меньше, чем в РФ, от рака- в 1.5 раза, от БСК- в 4.8 раза, от БОД- в 1.8 раза, от внешних причин- в 5 раз меньше. Еще более благоприятные показатели в Финляндии, Великобритании и других странах с государственно-бюджетной моделью.

Ежегодно в стране происходит 30 тыс. убийств, 36 тыс. самоубийств, особенно среди детей и подростков, что говорит об имеющихся серьезных социальных проблемах. Россия вышла на первое место в Европе по абсолютному и интенсивному (на 100 000 детей и подростков) числу детских и подростковых суицидов, число которых вместе с попытками самоубийства за последние годы возросло на 35–37%. Только за один 2012 г. более 18 тыс. детей стали жертвами преступлений, из них погибли свыше 1500 несовершеннолетних. Число абортов за 5 лет снизилось по официальным данным на 24% и составило 49.7 на 100 родившихся детей. Однако, эти цифры значительно занижены, т.к. не учитываются мини аборты и аборты, проведенные в частном секторе, которые не

попадают в официальную регистрацию. По данным Минздрава РФ (О.Филиппов) в 2012 г. девочки-подростки в возрасте от 12 до 17 лет сделали 14 тыс. абортов, у них было свыше 2000 родов и в родах умерли 86 девочек. Неудовлетворительные показатели здоровья складываются во всех возрастных группах населения, но особенно в трудоспособном возрасте и в группах младше трудоспособного возраста, однако это не означает, что здоровье пожилых не вызывает беспокойство. Так, по данным официальной статистики, смертность населения трудоспособного возраста в 2010 г. была **на 21% выше**, чем в 1985 г., а показатель несчастных случаев на производстве со смертельным исходом в **2,7 раза превышает** аналогичный показатель в «старых» и **в 1,6 раза** – в «новых» странах ЕС. В последнем докладе ООН о человеческом развитии в России подтвержден рост заболеваемости и смертности в трудоспособных возрастах. Турция и Мексика тратят примерно столько же средств на медицинские программы в расчете на душу населения, но смертность там в 2 раза ниже. Умершие до 60 лет составляют 39,7% всех случаев смерти. По данным А.Г.Вишневского, С.Н.Бобылева (2009) доля избыточных смертей в возрасте до 70 лет по сравнению со странами Запада составила в России у мужчин 40%, у женщин- 16.5%. При этом известно, что увеличение расходов на охрану здоровья на 1% ВВП приводит к снижению смертности взрослых на 4%.

В настоящее время наиболее низкие показатели общей смертности отмечаются в национальных образованиях, в первую очередь Северного Кавказа, а наиболее высокие — в вымирающей Центральной и Северо-Западной России. При этом различия в смертности по территориям достигают 5,3 раза (от 3,7 случаев на 1000 человек в Республике Ингушетии до 19,5 в Псковской области). К тому же в регионах с низкой смертностью отмечаются наиболее высокие показатели рождаемости, в то время как Центральная и Северо-Западная Россия практически вымирает. Все это свидетельствует об отсутствии политики в стране в сфере народонаселения и требует дифференцированного подхода по регионам в проведении демографической политики при едином для страны законодательстве. В структуре причин смерти преобладают болезни системы кровообращения (57%), новообразования (15%), внешние причины (11%), но при анализе этих показателей и при выборе приоритетов крайне важно учитывать средний возраст умерших от этих причин. Несмотря на заметное сокращение числа убийств, показатель смертности от этой причины в 9 раз выше, чем в Германии и Испании. Отмечается, как уже подчеркивалось, выраженный рост самоубийств, особенно

среди детей и подростков, что свидетельствует о недостаточном внимании к их проблема и к их занятиям. В связи со сложностями на производстве и в семье возрастает риск самоубийств у мужчин старше 30 лет. Не дожидаясь уточненных, полных и проверенных данных на конец года, министр здравоохранения поспешила объявить Президенту РФ об успехах (с августа 2012 г. по август 2013 г.) в снижении смертности на 29.3%, однако они вызывают сомнения, поскольку обозначенное снижение младенческой смертности намного превышает биологические пределы и возможности ее снижения. Видимо, министр с этими биологическими особенностями не знакома. Затем эти данные исчезли из официальных источников и вместо них появилась более реальная цифра снижения младенческой смертности в 3.5% за неполный 2013 г. Одновременно было обозначено, что свыше 30% наших граждан являются здоровыми (а здоровыми, как известно, можно считать нераспознанного больного), а более 40% взрослого населения имеют как минимум одно хроническое заболевание и именно они, по заверению министра, требуют постоянного наблюдения и лечения. Все было бы благополучно в «Датском королевстве» (бюджет сбалансирован, дополнительно выделены 100 млрд. руб.), но вот, как сказала министр, незадача: пока Минздравом РФ еще не сделаны решающие шаги (?) для прироста населения в стране. В этом же духе высказалась другая чиновница Минздрава РФ Г.Александрова, выразившая удивительную надежду на то, что им «удастся выровнять демографическую ситуацию».

Не перегружая Стратегию анализом смертности по причинам, скажем лишь, что по многим из них показатель смертности в РФ намного выше, чем в европейских странах и в 5 раз выше, чем в США. Младенческая смертность в России в **1,2 раза выше**, чем в «новых» и **в 2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (при переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения, начиная с 2012 г. эта разница возрастет еще более). По официальным данным, доля детей рожденных больными или заболевших в период новорожденности составляет 36%, а по результатам исследований – в несколько раз больше.

В стране постоянно растет число больных людей — заболеваемость по обращаемости при снижении доступности медицинской помощи и далеко неполной регистрации с 1990 по 2011 г. выросла в 1,5 раза, а доля инвалидов в соответствии с российскими критериями составляет 9% населения (13 млн. чел.). Видимо, необходимо начать составлять региональные регистры пациентов по основным заболеваниям, в первую очередь приводящим к преждевременной

смертности. Тем не менее, в оценке состояния здоровья никак нельзя опираться на показатели заболеваемости (общей и впервые выявленной), регистрируемой по обращаемости, поскольку они свидетельствуют не столько об уровне и характере пораженности граждан, сколько о доступности медицинской помощи. Если в районе не будет окулиста, то не будет и глазной заболеваемости, просто некому будет ее выявлять и регистрировать. Аналогичным образом заболеваемость с временной и стойкой утратой трудоспособности (инвалидность) скорее свидетельствует о возможностях органов социального обеспечения, которые, исходя из своих средств, устанавливают соответствующие критерии и показания. Истинная заболеваемость, которой можно доверять, устанавливается по результатам специальных исследований (материалы трехлетней обращаемости дополняются выборочными обследованиями населения с соответствующими анкетированием и экспертизой), однако такие исследования последние 30 лет не проводились и потому как программа государственных гарантий, так и базовая программа ОМС не имеют достаточного научного обоснования. Кстати, по новому положению теперь призывников-инвалидов заставят доказывать свою инвалидность. Высокие показатели ранней преждевременной смертности (особенно среди мужчин), заболеваемости и инвалидизации населения влияют на жизнеспособность страны, ограничивают доходы семей и истощают возможности социального обеспечения. В связи с этим возникает необходимость в создании в стране системы мониторинга здоровья, основанного на верифицированных показателях. Мониторинг представляет собой непрерывный процесс наблюдения и регистрации параметров объекта, в сравнении с заданными критериями. Соответственно мониторинг здоровья основан на систематическом сборе, обработке и анализа основных показателей здоровья населения в территориальном аспекте для выработки политики и обоснования принятия решений в сфере охраны здоровья, оценки их последствий, составления и оценки соответствующих программ и проектов, информирования общественности. Следует отметить, что отдельных мониторинговых систем уже существует в мире и в России немало. К их числу относятся санитарно-гигиенический мониторинг, системы «окружающая среда и здоровье», здоровье матерей и детей, здоровье школьников, экономическое положение и здоровье, семейное здоровье, здоровые города, индивидуальные мониторинги здоровья, мониторинг сексуального и репродуктивного здоровья, мониторинг по отдельным показателям здоровья (например, мониторинг смертности), мониторинг заболеваний, регистрируемых в

общей врачебной практике, и другие. Эти системы могут охватывать отдельные группы пациентов, отдельные учреждения и службы здравоохранения, отдельные территории и даже страны, но цельная картина здоровья при этом не вырисовывается. Почему-то все органы государственной власти, включая губернаторов, связывают увеличение числа рождений, снижение заболеваемости и смертности со своими успехами, с приобретением нового медицинского оборудования, построенными медицинскими учреждениями. Однако, об этом говорилось и еще будет подчеркнуто не раз, что за медико-демографические проблемы здоровья службы здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь, ответственность не должны нести, они отвечают лишь за медицинскую профилактику, восстановление по возможности утраченного здоровья (полное, частичное или без ухудшения) и трудоспособности по медицинским причинам. А за показатели здоровья и систему охраны здоровья как раз и отвечают органы государственной власти, которые в легкую перекладывают эту ответственность на традиционное здравоохранение. Рост рождаемости и снижение смертности, как будет показано, обусловлены, в основном, сложившимися медико-демографическими процессами и тенденциями, а снижение заболеваемости связано со снижением доступности медицинской помощи и, соответственно, недорегистрацией заболеваний. Между тем, на заседании Госсовета (2013) говорилось о том, что «одной из проблем, которая стоит сегодня перед российским здравоохранением,- это снижение смертности и увеличение продолжительности жизни». На самом деле это национальная (не отраслевая) проблема, стоящая перед страной, государством и обществом и для ее решения требуются усилия всего государства и всех органов государственной власти. Об этом же свидетельствует опыт США и других стран. А для оценки деятельности традиционного здравоохранения должны использоваться совсем иные результирующие показатели. Частично о них говорилось в докладе губернатора Астраханской области на заседании Госсовета. В 2013 г. вышло в свет девятое издание атласа «Здоровье России», в которых приведены известные специалистам данные, в том числе, что в Северо-_Кавказском федеральном округе отмечается самая низкая смертность и самая высокая рождаемость, в то время как Центральная и Северо-Западная Россия вымирает. Но никаких выводов и предложений по этому поводу в атласе нет.

2. **Население РФ ведет крайне нездоровый образ жизни**.

Как известно, к факторам, определяющим образ жизни людей и каждого человека, относятся питание, жилье, доход, окружающая среда, климат, место проживания, семья, культурно-образовательный уровень, мотивация и т.д., а также такие поведенческие факторы, как двигательная активность, вредные привычки и т.п. Кстати, классификаций факторов образа жизни имеется предостаточно, и тут не ставится задача сделать еще одну. Впервые комплексно о факторах риска заговорили в середине XX столетия- период второй эпидемиологической революции, когда наметился переход от преобладания инфекционных болезней к хроническим дегенеративным. И первое крупномасштабное и лонгитудинальное исследование по этой проблеме было выполнено в маленьком городке США- Фремингхеме, откуда пошло выражение, что ишемическая болезнь сердца- болезнь века.

Распространенность табакокурения среди взрослого населения РФ составляет 40%, что практически **в 2 раза выше**, чем в странах ОЭСР (21,2%). Потребление алкоголя на душу населения в пересчете на чистый спирт в РФ в **1,7 раза выше**, чем в этих странах (16 и 9,5 л соответственно).

В результате проведенной антиалкогольной компании в 1980-е годы с уничтожением запасов спиртного, выкорчевыванием виноградников, запрещением продажи алкогольных напитков и их употребления в ресторанах, на свадьбах и т.д. за три года было сохранено 1 млн. 220 тыс. человеческих жизней (в т.ч. 66.5% мужчин и 33.5% женщин), значительно возросла рождаемость, снизилось число прогулов, выросли сбережения людей, снизились убытки от травм и отравлений, уменьшилось число убийств и самоубийств. Антиалкогольная кампания началась с 01.07.1985 г. и за первые полгода потребление алкоголя снизилось на 8.5%, а смертность от внешних причин- на 15%, от желудочно-кишечных заболеваний- на 4.7%, от болезней системы кровообращения- на 2%. Кстати, после полной отмены антиалкогольной компании в 1988 г. потребление алкоголя в стране выросло и затем в несколько раз превысило уровень, предшествующий компании, что способствовало в 1990 г. росту числа умерших и привело в 1992-94 гг. к катастрофическому росту смертности. Правда, на этом росте сказался в немалой степени и переход к новым рыночным условиям жизни, к которым не все люди сумели приспособиться. Если бы достигнутое снижение смертности удержалось на том же уровне, то в начале рыночных реформ не было бы дополнительных 1.52 млн. умерших. В принципе, уровень потребления алкоголя является мерой неблагополучия населения, которая в разных странах приобретает разные формы. В России люди с низким доходом потребляют алкоголя в 3 раза больше, чем со средними доходами. Особенно спиваются жители села и малых городов с неполным средним образованием,

потребляя дешевый. суррогатный или самодельный алкоголь. ВОЗ еще в начале 1980-х годов рекомендовала правительствам переориентировать население своих стран на потребление качественных слабоалкогольных напитков, но Россия в числе немногих стран не откликнулась на этот призыв вследствие давления водочного лобби. Между тем, пивной алкоголизм составляет всего 1% среди всех больных алкоголизмом, а доминирование пива в запоях отмечено только у 7.6% больных алкоголизмом. Следует также учитывать, что процесс расщепления алкоголя у женщин длится в 2 раза дольше, чем у мужчин, к тому же начальные стадии женского алкоголизма являются скрытыми, т.к. такие женщины выпивают в одиночестве.

По данным А. Немцова, доля больных алкоголизмом среди употребляющих коньяк составляет 1,4%, употребляющих пиво — 6%, а водку — 66%. С алкоголем связаны 24% смертности у мужчин и 15% смертности у женщин. Именно с алкоголем связывается феноменальный разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (почти 14 лет). Сейчас безалкогольный образ жизни пропагандируется и наблюдается только в Чеченской Республике. И хотя полностью побороть проблему пьянства и алкоголизма в целом в стране не получится (алкоголь- один из немногих натуральных антидепрессантов и транквилизаторов, используемый столетиями), начинать эту работу нужно с будущих матерей, детей и молодежи. Тем более, что 70% девочек и 76% мальчиков потребляют алкоголь минимум 2 раза в неделю. Им просто нечем заняться, т.к. существовавшая ранее система массовых занятий детей (кружки, секции и др.) разрушена и не восстанавливается. Кроме того, необходимо стремиться изменить структуру потребления алкоголя с крепкого на более легкий, поскольку в России 91,5% приходится на крепкие напитки (и только 4,9% на вино), во Франции — 80,6% на вино (и только 12% на крепкий алкоголь), в Германии и Финляндии — на качественное пиво, соответственно, 46,9% и 52,7% (на крепкие напитки 26,1% и 35,1%). Вместе с тем, повышение акцизов на алкоголь (сейчас 80 руб. за 0.5 л бутылку, а планируют увеличить до 100 руб.) привело почти к 40% сокращению производства водки, что никак не повлияло на объемы ее потребления за счет нелегальной и самодельной продукции. Доля потребителей легальной водки только за год уменьшилась. А это означает, что необходима корректировка акцизной политики в стране. Правда, за счет повышения акцизов государство оказалось не в накладе, страдают лишь только потребитель и его здоровье. Было бы полезным восстановить вытрезвители и

передать их в совместное ведение полиции и здравоохранения. Что же касается нетрезвых водителей, то, как утверждают специалисты- наркологи, лечение в наркологической клинике является более результативным методом, чем система штрафов и других наказаний. Тем не менее, Минздрав РФ разработал стратегическую программу, согласно которой к 2020 г. планируется победить и алкоголизм, и табакокурение: потребление алкоголя сократить на 25%, число курильщиков- на 28% среди взрослых и на 53% среди детей и подростков. Однако, непонятно, как рассчитывались эти показатели и за счет каких мероприятий это произойдет. Парадокс заключается в том, что с сиюминутной точки зрения государству экономически выгодно содействовать распространению всех вредных привычек, что приведет к значительно большим экономическим и социальным потерям в средне- и долгосрочной перспективе.

Число наркоманов по разным оценкам достигло около **1,5 млн чел** (1% населения), а по неполным данным действующей системы мониторинга наркотики в стране потребляют 8.5 млн. чел. и это на фоне программ ФСКН по снижению числа наркоманов. По оценкам специалистов их число составляет 18 млн. и если хотя бы 30% из них станут наркоманами, то это может привести к национальной катастрофе. Судя по всему это заниженное число, несмотря на созданную сеть специализированных реабилитационных центров (религиозных, например, «Православное братство Святого Духа», частных, криминальных и др., которые разнопланово действуют), в дальнейшем будет возрастать, поскольку в мире ежегодно синтезируется до 50 новых наркотиков, обладающих гораздо более токсичным эффектом по сравнению с героином. Однако в стране есть территории, где наркологии нет вообще. Человек, попадая в наркотическую зависимость, со временем утрачивает фундаментальные качества суверенной личности, престает выполнять нужные социальные роли и живет от одного приема наркотиков до другого и этим определяются все его желания поступки, помыслы. Опасно то, что наркомания охватывает все более молодые контингенты, она стала моложе на 10 лет и уже стоит на пороге начальной школы. Еще в 2000 г. В.Путин констатировал, что 805 российских наркоманов- это школьники. Считается, что среди студентов свыше 15% имели опыт потребления наркотиков, а среди старшеклассников- 10-13%. Однако взрослые оценивают уровень наркомании в школах в 51.4%. Поэтому вскоре вступит в действие закон о добровольно-принудительном тестировании на наркотики учащихся средних учебных заведений, что в расчете на одного ребенка составит до 1200 руб. в

зависимости от тестируемого материала (моча, кровь). Процесс еще не начался, но уже сейчас родители сильно обеспокоены. Правда, исследования показывают, что пока наибольшее число психически больных и страдающих наркоманией находится в возрасте 35-39 лет. Нужно сказать, что лечение наркозависимых людей мало эффективно и наилучшие результаты дает медико-социальная реабилитация. По оценкам специалистов, в Афганистане производится свыше 10000 тонн опиума в год (в 2005 г.-4500 тонн, в 2006 г.-6100 тонн, в 2007 г.-8200 тонн) и доля Афганистана на мировом рынке героина приближается к 90%, причем, в стране имеется свыше 400 лабораторий по его производству. Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает, что Россия является трафиком и крупнейшим рынком сбыта героина и потребляет 20% мирового его производства. Из одного килограмма героина производится 200 тысяч доз, а для наркозависимости требуется 3-4 дозы. Однако основная борьба с наркотиками ведется не на путях их распространения или в местах потребления, а с медицинскими учреждениями, которые используют их в качестве обезболивающих средств в особых случаях. Особенно постыдный случай произошел в Красноярске, где врач выписала **рецепт** на платный трамадол умирающему в муках онкобольному. Следствие по этому «особо важному» делу, к которому были привлечены следователи высокого ранга велось долго с многочасовыми допросами, но создать уголовное дело было не из чего, а хотелось. Тогда была придумана история с подделкой рецепта и в создании «группы лиц по предварительному сговору, сбывающей наркотики», имея в виду врача, больного и его мать. Одновременно следственная группа бесполезно пыталась доказать, что больной не нуждался в обезболивании. В приговоре суда было сказано, что «группа лиц вступила в преступный сговор, направленный на приобретение, сбыт сильнодействующих веществ в особо крупном размере», и прокурор требовал до 8 лет лишения свободы, но суд с учетом преклонного возраста врача ограничился штрафом. Какой врач после этого случая (а таких немало) рискнет выписать умирающему обезболивающее лекарство? Ведь его могут привлечь к ответственности как наркодиллера. Просто удивительно, но не службы здравоохранения разработали программу реабилитации наркоманов, а наркополицейские, которые на деле должны пресекать ввоз наркотиков в страну, бороться с их распространением и преступлениями на почве наркотиков. Но почему-то их тянет в медицину, что гораздо проще, безопасней и выгодней, поскольку на реабилитацию наркоманов ФСКН запросила 180 млрд. руб.

бюджетных денег. Судя по всему, речь идет не о борьбе с наркотиками, а о дележе крупных сумм, которые полезнее было бы направить на улучшение здоровья или развитие медицинской помощи. Но, видимо, не только в медицину. Наркополицейские успешно борются с продажей булочек с маком, с солями для ванн, с цветущим маком на 6 сотках, ядовитыми веществами (ртуть и др.), с видео- и печатной продукцией, якобы содержащей пропаганду наркотиков, и другими ветряными мельницами, демонстрируя немалые успехи. Они готовы тестировать школьников, проверять водителей, ловить мелких потребителей наркосодержащих средств. Совершенно неправомерно акцент в деятельности ФСКН сделан на наркопотребителях. Видимо, это проще. И опять же, в фокусе внимания не причины, а последствия. Именно в этом направлении расширяется деятельность наркополиции, что следует из нового подготовленного ФСКН законопроекта. И это вместо выявления и пресечения каналов поступления героина из Афганистана, крупных наркоторговцев и путей распространения наркотиков в стране, что является более сложным и опасным.

По разным данным совокупный социально-экономический ущерб от высокой распространенности алкоголизма и табакокурения среди населения РФ составляет значительную долю ВВП. При этом реализуемых ранее государством мер по борьбе с этими вредными для здоровья привычками было недостаточно. Законопроект Минздрава РФ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» был подготовлен в августе 2012 г. и был принят Государственной Думой. Государственная позиция по этому вопросу представляется сильной и нуждается в поддержке со стороны общественных организаций, хотя только одними запретами проблему не решить и, к тому же, не все последствия принятия этого законопроекта учтены и просчитаны. В этот закон уже внесены поправки, смягчающие штрафы за курение в не отведенных для этого местах и торговлю табаком для малолетних, повышены штрафы за рекламу табака. Теперь пациент, чтобы доказать вредное влияние курения на его здоровье, должен подать судебный иск, в котором он должен изложить причинно-следственные связи между потреблением табака и своей болезнью и получить соответствующее медицинское заключение. Иначе, как издевательство над больным человеком, это не назовешь. По данным ВЦИОМ сегодня курят 35% взрослых россиян (в том числе 60.2% мужчин и 21.7% женщин), а 22% выкуривают более пачки в сутки. Если к 2055 г. число курильщиков уменьшится наполовину, то, как считают

эксперты (Ачкасов Е.Е. и др.), это позволит за 40 лет, начиная с 2015 г., предотвратить почти 3.7 млн. случаев смерти. В процессе специального исследования информативности различных признаков (факторов риска) методами математической эвристики для распознавания предрасположенности к тому или иному заболеванию фактор курения был разделен по количеству выкуриваемых сигарет и длительности (по числу лет) курения. В результате оказалось, что наибольшая информативность была заложена в вопросе: курит ли больше 15 лет (да или нет). А это означает, что длительность курения более негативно влияет на здоровье, чем число выкуриваемых сигарет. Если цену на сигареты довести до европейского уровня (150-238 руб.), как это предлагает министр здравоохранения РФ, то тогда почти треть откажутся от курения, а почти четверть курящих заявили, что любое повышение цен никак не отразится на их привычках. С одной стороны, министр не учитывает возможные последствия повышения цен на табачную продукцию- возникновение огромного черного рынка (как это было в Болгарии), контрабанду, несоответствие цен в рамках Таможенного союза с Казахстаном и Белоруссией и др. С другой стороны, это является принудительным актом, нарушающим права человека и его выбора. Можно в определенном смысле расценивать как нарушение прав человека и принятый недавно закон, позволяющий прокуратуре без каких-либо ограничений использовать персональные данные граждан, включая конфиденциальные сведения, составляющие «врачебную тайну». В 2002 г. на Европейской конференции министров здравоохранения в Варшаве, проведенной под эгидой ВОЗ, была принята Декларация о признании Европы зоной без курения, видимо, послужившая в России одним из побудительных моментов для принятия соответствующего закона.

Такая же история, как с табаком, возможна и с алкоголем, когда вследствие запретов или значительного роста цен в квартирах начнут гнать самогон, вырастут нелегальные поставки, а в палатках появится контрафактная продукция. Это говорит о том, что только запретительными мерами проблемы не решить. И даже придуманные штрафы не помогут, поскольку они налагаются не на юридические лица, как это принято в мире, а на самих потребителей, в частности, на курильщиков. Конечно, здесь указаны не все зависимости, их гораздо больше: токсикомания, игромания, экстриммания и др., но особенное беспокойство вызывает прогрессирующая у детей интернет-зависимость. Дети не менее 4.5

часов в день проводят в Интернете, причем мальчики- в 1.5 раза больше времени, чем девочки.

Вместе с тем, реальный уровень заболеваемости в России гораздо выше, чем можно было бы предположить, исходя из распространенности факторов риска. Например, курящих в Греции и Австралии значительно больше, а смертность там ниже. В качестве примера можно привести неудавшуюся многолетнюю антитабачную кампанию во Франции, где в неё были вложены немалые средства, что практически не повлияло на число курильщиков (в начале кампании в 2000 г. они составляли 35%, а в 2010 г.-34%).

Алкоголь во многом определяет смертность от травм и отравлений, но если элиминировать (условно устранить) эту причину смерти, то разрыв в смертности по сравнению с Западной Европой (Ирландия, Франция, Австрия, Германия, Португалия, Великобритания), где потребление алкоголя на душу населения выше, сократится только на четверть. Питание в России не очень качественное и несбалансированное, но уровень нездорового ожирения в США ранее был выше и составлял 31.8% всего населения. Выше уровень ожирения только в Мексике- 32.8%. Исследование ученых Колумбийского университета (опубликованы в 2013 г. в American Journal of Public Health) показали, что 18.2% летальных исходов у американцев старше 40 лет связаны с ожирением. Борьбу с детским ожирением и за здоровый образ жизни у детей возглавила жена Президента США Мишель Обама. В настоящее время в России еще предстоит оценить масштаб проблемы ожирения и его последствий для здоровья. Точно также в исследованиях не выявлена какая-либо зависимость между расходами на здравоохранение и состоянием здоровья населения, скорее всего потому, что ее просто нет. В Китае смертность ниже, хотя уровень загрязнения окружающей среды намного выше. Получается, что факторы нездорового образа жизни и загрязнений окружающей среды по отдельности не полностью определяют высокий уровень смертности в России, а ведущими факторами, несмотря на то, что люди стали жить несколько лучше, со стороны населения являются депрессивное состояние и пессимизм вследствие колоссального материального и психологического неравенства, неудовлетворенности своей жизнью и своей незащищенностью. Эти выводы сделаны американским ученым, экономистом и демографом Н. Эберстадтом в 2010 г., который на протяжении 35 лет анализировал динамику смертности в России. И исследования ОЭСР показали, что частично в основе многих факторов риска находится неудовлетворенность личной жизнью. По данным ВОЗ, к 2030 г.

главной медицинской проблемой станет депрессия (а психические расстройства займут второе место в распространенности болезней) и потому предлагается обратить особое внимание на наиболее уязвимый «школьный возраст». Как считается, в основе причин депрессии психологического порядка лежит неправильная постановка цели, т.е. когда человек ставит перед собой абстрактные размытые желания, и если они не сбываются, то наступает угнетенное состояние, иногда приводящее к суицидам. По данным опросов, свыше 30% людей испытывают несколько раз в году состояние депрессии. Современная жизнь, не дающая человеку ощущения стабильности, вызывает расстройства невротического и психогенного характера, которые в ряде случаев вызывают агрессию. Больше всего калечит психику детей телевидение, постоянно демонстрирующее насилие, убийства и легкость лишения человека жизни. Жестокость- это не признак сумасшествия и, по свидетельству психиатров, самые чудовищные преступления совершаются вполне вменяемыми людьми. В ряде случаев эти признаки врожденные или приобретенные с детства и потому последующее лечение или воспитание не может их изменить. Вот такие люди не должны идти во врачи, и, как дальше будет показано, давно пора вводить рекомендательную систему отбора к врачебной профессии. Вместе с тем, по данным «Левада-центра» уровень нравственности у граждан России не может считаться достаточным, ибо 61% допускают ложь, 58% допускают возможность добрачных связей, 34% считают нормой иметь любовника или любовницу. Многие поддерживают не только однополые браки, но и их возможность брать на воспитание детей в такие семьи. Можно себе представить, что вынесут дети из такого воспитания. А возможно в основе этого феномена лежит принцип самосохранения и популяционно- биологической защиты населения, когда воспроизводство по некоторым линиям будет прекращено? Ведь по данным А.Кинсли (США) до 35% населения являются не сторонниками традиционной ориентации, что ведет к вырождению, несмотря на равные и даже особенные демократические права. Парадоксальные результаты получены учеными из медицинского колледжа имени Альберта Эйнштейна (Нью-Йорк, 2013) в результате длительных исследований на представительной выборке о том, что не столько здоровый образ жизни влияет на продолжительность жизни, сколько наследственность. Ибо набор ДНК может противостоять ущербу от нездоровых привычек и негативного влияния окружающей среды. Однако, влияние условий жизни было подтверждено, что делает проблему здорового образа жизни без

стресса и депрессий весьма актуальной и требующей своего решения. Поэтому из изложенного вовсе не следует, что системе охраны здоровья и созданию условий для здорового образа жизни можно не уделять столько внимания. Напротив, именно сочетание всех указанных факторов, а не классическая медицина, является определяющим моментом в улучшении здоровья населения, а традиционное здравоохранение в нашей стране предназначено не для сохранения, укрепления и улучшения, а для восстановления здоровья в случае его утраты и трудоспособности у работающих. Для пропаганды здорового образа жизни нужно гораздо шире использовать средства масс-медиа (пресса, телевидение, листки и бюллетени санитарного просвещения, фильмы), включить этот вопрос в образовательные программы, в том числе при подготовке врачей и медсестер, организовывать при амбулаторной службе (ОВП, амбулатории, поликлиники, консультативно-диагностические центры, центры здоровья и др.) специальные группы по ведению здорового образа жизни, проводить при поддержке муниципалитетов массовые оздоровительно-пропагандистские компании. Хороший результат дает и проведение праздничных дней здоровья с выставками, демонстрациями, с применением экспресс-методов диагностики и медицинских советов, когда медицинские работники выходят на улицы, играет оркестр, много цветов и у всех праздничное настроение. Подобные дни здоровья проводятся в Дубне, муниципалитетах Краснодарского края и в других местах. Нужно создавать моду на здоровый образ жизни, используя для этого примеры первых лиц государства. Нередко в кинофильмах и телесериалах герои, попадающие в сложные жизненные ситуации, хватаются за сигарету или бутылку водки, как будто это поможет им в выборе правильного решения. С этим мириться нельзя. В тоже время, рациональная организация как системы охраны здоровья, так и этапной и правильной организации медицинской помощи, несомненно, приведет к намного лучшим результатам, чем борьба с вредными привычками. Отсюда вовсе не следует, что с вредными привычками можно смириться.

Ну и наконец, последнее новшество, о котором уже упоминалось, в виде проекта приказа Минздрава РФ «Об утверждении информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 г.». Видимо, Минздрав стал специализироваться на подготовке программ, концепций и стратегий. В недавней статье «Образ жизни и здоровье» (2013) были

рассмотрены некоторые факторы и условия, определяющие образ жизни, с их влиянием на здоровье населения, что позволяет более не возвращаться к этому вопросу, а сконцентрировать внимание именно на упомянутом проекте приказа. В самом начале следует отметить, что основная цель новой стратегии Минздрава РФ сформулирована ошибочно. А она патетически звучит так: «Основной целью Стратегии является снижение заболеваемости и смертности населения Российской Федерации за счет снижения распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения». Между тем, у специалистов может вполне резонно возникнуть вопрос о том, как можно с помощью информационно-коммуникационной «стратегии» так снизить воздействие факторов риска, чтобы повлиять на снижение заболеваемости и, особенно, смертности. Ведь проблемы заболеваемости и смертности носят цикличный характер, они обусловлены возрастно-половой структурой населения и уровнем развития системы охраны здоровья, имеющей целью сохранение и улучшение здоровья населения, с ответственностью за нее государства. Даже если обеспечить самый высокий уровень оказания медицинской помощи и развития медицины, то это может существенно повлиять на повышение удовлетворенности пациентов и лишь в малой степени отразится на здоровье граждан, поскольку в данном случае целью является предупреждение болезней и раннее их выявление медицинскими средствами, полное или частичное (по возможности) восстановление здоровья и трудоспособности по медицинским и санитарно-гигиеническим причинам. Это и есть отраслевая ответственность, поскольку все «поломы» здоровья происходят вне традиционного здравоохранения, в сферу внимания которого попадают пациенты, нуждающиеся в медицинской профилактике или в «ремонтно-восстановительных работах». В последнем докладе ВОЗ о здоровье мира говорится о том, что не следует измерять результативность здравоохранения через показатели здоровья и что затраты на здравоохранение в абсолютном виде и в долях от ВВП практически никак не коррелируют с уровнем здоровья населения. Этому можно только порадоваться: ВОЗ уже дозрела до понимания роли системы охраны здоровья и традиционного здравоохранения, а вот Минздрав РФ пока еще далек от этого. Отсюда следует, что здоровье должно иметь статус главной социальной и экономической ценности общества, являться важным фактором национальной безопасности и одним из обобщающих критериев эффективности управления обществом, а система охраны здоровья

должна получить главный приоритет среди всех общественных ценностей. В принципе здравоохранение может влиять только на информированность граждан и пропаганду здорового образа жизни, условия для ведения которого- прерогатива государства. Например, как можно повысить уровень физической активности без создания для этого необходимых условий? Ведь ранее были доступны и бесплатны спортивные секции и кружки, повсеместно распространены спортивные площадки, дворовые катки, освещенная лыжня, междворовые бассейны и т.д. Сейчас этого ничего нет, а имеющиеся малочисленные спортивные секции мало доступны для всех в силу их платности. При этом 84.8% не занимающихся физкультурой или занимающихся редко охотно бы приобщились к таким занятиям, если бы были созданы для этого необходимые условия (ВЦИОМ, 2013). Недавно люди стали интересоваться, почему мы мировые пьедесталы по шахматам уступили зарубежным шахматистам при наличии самых сильных в мире шахматных традиций. На это А.Карпов ответил, что массовость в шахматах из-за отсутствия секций практически ликвидирована, и если раньше в стране в эту игру играли сотни тысяч человек, то теперь единицы. Это еще раз доказывает необходимость возрождения в стране массового физкультурного движения, без чего не может быть спортивных достижений и здоровой нации. А с рекомендацией Минздрава РФ делать по 10 тыс. шагов ежедневно много не находишься. Или как можно организовать рациональное по структуре и качеству здоровое питание для всех в нынешних условиях? Правда, известно, что почти 30% людей не знают, какова должна быть структура питания, а до 80% не ориентируются в физиологических нормах потребления жиров, белков, углеводов и витаминов. Но что может измениться, если люди об этом узнают, кто будет обеспечивать им необходимый и качественный набор продуктов питания при отмененных ГОСТах и внедренных технических условиях и технических регламентах, позволяющих добавлять в продукты питания различные не допускаемые ранее ингредиенты. А сделано это было для удобства и прибыли производителей, полностью игнорируя мнение потребителей. В Стратегии Минздрава РФ рекомендуется потреблять не более 8 г. соли в сутки, есть больше овощей, фруктов, рыбы и ограничить потребление жиров и маргарина. Непонятно, откуда такая уверенность, что люди начнут выполнять эти рекомендации, если, например, соль уже содержится во многих продуктах питания (в хлебе, колбасе, масле, консервах и т.д.). Особое любопытство вызывает возможность с помощью этой стратегии вести борьбу (на словах или на

деле?) с потреблением алкоголя, табака, наркотиков, какими методами, силами и средствами она будет реализовываться. Возникает также вопрос, почему из всех возможных аутопатогенных зависимостей, а их насчитывается около двадцати, выбраны всего три. Поскольку в документе об этом ни слова, то можно предположить, что Минздрав РФ по умолчанию против остальных не возражает. Из проекта приказа в очередной раз видно, что у работников Минздрава РФ достаточно ошибочное представление о диспансеризации, как было ранее, так сохраняется и по сегодня. Удивительно, но вследствие реализации информационно-коммуникационной стратегии ожидается увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Другое дело- ожидаемая продолжительность здоровой жизни (без болезней и инвалидности), но и на этот показатель данная стратегия влиять не может. Хотелось бы напомнить, что ОПЖ- вероятностная величина, рассчитываемая для каждой возрастно-половой группы населения на основе специально построенных таблиц смертности или дожития. Отсюда ясно, что никакой информацией повлиять на ОПЖ практически невозможно. Большие сомнения вызывают и многие другие приведенные индикаторы как результат информационно-коммуникационных технологий, например, снижение смертности от самоубийств и т.д.

Таким образом, анализируемый документ никакого отношения к стратегии не имеет и скорее напоминает собой план действий с конкретными задачами и мероприятиями. Он нуждается в значительных целевых и содержательных изменениях, в том числе в изменении сложного и длинного названия и только после этого, с учетом всех поступивших замечаний и предложений, он может быть принят. Хотя и это не факт, поскольку по своему содержанию он вполне может носить не самостоятельный характер, а войти в программу по формированию здорового образа жизни в качестве раздела. В последнее время представители Минздрава РФ высказывают пожелания о том, что «здравоохранение должно быть переориентировано нас профилактику и формирование здорового образа жизни», однако о том, кто будет создавать для этого необходимые условия, скромно умалчивается. Однако без этого очень сложно будет реализовать приведенное пожелание, к тому же только отраслевыми усилиями эту проблему не решить. И считается, что первым шагом в этом направлении является диспансеризация, под которой, как обычно, Минздрав РФ понимает профилактические осмотры. Нельзя забывать о том, что массовая

государственная профилактика является гораздо более результативной, чем индивидуальная.

3. Государственная политика, направленная на снижение влияния неблагоприятных факторов на здоровье населения, недостаточно эффективна. Если задача служб здравоохранения- вести разъяснительно-пропагандистскую и воспитательную работу среди населения, начиная с детских садов и школ, о полезности ведения здорового образа жизни, то создание для этого необходимых условий- это задача и ответственность государства.

Такая политика подразумевает на перспективу меры по контролю за производством и распространением только качественных продуктов питания; по созданию экологически благоприятных условий проживания, труда и отдыха населения; по мотивации населения к ведению здорового образа жизни; по обеспечению качественного водоснабжения; по борьбе с бедностью и безработицей; по созданию возможностей для физического, умственного и духовного развития граждан и др. Так, например, со времен антиалкогольной компании (1985–1987 гг.) до 2009 г. Правительством РФ не проводилось адекватных мер в этом направлении. Только в 2009 г. была принята «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года», а меры по снижению табакокурения предложены лишь с 2011 г. Видимо, следует рассмотреть вопрос о воссоздании системы вытрезвителей в рамках МВД, которые были полностью ликвидированы в 2011 г. хотя в определенной мере сдерживали процветающее пьянство и связанное с ним хулиганство.

Значительная часть населения целого ряда городов страны с сохранившейся промышленностью проживает в неблагоприятных экологических условиях. По имеющимся данным, около **77% предприятий** в России относится к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Все это вкупе с низкой выявляемостью профессиональных заболеваний и свертыванием программ охраны здоровья работников на производствах, ведет к ухудшению здоровья работающих граждан.

Следует отметить, что в РФ недостаточно условий для занятий по интересам, активного отдыха и занятий спортом: мало кружков, спортивных площадок, стадионов, секций для занятий спортом для детей и молодежи, а имеющиеся

спортивно-оздоровительные клубы недоступны для большинства населения из-за высокой стоимости посещения. Главный терапевт Москвы В.Тюрин сетует, что намного лучше и приятней заниматься физкультурой и массовым спортом, нежели потом болеть. Раньше при школах, ДЕЗах существовали кружки и секции, были крытые бассейны, бесплатные спортивные школы, во дворах жилых домов были спортивные площадки (волейбольные, баскетбольные, с турником и др.), на несколько дворов- футбольное поле, каток, открытый бассейн, летом- дорожки для терренкура, зимой- освещенная лыжня и т.д., т.е все необходимое для гармоничного физического развития. Если сюда добавить дома молодежи, секции и кружки по интересам, то станет понятным внимание государства к досугу молодых людей и к их отвлечению от пагубных пристрастий. Все это нужно в какой-то мере восстанавливать. Олимпийские сооружения и стадионы их не заменят. Более того, к примеру, содержать детский самодеятельный оркестр при школе или Дворце культуры во много раз дешевле, чем колонию для несовершеннолетних. Это говорит не только о социальной, но и об экономической значимости занятий детей и молодежи. Крайне важно сейчас сделать акцент не на высокой культуре или высоком спорте, а на массовых их проявлениях, прекратить отношение к культуре как к «развлекухе», значительно сократить сцены насилия и им подобные, вызывающие агрессию в еще не установившейся психике детей, и больше уделять внимания массовой физкультуре, ибо только на фоне ее развития могут появиться физически и духовно устойчивые люди и большие спортсмены. Это все следует рассматривать как часть системы охраны здоровья и предупреждения правонарушений.

4. **В стране накопились серьезные проблемы, препятствующие как инициации действенных государственных мер по охране здоровья населения, так и оказанию доступной и высококачественной медицинской помощи нуждающимся**. Среди них главными являются:

✓ **Существенное недофинансирование** условий и возможностей для охраны здоровья граждан и ведения ими здорового образа жизни, хотя потребность в них велика. Недофинансирование здравоохранения за счет общественных (государственных) средств, как минимум в 2 раза, отсюда нет и достойной оплаты труда медицинского персонала, и достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, и возможности широко применять современные технологии лечения, и обеспечивать больницы современным

оборудованием и расходными материалами. Во всех странах отмечается рост расходов на здравоохранение, но только в странах с медицинским страхованием из-за отсутствия централизованного механизма сдерживания они опережают темпы роста ВВП.

Этот рост расходов обусловлен внедрением новых дорогостоящих медицинских технологий и связан не только с постарением населения, но и с последними 2-3-мя годами жизни, причем на молодых в этот период затраты выше, чем на пожилых, а в странах с медицинским страхованием — с отсутствием или слабостью сдерживающих механизмов. Поэтому не случайно здравоохранение в развитых странах стало наиболее приоритетным, с ответственностью первых лиц государства. В РФ за последние годы финансирование здравоохранения возросло, покрывая инфляционные издержки (хотя и недостаточно в сравнении с другими странами и имеющимися потребностями), однако это не привело к ожидаемому улучшению здоровья граждан, поскольку дополнительные средства тратились без учета обоснованных приоритетов, способствующих улучшению результатов деятельности здравоохранения, либо завышалась стоимость выполняемых работ. Кроме того, выделяемые средства находятся за пределами минимально необходимого объема финансирования здравоохранения. В 2011 г. государственные расходы на здравоохранение (включают расходы на программу государственных гарантий, образование, инвестиции в инфраструктуру и санитарно-эпидемиологическое благополучие) составили 3,7% ВВП (2 трлн. руб.), что в 1,6 раза ниже, чем в среднем в «новых» странах Евросоюза (Венгрии, Чехии, Польше и Словакии — 6% ВВП), имеющих ВВП на душу населения, близкий к РФ – 23 тыс. $ППС в год (Чехия – 26 тыс. $ППС, Венгрия – 21,7 тыс. $ППС, Польша – 21,3 тыс. $ППС, Словакия – 24,4 тыс. $ППС **(доллар, оцененный по паритету покупательной способности**). Их общее население составляет 64,1 млн человек или 45% населения РФ. Эти страны после распада Советского Союза увеличили государственное финансирование здравоохранения с 3% ВВП до 6%, чтобы сохранить абсолютную величину расходов на здравоохранение, так как объем ВВП в этих странах (как и в РФ в 90-х годах) уменьшился практически вдвое. В дальнейшем эта доля (6% от ВВП) сохранилась, и по мере роста ВВП расходы на здравоохранение в этих странах пропорционально увеличивались, что позволило избежать резкого ухудшения показателей здоровья населения и снизить общий коэффициент смертности до 10,0–11,0, а ожидаемую продолжительность жизни увеличить до уровня 75,6 года, что аналогично цели,

поставленной в РФ к 2018 г. Для достижения целевых показателей здоровья населения государственное финансирование здравоохранения необходимо увеличить как минимум в 1,5 раза или до 6% ВВП в ценах 2011 г. (научное обоснование см. в работах Улумбековой Г.Э.**2**)». В Германии — 11% ВВП, в США в 2013 г. — 18% ВВП, что в 3,7 раза больше расходов на оборону, в том числе 9,5% ВВП — это бюджетные расходы (в 1960 г. общие расходы — 5% ВВП, в 2000 г. — 14% ВВП), а в 2023 г. эта величина по прогнозам достигнет 21% ВВП.

Между тем, по расчетам Центра развития НИУ–ВШЭ, доля федеральных расходов на здравоохранение в 2015 г. будет снижена в процентах от ВВП почти в 2 раза, а в номинальном исчислении — в 1,5 раза. Это означает, что финансовая ответственность перекладывается на дефицитные бюджеты субъектов федерации, систему ОМС и самих граждан. Экономия государственных средств приводит к неконтролируемому росту личных расходов, чего не должно быть в социальном государстве (Конституция РФ, статья 7). Правда, в долгосрочном прогнозе социально-экономического развития России до 2030 г., помещенном на сайте Минэкономразвития, подчеркнуто, что за 2013–2020 гг. на финансирование программы «Развитие здравоохранения» планируется потратить 27 трлн. руб. Жизнь покажет, сколько будет выделено на самом деле, дойдут ли все средства до назначения и как это все отразится на здоровье граждан и их удовлетворенности. Тем не менее, Минфин планирует на 2014-16 гг. урезать расходы в Пенсионный фонд (не выплачивать базовую часть пенсии работающим пенсионерам при совокупном нищенском доходе в 13 тыс. руб. и повысить возраст выхода на пенсию), на здравоохранение, культуру, образование, госзакупки, а высвободившиеся ресурсы направить на финансирование программ Дальнего Востока, на чемпионат мира по футболу 2018 г, на проектирование скоростной железной дороги Москва-Казань. Если в 2013 г. в расходной части бюджета на оборону приходилось 15.7%, то с каждым годом эта доля будет возрастать до 20.9% в 2016 г. И это при значительном сокращении поступлений от налога на прибыль и сокращении помощи регионам из федерального бюджета. Получается, что, несмотря на финансовые проблемы, мы по-прежнему «готовимся к войне» и удивляем мир «стройками века». Если в 2013 г. на здравоохранение тратилось 3.8% всех расходов федерального бюджета, то в 2014 г. при росте расходов на 3.4% ,

---

[2] Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для РФ. Уроки и рекомендации для России / Улумбекова Г.Э. // Журнал «Экономика здравоохранения». – 2010. – № 3. – С. 30–34; Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Улумбекова Г.Э. // Журнал «Вестник Росздравнадзора». – 2012. – № 2. – С. 33–39.

доля затрат на здравоохранение снизится до 3%, а в номинальном исчислении с 515 млрд. руб. до 417.4, т.е. на 19%. Правда, основная тяжесть расходов ляжет на систему ОМС, в которой взносы за неработающих граждан (а их 60%) платят субъекты федерации, бюджет которых дефицитен, что видно по территориальным программам государственных гарантий, и которые в своем большинстве являются должниками федерального бюджета. Одновременно сокращается бесплатный образовательный минимум в средних школах, в начальной школе до 10 часов внеурочных занятий, в старшей школе- до 36 часов. Сложившийся сейчас низкий уровень школьного образования сохранить не удастся, ситуация может только ухудшаться. Иначе говоря, снова планируются траты не в человеческий капитал, не в повышение спроса, а в развитие инфраструктуры и то, если все деньги дойдут до назначения, не в малый бизнес, а в крупный. А это все, по мнению экспертов, ведет к риску развития страны и экономики. Как известно, бюджет формируется в том числе из средств налогоплательщиков, которые вправе рассчитывать, что власти потратят эти средства на благое дело и на улучшение условий жизни большинства граждан. Объем ВВП за 1 квартал 2013 г. составил 14.987.7 млрд. руб. По сравнению с 2012 г. в 2013 г. темпы роста экономики замедлились более, чем в 3 раза. Уровень экспорта за год упал на 35%, импорта- на 21% при том, что, несмотря на значительное падение, доля экспорта в стоимости экспортно-импорных операций снизилась менее значительно (с 62.5% до 57.6%). Министерство финансов предложило сократить бюджетные расходы за счет замедления роста пенсий, непродления программы материнского капитала, сокращения госслужащих, усиления контроля за гособоронзаказом, сокращения финансирования регионов Северного Кавказа. Однако Правительство РФ считает, что материнский капитал простимулировал рост рождаемости (хотя это далеко не так) и потому такая поддержка семей должна быть продлена до 2016 г. В структуре расходов на здравоохранение почти 60% приходится на оплату стационарной помощи, а на наиболее массовую амбулаторно-поликлиническую помощь, в рамках которой более 80% пациентов начинают и заканчивают лечение, всего около 30%. Свыше 50% российских регионов имеют дефицит бюджета и по данным Федерального казначейства РФ только за первое полугодие 2013 г. они получили доход меньше на 400 млрд.руб. по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Эти дефициты вызваны сокращением производства и слишком высокими тратами. Выведенные в настоящей работе 7% ВВП, необходимые для рационального финансирования здравоохранения, рассчитаны исходя из более

точных, объективных и необходимых затрат на душу населения в год. Однако эти желаемые показатели не являются догмой, а лишь служат ориентиром в долгосрочной перспективе. В настоящее время экономика России переживает далеко не лучшие времена: отмечается значительное снижение ВВП, падение промышленного производства и прибылей компаний, спад стоимости чистого экспорта и падение мировых цен на энергоносители, значительное снижение инвестиций, особенно в строительство, наметившийся рост безработицы, усиление административного давления на бизнес, ухудшение уровня экономической конкуренции, привилегированность монополий, ускорившийся вывоз капитала за рубеж и т.д. Это означает, что надежд на рост бюджета страны мало, и в нынешних условиях нужно в первую очередь сокращать расходы. Судя по всему, министерству обороны удалось доказать нецелесообразность сокращения бюджета на оборону и экономия расходов придется на социальную сферу. Однако, в первую очередь, видимо, следует отказаться от дорогостоящих амбициозных проектов, не направленных на улучшение условий жизни граждан. Тем не менее, выполнение 14 инаугурационных указов Президента РФ В.Путина (из них 11 имеют непосредственное отношение к социально-экономической жизни страны) остается приоритетом, для чего из федерального бюджета на 2014-2016 гг. будет выделено 2.1 трлн. руб., из которых 350 млрд. руб. получат регионы. Однако уже сейчас специалисты оценивают, что выполнение указов подорожает на 200 млрд. руб. Фактически этими указами определены критерии оценки деятельности и Правительства и Президента. Кроме того, со времени выхода указов появились новые финансовые обязательства в 1.3 трлн. руб., в том числе магистраль Москва-Казань, программа развития Дальнего Востока и чемпионат мира по футболу. Дополнительные средства может потребовать и проводимая пенсионная реформа, увеличились и запросы министерств. Откуда на это взять средства? Все изложенное будет профинансировано за счет образования и здравоохранения и с использованием средств резервного фонда. Получается, по мнению экспертов, что «маневр состоит в финансировании «проектов века» за счет сокращения расходов на человеческий капитал». Так, урезанный бюджет на 2014 г. больно ударит по регионам, которые получат средств значительно меньше, но социальных обязательств с них никто не снимает. Доходы бюджета в 2014-15 гг. сократятся на 1.5 трлн. руб. Что же касается системы охраны здоровья и организации медицинской помощи, то тут стоит пока отложить вопрос о двукратном росте расходов на лучшие времена. В сфере охраны здоровья пока целесообразно начать

подготовительную работу к улучшению здоровья граждан- подготовить необходимые программы и проекты действий с обоснованиями и ожидаемыми результатами с тем, что когда появятся возможности, начать их реализовывать. В сфере традиционного здравоохранения и организации медицинской помощи необходимо резко повысить доступность и качество медицинской помощи путем поиска наиболее результативных и относительно дешевых вариантов действий, не перекладывая расходы на плечи большей части населения, которое и так задушено ценами и тарифами. Для начала нужно более эффективно и с гораздо более лучшими результатами расходовать уже выделенные средства. Как это сделать и куда их направить- изложено в настоящем документе в виде предложений. Далее, необходимо исключить нецелевые расходы и добиться полного (без потерь по дороге) использования выделенных финансов. Важно также перейти от затратной бюджетно-страховой модели к более дешевому и более контролируемому государственно-бюджетному варианту. А долю ВВП на здравоохранение можно увеличивать постепенно, по мере роста возможностей государства.

✓ **Высокие личные расходы граждан на медицинскую помощь.** Это является следствием недофинансирования бесплатной медицинской помощи. Так более **50%** пациентов платят за лечение в стационарах, **30%** – за амбулаторно-поликлиническую помощь, **65%** – за стоматологические услуги и большинство доплачивают за высокотехнологичную помощь. Доля личных расходов населения на медицинскую помощь от общих расходов на здравоохранение в РФ выше, чем в странах ОЭСР, при относительно низких доходах. По данным ВЦИОМ (декабрь, 2012) 33% амбулаторных пациентов с доходом ниже среднего уровня выбирают самолечение, 55% предпочитают обращаться в государственные поликлиники и только 6% — в платные медицинские учреждения. Услуги частной медицины востребованы у россиян средних лет (9%) и относительно обеспеченных (10%). Всего 1% заболевших обращаются за помощью к народным целителям и в нетрадиционную медицину, а 4% заболевших ничего не делают. Частная медицина в целом не играет существенной роли в отечественном здравоохранении поскольку на ее долю приходится 0.3% всех больничных коек, около 4% объемов амбулаторной помощи (в настоящее время- 4.4%) и почти 4.5% всего медперсонала. На долю больниц с частной формой собственности приходится 1.8%, в том числе 0.37% на селе. Однако, эта доля постоянно растет. В европейских странах на долю частной медицины приходится от 4-5% до 10% всего объема оказываемой медицинской помощи, что свидетельствует о

перспективах ее роста в нашей стране. Частная медицина сосредоточена, в основном, в крупных и средних городах, и от ее «партнерских» отношений с государственным здравоохранением, как отмечалось, следует воздержаться по многим причинам. Высокую стоимость операций в частных клиниках руководители частной медицины объясняют тем, что хотя такие же операции в государственных клиниках должны производиться бесплатно, в них всегда найдут возможность получить такие же деньги с пациента. Иначе говоря, в частной клинике пациент заплатит столько же или даже меньше при соответствующих гарантиях, изложенных в заключенном договоре. Вот такое отношение частной медицины к платным услугам в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Именно поэтому от платных услуг в этих учреждениях необходимо избавляться (и об этом пойдет речь далее) и тогда лица, имеющие возможность получить медицинскую помощь за плату, будут обращаться в частные клиники. Небольшие перспективы открываются и в связи с вхождением частной медицины в ОМС. Во-первых, при этом могут не устраивать тарифы (и это преодолеваемо, как ранее отмечалось), к составлению которых представители частной медицины пока не допускаются. Во-вторых, в связи с тем, что в бюджетах многих субъектов федерации не хватает средств даже на обязательную территориальную программу государственных гарантий, то намеченное повышение зарплаты медицинским работникам, видимо, также придется осуществлять из средств ОМС (возможно, и платных услуг), и это будет жестко контролироваться в ущерб другим расходам, в том числе на частную медицину. Поэтому у частной медицины свой самостоятельный путь развития и основные перспективы для ее выхода на 10% всех объемов медицинской помощи (как в развитых странах с государственно-бюджетной моделью) связаны с 3 функциями: замещением, когда та же самая медицинская помощь оказывается более оперативно, более качественно при более внимательном отношении к пациентам; дополнением, когда развиваются виды помощи, которые слабо представлены в государственной сети, например, паллиативная помощь, интегрированный медицинский уход и т.п.; расширением. Первые две функции вполне могут реализовываться в том числе через систему государственного задания на конкурентной основе. Последняя функция связана с развитием частных многопрофильных клиник и с основным потребителем частных медицинских услуг- средним классом (в российском понимании и исчислении), который несмотря на чинимые препоны и барьеры возрастает в долевом исчислении (сейчас на его долю приходится не более 10%, а вскоре

достигнет 20%). В основном частные клиники могут рассчитывать на постоянно растущий средний класс и на родственников состоятельных людей. А из всего населения только 6.2% готовы выбрать частную клинику для амбулаторного лечения, а для стационарного лечения-единицы. Целесообразно также шире использовать солидарную систему ДМС, сейчас на долю ДМС в частных клиниках приходится всего 7.9% поступающих средств, да и то в основном по корпоративным страховкам, а основной доход приносят прямые платежи граждан. Кстати, в западных странах именно средний класс, представляющий собой малый и частично средний бизнес, является главным локомотивом экономики и опорой демократии. Примеров успешно функционирующих частных клиник уже есть немало, среди них можно выделить многопрофильную клинику Центр эндохирургии и литотрипсии проф. А.С.Бронштейна, работающую на самом современном уровне, клинику СМС, ряд современных клиник в областных центрах Поволжья, Урала и другие. В настоящее время идет активный процесс объединения усилий частных клиник. Кстати сказать, пока нет однозначных и научно обоснованных доказательств, что однопорядковые государственные клиники менее эффективны, чем частные, хотя в частных условия содержания и отношение к пациенту значительно лучше. Но это для больного не всегда приоритетно, он скорее предпочтет положительный результат лечения. Сравнение еще затруднено и тем, что частные клиники имеют право выбирать и не обслуживать отдельные сложные случаи, а в государственном секторе такое невозможно. Такого рода объективные сравнительные исследования еще впереди.

Положение в государственном здравоохранении дополнительно усугубляется наличием неформальных платежей. Такая ситуация, в основном, характерна для городских жителей, а на селе преобладает не столько платность, сколько резкое снижение доступности медицинской помощи. Как следствие всего этого, многие больные вынуждены отказываться от лечения и приобретения необходимых лекарств, заниматься самолечением, обращаться за медицинской помощью на поздних стадиях. В связи с самостоятельным применением лекарственных средств из непонятной для западного обывателя «домашней аптечки» появились трудно поддающиеся лечению инфекционные и многие дегенеративные болезни, среди причин которых выделяются инфекции. Все это вместе взятое приводит к росту числа запущенных и тяжелых случаев заболеваний, к хронизации патологии и увеличивает потребности в более дорогостоящих видах медицинской помощи и, соответственно, затраты. К сожалению, произносимые правильные слова о

бесплатной медицинской помощи только камуфлируют ускоренный рост объемов платных для населения медицинских услуг и потому можно считать, что в отличие от многих других стран, платная медицина — неизбежность для россиян, если сложившиеся тенденции сохранятся и в будущем.

✓ **Система аккумулирования и распределения государственных средств на здравоохранение неэффективна**. Во-первых, сложившаяся в РФ смешанная бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения более затратна по сравнению с только бюджетной моделью, финансируемой из налогов, которая сегодня принята в большинстве стран ЕС. Во-вторых, она реализуется через частные СМО, которые больше заинтересованы в извлечении прибыли, чем в улучшении здоровья населения, и даже экономически заинтересованы в том, чтобы медицинские учреждения работали хуже (штрафные санкции), а не лучше. Не всегда эксперты, привлекаемые страховыми организациями, более квалифицированы, чем проверяемые ими врачи. И это в сочетании с усиленным чиновничьим надзором вызывает у врачей негативное отношение к сложившейся системе. В-третьих, наличие множества источников и распорядителей государственных средств на здравоохранение снижает эффективность управления этими средствами. К этому же можно отнести и отсутствие законодательства и нормативно-правового обеспечения, способствующего большей эффективности и прозрачности выделяемых средств. И, в-четвертых, ни один из бюджетов (федеральный, региональный и ОМС) не несет субсидиарной ответственности за дефицит реализации ПГГ в территориях от установленных федеральных нормативов финансирования. В результате ежегодно в большинстве субъектов РФ формируется **значительный хронический дефицит** реализации территориальных ПГГ (в 2011 г. — на 238 млрд. руб., в 2012 г. — 820 млрд. руб.). Следует иметь в виду, что в 2012 г. только 11 регионов страны были донорами, бюджеты остальных регионов дефицитны. От новых предприятий местные бюджеты начинают получать прибыль лишь через 6-9 лет с момента начала их деятельности. Указы Президента РФ от 7 мая 2012 г. передают на региональный уровень новые обязательства, но они не содержат механизм повышения доходов регионов. В то же время 40 регионов задолжали свыше 50% своих доходов. Экономическое обоснование территориальных ПГГ переложено на субъекты федерации, а научного обоснование необходимых видов и объемов медицинской помощи нет. Минздрав РФ предлагает территориям ориентироваться на усредненные показатели: менее одного амбулаторного посещения на 1 жителя в

год, в том числе 0.9- в медицинские учреждения и 0.06- на дому, стоимость 1 посещения- 323 руб., 0.33-0.36 вызовов скорой помощи на 1 жителя в год, подушевой норматив- менее 8 тыс. руб. на 1 жителя и т.д. Нормативы стационарной помощи определяются исходя из территориального норматива затрат на 1 койко-день, умноженного на коэффициент стоимости по профилю коек. Вообще, от ПГГ следует отказаться вообще, поскольку эти программы, как федеральная, так и территориальные показали свою крайне низкую эффективность. Финансовое покрытие этих программ оставляет желать лучшего, бесплатные виды помощи легко перевести в платные, утрачена единая политика в стране, т.к. сколько территорий, столько и вариантов, а от этого неравенства страдают пациенты, государство тратит средства, на деле не зная, что оно гарантирует и что за это в итоге получает. Однако правительство приняло проект программы государственных гарантий на 2014-2016 гг. По базовой программе ОМС расходы на пациентка в день вырастут более, чем в 2 раза. Общая стоимость территориальных программ государственных гарантий в 2014 г. возрастет на 230 млрд. руб. Тем не менее Минздрав РФ начал компанию по сокращению расходов на 103 млрд. руб. за ближайшие три года, сократив объемы стационарной помощи, переведя часть лечебных коек в долечивание и реабилитацию, переведя часть скорой помощи в неотложную.

Письмом от 30 апреля 2013 г. №13-2/10/2-3113 в субъекты федерации Минздрав РФ еще раз подтвердил, что на 2013-15 гг. стандарты, представляющие собой усредненные показатели, являются основой для определения размера страхового обеспечения ТП ОМС и расчета соответствующих тарифов. Этим самым подчеркнуто, что стандарты введены не столько для лечения больных (а их исполнение проверяет Росздравнадзор), сколько для необходимых финансовых расчетов. Парадоксально выглядит рекомендация оказывать ПМСП в центрах здоровья (информационное письмо МЗ РФ №20-2/10-1-8234).

В ближайшие три года доля расходов федерального бюджета на здравоохранение снизится в 2 раза. Для обеспечения бесплатной медицинской помощи требуется минимально 1,5 трлн. руб., а на 2012 г. под пересмотренные стандарты медицинской помощи выделено только 680 млрд. руб. Получается, что платная медицина на сегодня — это навязываемая гражданам неизбежность. Кстати, в связи с недофинансированием здравоохранения и если оно будет затяжным, то дополнительная заработная плата (от средней по региону: для врачей — 200%, медсестер — 100%) может формироваться из платных

медицинских услуг, на долю которых приходится до 30% всего финансирования, и за счет средств ОМС, а также за счет сокращения кадров, коек и медицинских учреждений, передачи их в концессию в частные руки и т.д. Нужно не сокращать расходы на здравоохранение, а искать более дешевые и более рациональные организационные формы системного оказания медицинской помощи, т.е. не сокращать поступление средств, а искать пути для более эффективного их использования.

Минэкономразвития готовит законопроект о государственно-частном партнерстве (ГЧП), согласно которому государственные медицинские учреждения могут сдаваться в аренду или передаваться в концессию частным организациям с возможным субсидированием из бюджета. Такой сценарий нарастающей коммерциализации (с последующей логично вытекающей приватизацией) здравоохранения ведет страну к губительной системе полностью платной медицины и прямо противоположен изложенному в Стратегии, для которого необходимые «рельсы» уже проложены, вполне возможен. Ссылаясь на опыт некоторых стран, у нас пропагандируется государственно-частное партнерство, застрельщиком которого является московское здравоохранение. Но партнерство — это объединение, отношения, построенные на общих интересах. Однако участие частной медицины в решении государственных задач не может считаться партнерством, поскольку бизнес продает товар, а государство платит за него (разные интересы). Более того, само понятие государственно-частное партнерство неправомерно, т.к. ни в одной стране государственные медицинские учреждения не взаимодействуют с частными и потому там развивается общественно-частное партнерство (Public- Private, а не State- Private, Partnership). Из изложенного можно сделать выводы о том, что, во-первых, идет процесс ускоренного навязывания населению платной и частной медицины, для чего даже не успевают подготовить соответствующие нормативные документы и подзаконные акты. Во-вторых, уменьшение доли государственной ответственности и значительное снижение нагрузки на бюджеты. В третьих, сокращение мощностей здравоохранения под маркой «оптимизации», поскольку одним из критериев оценки деятельности губернаторов является сокращение «лишних» мощностей в здравоохранении. Вот они вместе с Минздравом РФ и стараются. Тем не менее, при условии роста финансирования здравоохранения, без чего Стратегия не может быть реализована в полном виде, потребность в программе государственных гарантий может отпасть и медицинская помощь

будет бесплатно по примеру других стран оказываться тем, кто в ней нуждается. Как это сделать в условиях экономического кризиса, падения объемов выпуска продукции в ключевых отраслях экономики и прибыльности предприятий, роста издержек бизнеса и дефицита бюджета будет показано далее.

Сложившаяся в стране система ОМС имеет намного больше недостатков, чем преимуществ. Когда осуществлялся переход на медицинское страхование, то, во-первых, рухнул бюджет, а во-вторых, рыночная страховая модель рассматривалась как панацея, предполагалось, что рынок сам все настроит и наладит, что будут снижены расходы на здравоохранение, что повысится качество и возрастет зарплата медицинских работников. Прошло немало лет, это срок достаточный для того, чтобы система заработала. Но все благие ожидания не оправдались. За эти годы расходы на здравоохранение значительно возросли (в доле от ВВП, того и нынешнего, в 2 раза), и это без учета теневых средств, доступность систематически падает, еще больше возросло отставание в доходах медицинского персонала, повсеместно наблюдается безответственное отношение к пациентам, нарастают взяточничество и поборы. Остальные побудительные мотивы, связанные с качеством и конкуренцией также себя не оправдали, т.к. конкуренция между страховыми организациями бессмысленна, а между медицинскими учреждениями в наших условиях практически мало реальна из-за слабого насыщения рынка медицинских услуг. Кроме того, конкуренция реальна только тогда, когда предложение превышает спрос. Правда, в крупных городах конкуренция частично возможна между государственными и частными организациями. Что получилось- так это создание множества посредников на пути прохождения денег. В действительности модель ОМС (бюджетно-страховая) послужила компромиссом между желанием в какой-то мере обеспечить доступ населения к медицинской помощи и политическим решением о переводе здравоохранения на рыночные рельсы. Ничего хорошего из этой затеи не вышло. Как известно, основными постулатами солидарной системы ОМС являются: богатый платит за бедного, работающий — за неработающего, здоровый — за больного. У нас обязательный страховой взнос (по сути налог) платит работодатель не из своей прибыли, а из фонда оплаты труда (ФОТ), т.е. за счет недоплаченной зарплаты работающим. Когда эта система только вводилась в 1990-е годы, в стране зарплата была практически тождественна доходам для большей части граждан. Однако сейчас малая часть граждан (состоятельных) располагает преобладающей долей совокупного дохода и в результате получается,

что работающие, получающие зарплату, оплачивают медицинскую помощь тем, кто имеет более высокие доходы при низких официальных зарплатах. И в результате получается, что у нас бедный платит за «состоятельного» (а богатые уже давно не пользуются нашей государственной медициной), и потому ни о какой солидарности не может быть и речи.

Система ОМС предназначена для функционирования в условиях преимущественно частного (некоммерческие и коммерческие клиники, частно практикующие врачи общей практики) здравоохранения, однако даже при этом она демонстрирует свою затратность и относительно невысокую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, возможность для коррупции и нецелевого расхода средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д. В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи, расходуется 10–20% средств ОМС. Модель ОМС носит выраженный рыночный характер, а, как известно, основными атрибутами рыночной экономики являются спрос и предложение, цена и торг, конкуренция и выбор и т.д., но главной движущей силой рынка является прибыль. В социальной сфере такого рода отношений быть не должно, т.к. в отличие от экономики, находящейся в свободном плавании, но по правилам, установленным государством, эта сфера должна находиться под протекцией государства. Для функционирования ОМС помимо рыночных отношений необходимо иметь медицинские учреждения (частнопрактикующие общие врачебные практики, больницы, медицинские центры и др.) с негосударственной и немуниципальной формой собственности, т.е. свободные частные клиники, которые могут быть некоммерческими или коммерческими, но работающими под контролем больничных касс, как в Германии. Опросы показывают, что у нас в стране свыше 40% врачей не имеют представления о системе ОМС и не понимают, зачем она нужна вообще со множеством посредников и расплодившейся бюрократией. В систему ОМС было заложено 2 финансовых принципа: деньги следуют за пациентом и оплата за пролеченного больного. Казалось бы, все верно: обратился пациент в медицинское учреждение- оно получает за это деньги, или лечили

больного с каким-то диагнозом определенное число дней- получите за это. Но в реальности происходит все иначе. Так, благодаря первому принципу медицинские учреждения стали экономически заинтересованными в том, чтобы больной обследовался и лечился только у них и не направляют его в другие учреждения ибо деньги уйдут с ним. Кроме того, этот принцип не соответствует теории массового обслуживания, когда учитывается пропускная возможность прибора обслуживания, в данном случае- отдельного врача, службы и учреждения в целом. Второй принцип делает медицинские учреждения не заинтересованными в росте числа здоровых. Напротив, чем будет больше больных (к тому же тяжелых, которые больше времени проведут в медицинских стенах), тем больше средств получит медицинское учреждение и тем будет больше прибыль фармацевтической сети. По этому принципу долгосрочные интересы государства и сиюминутные лечебно-профилактических служб диаметрально разнятся. Этот принцип напоминает известный «эффект кобры», когда власти Индии решили бороться с расплодившимися кобрами и платили за каждую доставленную змеиную голову. Но вместо сокращения числа кобр они получили их увеличение ибо индусы стали их разводить для получения премии. Это наглядно демонстрирует, что у каждого решения и действия есть оборотная сторона и благие надежды на оплату за пролеченного больного обернулись экономической заинтересованностью не в росте числа здоровых, а в увеличении числа больных людей.

Какие же методы оплаты медицинской помощи существуют и какие из них были бы приемлемы? Их всего 6- сметное финансирование, оплата за койко-день или посещение, гонорар за услугу, глобальный бюджет, оплата за пролеченный случай по КСГ, подушевое финансирование-, но все они имеют свои преимущества и крупные недостатки, идеальных способов оплаты просто нет. Так, первые 2 метода использовались в советское время, когда здравоохранение финансировалось без учета результатов труда, и приводили к наращиванию мощностей и к экстенсивному развитию здравоохранения. Гонорарный метод, как правило, приводит к погоне за объемами, к припискам и завышенному числу ненужных медицинских услуг, повышая тем самым стоимость медицинской помощи. Этот метод не может быть применен там, где пациенты часто и подолгу контактируют с медицинскими учреждениями, а при единичных контактах он вполне подходит. Глобальный бюджет- это заранее, в т.ч. договорным путем, определенная сумма, которая выплачивается медицинскому учреждению, но при

этом не учитывается реальное ее расходование и получаемые результаты. Подушевое финансирование даже с поправочными возрастно-половыми коэффициентами делает медицинские учреждения не заинтересованными в затратах на больных, ибо тогда больше средств останется на их собственные нужды. Кроме того, при подушевом финансировании отсутствует заинтересованность медицинских учреждений в улучшении своей деятельности и ее результатов. Как подчеркивалось, и к этому еще будут обращения, оплата за пролеченного больного ведет к экономической заинтересованности в росте числа больных, в т.ч. тяжелых, а принцип «деньги следуют за пациентом» делает экономически не выгодным направление пациентов в другие медицинские учреждения. В последнее время придумана другая нелепица- оплата по законченному случаю. Но законченным случаем может быть и летальный исход и лечение может закончиться у другого специалиста и в другом учреждении. Как тогда оценивать, когда это случай заканчивается, где и у кого? И какими должны быть критерии «законченности» при хронических болезнях? А поскольку счета на оплату выставляются ежемесячно, то многие хронически больные туда могут не попасть. К тому же, для разных служб требуются разные методы оплаты. Например, для скорой и неотложной помощи, травмопунктов, т.е. там, где оказывается разовая (а не длительная) медицинская помощь, подойдет гонорарный принцип, для амбулаторно-поликлинической службы- подушевой норматив с выдачей госзадания и последующей обязательной оценкой деятельности и результатов оказанной помощи с тем, чтобы в случае каких-либо дефектов, можно было снять деньги с учреждения или применить другие санкции. Нужно сделать так, чтобы вся эта служба была заинтересована в росте числа здоровых людей, а, значит, в первичной и вторичной профилактике. Система КСГ или DRG наиболее подходит для финансирования сходных групп пациентов в стационарах опять же с выдачей госзадания по качеству и результатам стационарной помощи. И эти методы, видимо, можно рекомендовать для всех территорий с тем, чтобы были единообразные подходы, сопоставимые результаты и не страдали бы пациенты. Для упорядочения экономических расчетов можно ввести медико-экономические стандарты в качестве ограничителей излишних затрат, которые, правда, не гарантируют высокий уровень качества и результатов оказания медицинской помощи. Иначе говоря, в договорах между органами здравоохранения и медицинскими учреждениями должны содержаться в виде госзадания не только исходные объемные показатели, характеризующие

гонорарный принцип, подушевой норматив и группировки стационарных больных, но и согласованный уровень качества медицинской помощи и ее результаты, оцененные по специальным критериям и стандартам. Только при таком подходе можно будет определить эффективность вложений в здравоохранение, а пока это бездонная бочка.

Вместо задуманного, по ОМС получилось все наоборот: расходы на здравоохранение непрерывно растут (и будут еще более расти, если ничего не менять), а медицинская помощь становится все менее доступной, что вызывает у населения негативное отношение к принимаемым решениям. Если все участники процесса заинтересованы в росте числа больных, то затраты на здравоохранение никогда не снизятся, поскольку **модель ОМС, как это не прискорбно, ориентирована не на результаты, а на процесс оказания медицинских услуг, т.е. оплачивается процесс обследования или лечения, но не их результаты.** Главное, что деньги и время на лечение потрачены, а каков результат- это вторичное. Другое дело в государственно-бюджетной модели, когда медицинским учреждениям достается большая выгода (меньше издержек денег и труда) от того, что люди будут более здоровыми.

Кстати, даже на своей родине, в Германии, система страхования переживает сейчас далеко не лучшие времена, и об этом открыто говорят немецкие специалисты, в т.ч. депутаты бундестага. Там, в связи с ростом ОПЖ возрастает число пожилых людей, а, как известно, наибольшие объемы медицинской помощи потребляют не работающие, а дети и пожилые. При этом численность работающих не растет и страховые взносы остаются прежними. Средств на медицинскую помощь в течение последних 10–15 лет стало катастрофически не хватать. Вначале возникла идея увеличить страховые взносы, но против этого восстали работники, работодатели и профсоюзы. Затем была предпринята попытка уменьшить доходы врачей. Но на двух съездах Немецкой врачебной палаты врачи, обсудив это предложение правительства в деталях, его отвергли. Далее, попытались снизить затраты на медицинскую помощь пожилым, введя для них минимальные и дешевые стандарты лечения. Но пожилые люди расценили это как нарушение прав человека. И вот теперь там рассматривается предложение некоторых минимальных изменений, но сразу по всем трем направлениям. Можно предположить, что это только временное и паллиативное приглушение проблемы, которая через некоторое время возникнет вновь, и тогда потребуются совсем другие решения. В принципе ОМС это система для бедных (по типу кассы

взаимопомощи, куда богатые не обращаются), она крайне актуальна в условиях частной медицины (там она и родилась), когда застрахованным что-то гарантируется, и побуждает к созданию минимального пакета услуг, дополненных платными услугами (непосредственная оплата или соплатежи) и добровольными схемами частного страхования.

Постулат «работающий платит за неработающего» отражает реальную картину, т.к. в т.ч. из налогов работающих и предприятий формируется местный бюджет, из которого осуществляются страховые выплаты в ОМС за неработающих граждан.

И, наконец, третий постулат также соблюдается, т.к. взносы платят работодатели за всех, а помощь за эти средства получают только нуждающиеся.

Страхование по своей сути представляет возмещение возможных потерь (утрат) и как бы устремлено в будущее, а в данном случае речь идет об оплате за ретроспективно оказанную медицинскую помощь. Иначе говоря, страхование предназначено для компенсации работнику расходов на лечение его самого и членов его семьи, для чего необходимо увязать величину страхового взноса с объемом и стоимостью оказанной медицинской помощью. Страховой случай при этом наступает не вследствие какого-либо ущерба, а при необходимости получения медицинской помощи в качестве оплаты медицинскому учреждению. Отсюда видно, что социальное страхование здоровья — это классический пример страхования, а сложившаяся у нас система ОМС — это не страхование, и представляет собой не более как специальную систему финансирования медицинской помощи. Взятый 20 лет назад курс на построение в стране модели медицинского страхования с преобразованием медицинской помощи в рыночный термин «медицинская услуга» внес сумятицу, последствия которой могут оказаться драматическими, и себя не оправдал ни с точки зрения пациентов, ни с позиции государства, ни со стороны медицинских организаций. Тем более, что законодательно запущен процесс ликвидации системы муниципального здравоохранения, т.е., в отличие от других стран, снимается ответственность с органов местного самоуправления за решение насущных и приземленных проблем охраны общественного здоровья.

В соответствии с федеральным законом № 326–ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании», базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий. Парадокс заключается в том, что часть, т.е. базовая программа ОМС с обозначенными видами

первичной и специализированной помощи, реализуется по закону, а целое, т.е. Программа государственных гарантий (включая базовую программу ОМС) утверждается постановлением Правительства РФ. Правда, с введением одноканального финансирования программа государственных гарантий будет совпадать с программой ОМС. Согласно закону № 326–ФЗ, страховые организации могут увеличить свой доход за счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, т.е. быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы. И хотя это не часто бывает, но законом предусмотрено. Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или сменить страховую медицинскую организацию, осуществить выбор врача или медицинского учреждения (особенно на селе), что делает закон больше декларативным, чем действенным. О каком выборе может идти речь, если на страховом поле ОМС зарегистрировано 105 страховых компаний, а преимущественная часть средств распределяется только среди нескольких? Правда, Минздравом РФ недавно утвержден порядок выбора медицинского учреждения, но он важен особенно для граждан, которые работают или временно находятся не в районе своего проживания. Во многих случаях этот принцип будет носить декларативный характер. Выбор тогда свободный, когда он осознанный, а не навязанный. Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда кроме крупных городов в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл. Для развития конкуренции помимо полностью частной медицины и **превышения предложения над спросом** необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля «эффективных» городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг. Всего этого не только в сочетании, но даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет, а в странах с медицинским страхованием все это

имеет место (Швейцария, Бельгия, Кипр, Греция, Израиль, Япония, Нидерланды, Германия, Франция, Южная Корея, Австрия)- высокая плотность населения и достаточно равномерно заселенная территория с хорошими дорогами, со средними расстояниями между городами в 7-15 км, а, главное, там достаточно высокий уровень ВВП на душу населения, высокий уровень инвестиционной привлекательности, активное государственное антимонопольное регулирование, значительная доля налогов, остающихся в распоряжении региональных властей и муниципалитетов. Известно, что чем больше денег задействовано в экономике, тем выше платежеспособность системы ОМС и привлечение рыночных инвестиций в здравоохранение. А в России всего этого нет и, видимо, не очень скоро появится, даже в европейской части расстояние между городами составляет 40-50 км, а на востоке-150-300 км при нашей транспортной доступности и состоянии дорог, городов с населением в 100 тыс. чел. и более- всего 164 и число их сокращается. Если бы в Москве, где есть отдельные условия из числа перечисленных, действовало бы реальное антимонопольное регулирование, то вместо масштабного слияния сотен медицинских учреждений (по сути, монополизация гигантского рынка), наблюдался бы обратный процесс- расширение их автономии, экономических прав и ответственности. А это означает, что учреждения должны проходить аккредитацию (т.е. проверку условий), а лицензию (т.е. разрешение на деятельность) должны получать врачи, переходя из статуса объекта права в субъект права. Примерно близкая картина и в США, но там тратится на медицину во много раз больше средств, правда, по рейтингу Блумберг страна находится лишь на 33 месте. Прав Б. Обама, настаивая на повышении доступности медицинской помощи, но правы и республиканцы, выступающие против расширения медицинской помощи в США, где нет многих условий для системы медицинского страхования, что может привести к финансовой катастрофе.

А принцип «деньги следуют за пациентом» не работает в малых городах и сельской местности. При этом возникает экономическая незаинтересованность в направлении пациента в другие медицинские учреждения, даже при наличии показаний, поскольку деньги уйдут с ним. Кроме того, в странах с медицинским страхованием страховые компании не заинтересованы в удешевлении медицинской помощи, напротив, они экономически заинтересованы в ее непрерывном удорожании. Главная особенность ФЗ №326 состоит в том, что страховые медицинские организации перестали страховать и функция

страховщика перешла в Федеральному фонду ОМС, который стал единственным и единоличным страховщиком на всей территории страны. Что же остается за страховыми организациями в системе ОМС? Во-первых, они являются передаточным звеном, т.е. передают деньги от фондов ОМС в медицинские учреждения за малую долю вознаграждения при миллиардных оборотах системы ОМС. Во-вторых, они, будучи частными, осуществляют контрольно-надзорные функции в государственной системе ОМС и, как бы защищая граждан от медицинских организаций, штрафуют эти организации (государственные, муниципальные, частные) тоже в свою пользу. **Такого нет нигде, чтобы частные организации осуществляли контроль и надзор в государственной системе, зарабатывая на штрафах,** ни в пенсионном или социальном страховании, ни в таможне, ни в наркоконтроле, ни даже в ГИБДД. Вот такая простая и незатейливая форма получения дохода частными страховыми организациями, которые вполне могут быть исключены из системы ОМС.

Работодатели в качестве страхователей являются бесправными, не могут влиять на эффективность использования уплачиваемых страховых выплат и в соответствии с законом имеют только право на получение некоторой информации от страховщика. Опасность для пациентов или ворота, через которые страховые компании будут экономически заинтересованными в предъявлении пациентам, в том числе неоправданных исков, представляют собой некоторые положения закона. Имеются противоречия между пунктами одной и той же статьи, где, с одной стороны, говорится, что страховая медицинская организация, участвующая в системе ОМС, может иметь любую организационно-правовую форму, а с другой, что она должна осуществлять свою деятельность на некоммерческой основе. При этом одновременно страховой медицинской организации разрешается размещение временно свободных средств, что придает деятельности коммерческий оттенок. Сама система ОМС является сложной, запутанной, со множеством условий, сложностью взаимодействия и расчетов и требует постоянного отвлечения на обучение и понимание всей громоздкости происходящих процессов с вариантами их преодоления.

Включение в систему ОМС оплаты за скорую медицинскую помощь и частных медицинских учреждений выглядит, по меньшей мере, странно и недостаточно подготовленным. Со скорой медицинской помощью вообще происходят «шарахания» (раньше ее 4 раза объединяли и разъединяли с неотложной). Так, для исключения необоснованных вызовов и приписок в

Московской области почему-то решили перевести скорую помощь на подушевое финансирование в зависимости от количества областных жителей. Кстати, подушевое финансирование мало чем отличается от финансирования из бюджета, что не стимулирует СМП работать быстрее, лучше и без приписок. И при этом можно ничего не делать, отказывать в выездах и т.д. Поэтому при ее финансировании с определенным коэффициентом обязательно должны учитываться объемы, качество и результаты работы, ближайшие и отдаленные. А еще проще применить гонорарный метод оплаты. С другой стороны, в Московской области вводится единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи для 26 самостоятельных станций и 45 отделений скорой помощи, в которых заняты 663 круглосуточные бригады, в том числе 258 линейных врачебных бригад, 104- специализированных и 301- фельдшерских. Создание такой службы может быть целесообразным при условии достаточного числа диспетчеров и хорошей связи. И. наконец-то, в упаковку скорой медицинской помощи включили тромболитики, что позволит снизить досуточную летальность. В 2014 г. в систему ОМС предполагается включить затраты на опекунство и усыновление. Кроме того, планируется с 2015 г. оплачивать ВМП за счет тех же самых средств ОМС, что отразится на ее объемах и качестве, особенно в таких городах, как Москва и С-Петербург. В проекте бюджета на 2014-2016 гг. предполагается значительное сокращение финансирование федеральных медицинских учреждений по специализированной помощи в 2014 г.- на 35%, в 2015-16 гг.- на 50%, а по амбулаторной помощи в 2014 г.- на 50%, а в 2015-16 гг. бюджетное финансирование не предусмотрено и средства будут поступать из ОМС, при этом для перевода некоторых видов ВМП в специализированную помощь системе ОМС понадобится 16.8 млрд. руб. Удивительно то, что это никак не беспокоит Минздрав РФ, и вопрос об этом подняла Счетная палата, которой, кстати, непонятно, на основе чего была сформирована ПГГ на 2014-16 гг. С.В, Калашников не уверен, что ФФОМС сможет справиться с новой нагрузкой-оплатой 19 видов ВМП, поскольку план бюджетных поступлений в ФФОМС явно завышен, а расходы значительно возрастут При этом стоимость ВМП в федеральных центрах в 2 раза выше, чем в областных больницах, а тарифы ОМС- в 2-3 раза ниже того, что требуется. Получается, что финансирование здравоохранения шаг за шагом перекладывается с государственного бюджета на ФОТ, т.е. на работодателей и работников, а также на самих пациентов. А ОМС- не резиновая система. В целом же бюджетное финансирование здравоохранения

вроде бы даже несколько возрастет с 2.459 трлн. руб. в 2013 г. до 2.508 трлн.руб. в 2014 г., но теперь это будет не только госбюджет, но и средства ОМС и региональных бюджетов. Подушевые нормативы по базовой программе ОМС составят в 2014 г. 6952.5 руб., что на 17% больше, чем в 2013 г., в 2015 г.-8481.5 руб., в 2016 г.- 8893,2 руб. Кроме того, Минфин РФ на 2014-2015 г. зарезервировал по 25 млрд. руб. ежегодно для финансирования медицинской помощи в федеральных государственных учреждениях.

В пояснительной записке к закону № 326–ФЗ от 29 ноября 2010 г. очень невнятно и как бы между прочим говорилось о том, что страховые медицинские организации могут способствовать проведению профилактических мероприятий, но в самом законе и в основных принципах ОМС об этом нет ни слова, да к тому же страховщики и медицинские учреждения в этом экономически не заинтересованы. Из системы ОМС, как отмечалось, средства выплачиваются медицинским учреждениям не за результаты лечения, а за количество оказанных медицинских услуг, что не делает ЛПУ экономически заинтересованными в улучшении результатов своей работы. Вообще, система ОМС воспитывает у новых поколений врачей вкус к товарно-денежным отношениям, когда не пациент и его проблемы находятся в центре внимания врача, а его финансовые возможности, что противоречит клятве Гиппократа и российского врача, гуманизму медицины и подрывает основы здравоохранения как социальной системы. Имеются и другие недостатки смыслового и редакционного характера. В целом в законе № 326–ФЗ ни об улучшении здоровья, ни о развитии здравоохранения, ни о совершенствовании медицинской помощи ничего не говорится. Все плановые и целевые проверки, осуществляемые ТФОМС и СМО, сводятся не к контролю или экспертизе качества, а к правильности оформления документов. Например, в 2007 г. было проведено свыше 10 млн. проверок и при этом выявлено почти 6 млн. нарушений, в том числе 51% приходился на необоснованное завышение объема и стоимости медицинской помощи. Это означает, что в условиях ОМС и действующих принципов оплаты оказанной медицинской помощи происходит серьезное увеличение расходуемых средств за счет приписок. А сколько таких случаев не выявляется ежегодно?

Для определения необходимых объемов медицинской помощи не проведены соответствующие исследования потребности населения, и это означает, что объемы определяются как среднепотолочные, исходя из предыдущих лет. А истинная потребность граждан в различных видах медицинской помощи так и

остается загадкой. Не прослежена связь между законом об ОМС и принятым законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (федеральный закон № 83–ФЗ от 8 мая 2010 г.), как будто они подготовлены для разных стран, а не для одних и тех же медицинских учреждений. Поэтому, в частности, не предусмотрена стыковка между государственными и муниципальными заданиями, с одной стороны, и выбором пациентом медицинского учреждения, с другой.

В законе ни в малейшей степени не прослеживается роль медицинских профессиональных ассоциаций, сообществ пациентов как в составлении территориальных программ ОМС, так и в работе комиссий, распределяющих между страховыми организациями объемы медицинской помощи и определяющих тарифы. Некоторые пункты закона могут представлять собой лазейки для коррупции. Споры между страховой организацией и медицинским учреждением теперь разрешаются не путем независимой экспертизы, а чиновником из территориального фонда ОМС. В законе страховые медицинские организации представлены не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве передающих деньги посредников с соответствующими налоговыми последствиями для них. В результате они не имеют никакого экономического интереса в оптимизации расходов по ОМС и, что отсюда вытекает, слабо заинтересованы в оказании застрахованным качественной медицинской помощи. Поэтому страховые медицинские организации, как не справившиеся с возложенными на них задачами, могут быть безболезненно исключены из системы ОМС. В результате внедрения ОМС на фоне роста расходов на здравоохранение становятся практически недоступными даже достаточно простые виды медицинской помощи. Возникает порочный круг: из-за низкой заселенности территории и снижения экономической эффективности ряда существующих медицинских учреждений сокращается единственная поликлиника, больница, амбулатория или фельдшерско-акушерский пункт, а, в свою очередь, не имея доступа к медицинской помощи, коренное население стремится перебраться в более крупные населенные пункты, усиливая тем самым российское безлюдье. Как верно заметил С.Калашников (2013), поскольку у нас население бедное и низкие зарплаты, то говорить о страховании- утопия. На самом деле ОМС не должна страховать всех детей и всех пожилых (это прерогатива государства), а только работающих и членов их семей. Даже

Всероссийский союз страховщиков указал Минздраву РФ на ряд принципиальных ошибок, допущенных при подготовке нового варианта законопроекта об ОМС и выразил возмущение тем, что эксперты страховых организаций не были приглашены к обсуждению документа.

Вполне резонно возникает вопрос, а нужна ли нам вообще такая система обязательного медицинского страхования? Не лучше ли вместо того, чтобы придать ей косметические или кардинальные изменения, или объединить с ДМС, отказаться совсем от нее и перейти на государственно-бюджетную модель, дополненную развитой системой добровольного медицинского страхования, что дает пациентам возможность выбора при одинаковых стандартах и протоколах медицинской помощи? Многие преимущества такого подхода очевидны и демонстрируются в организации медицинской помощи во многих странах. При этом что-то можно позаимствовать из Скандинавской модели, из Канады, Великобритании, Австралии, Испании и т.д., но не напрямую, а адаптировав это к нашим условиям большой страны. Кстати, государственно-бюджетная модель предусматривает приоритет доступности (!) медицинской помощи населению над ее экономической эффективностью и над обращаемостью, независимо от степени заселенности территории. Такие мысли уже появлялись у многих специалистов, и не один раз. Например, Е.Ш. Гонтмахер еще в 2010 г. предлагал ликвидировать систему ОМС, как не оправдавшую себя в современных условиях России. Попытка улучшить систему медицинского страхования, снизив стоимость страховки и сделав медицинскую помощь доступнее, была предпринята в США в соответствии с подписанным Президентом США законом о реформе здравоохранения, на реализацию которого в ближайшее десятилетие будет потрачено 1.76 трлн. долл. Однако многие американцы, страховщики и республиканцы оказались противниками этой реформы, одни выступают в качестве сторонников интересов состоятельных людей, которых обложили дополнительными налогами, а другие протестуют против страхования вообще и предлагают использовать канадскую модель, которая несколько дешевле и составляет в расчете на душу населения 60% от стоимости в США. Конгрессмены-республиканцы (а их большинство в Палате представителей) предприняли в 2013 г. очередную 37 попытку отказаться от этой реформы, но в Сенате, где большинство демократов, это предложение не пройдет. Борьба вокруг реформы здравоохранения США еще раз убеждает в том, что система медицинского страхования свои возможности исчерпала и многие страны ее еще

придерживаются лишь в соответствии с традициями. Тем не менее, перед отечественным здравоохранением сейчас возникает альтернатива: либо следует вообще отказаться от модели ОМС с переходом на бюджетное финансирование с договорными отношениями (в роли страховщика как бы выступает государство), дополненное ДМС (а частные клиники существуют независимо), либо искать сложные и дорогостоящие подходы, временно изменяющие и улучшающие существующий неэффективный гибрид с приданием ему именно функций страхования. По мнению авторов данного документа первый вариант предпочтителен в силу множества причин, о чем пойдет речь далее. Наряду с этим следует более активно развивать добровольное медицинское страхование, которое может осуществлять сам человек или работодатель, который получает налоговые льготы.

✓ **Диспропорция и неоптимальная структура медицинских кадров, связанные с низкой оплатой их труда** (на 21% ниже, чем в среднем в экономике). В настоящее время в стране насчитывается 2055 тысяч медицинских работников, из них более трети приходится на врачей. Во-первых, на протяжении многих лет в российском здравоохранении складывался дефицит врачей, о чем поднимался вопрос еще 30–35 лет тому назад, но только недавно Минздрав РФ осознал (Голикова Т.А., 2011 г.), что кажущееся перепроизводство врачей в РФ является мнимым. Многие отечественные специалисты были категорически не согласны с теми зарубежными экспертами, которые утверждали, что у нас слишком много врачей и что срочно нужно сокращать приемы в медицинские вузы. И действительно, по показателям обеспеченности населения врачами наша страна как бы впереди планеты всей — 44-45 врачей на 10 000 населения, т.е. 1 врач на 227 человек. Но к врачам статистика (и это отражено в номенклатуре специальностей) относит таких специалистов, которые в других странах не являются даже медицинскими профессиями, в т.ч. физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре, работники санитарно-эпидемиологической службы, главные врачи и др., а стоматологи регистрируются отдельно и не входят в понятие «врач». Грубо говоря, у нас количество врачей считают по выпуску (сейчас- 732 тыс. врачей), а за рубежом- по занятым в медицинской практике. Эти различия не всегда учитываются экономистами из ГУ-ВШЭ (Колосницына М.Г. и др.), которые, получая официальные данные из Росстата, проводят соответствующий анализ, выводят закономерности и в итоге делают не всегда верные выводы. К тому же, далеко не все лица, получившие высшее медицинское

образование, затем работают в здравоохранении, а это почти 30% выпускников, которые в силу многих причин покидают отрасль. «Бегство» из врачебной профессии в последнее время ускорилось, что во многом обусловлено отношением власти к врачам, обюрокрачиванием врачебной деятельности, очень низкой престижностью врачебной профессии, недостаточными возможностями для профессионального роста, большой физической и психологической нагрузкой, низким уровнем безопасности работы и крайне недостаточной оплатой ответственного врачебного труда. Проведенный в Интернете опрос врачей показал, что только 4% согласны от безысходности продолжать работать при такой низкой зарплате; 62,5% считают, что нужно бастовать; 22,7% — необходимо увольняться; 5,7% — повеситься. Кстати сказать, ни в одном юридическом документе не определено понятие врач, в ФЗ 323 есть только спорное определение лечащего врача.

В результате, по данным Минздрава РФ, не хватает 148,2 тыс. врачей при ежегодном их выпуске в 52 тысячи человек (2012 г.), а это значит, что с учетом движения врачебных кадров (ежегодное выбытие составляет 22 тыс.) для ликвидации указанного дефицита потребуется не менее 5 лет целенаправленной работы. Так, например, на Камчатке не хватает 500 врачей и 1000 медсестер, на Сахалине врачебный состав укомплектован на 50%, в Бурятии- на 33%, в Архангельской области- на 27%, в республике Коми- на 54.3%, в Екатеринбурге- на 55%, в Алтайском крае- на 68%, в Туле- на 40%, в поликлиниках Казани — 400 врачей, в Кировской области- в амбулаторно-поликлиническом звене- 1593 врача, в Оренбургской области- 1527 врачей, в Пензенской области-2500 врачей, в Саратовской области — 2000 медработников, в Свердловской области не хватает 40% врачей (почти 4000 врачебных ставок пустуют), в Нижегородской области не хватает 4.5 врачей, не хватает врачей в Красноярском (около 7000) и Хабаровском краях, в Амурской области, в Иркутске, в Тульской и других областях, значительный дефицит медсестер в Пермском крае, в Тольятти дефицит медсестер составляет 33%, а врачей — 45% при их среднем доходе от всех видов работы — 9811 руб., только в поликлиниках Санкт-Петербурга не хватает более 3000 врачей и т.д. Правда, осенью 2013 г. министр здравоохранения РФ заявила о том, что в стране нехватает только почти 40 тыс. врачей и потому возникает вопрос о достоверности данных о дефиците врачей в 2012 г. и в 2013 г., поскольку всего за год этот дефицит уменьшился на 100 тысяч, хотя, возможно, это произошло из-за закрытия огромного числа медицинских учреждений. Другого

разумного объяснения диссонансу этих цифр просто быть не может. При этом нужно учитывать, что 40% врачей находятся в предпенсионном и пенсионном возрастах. В результате нагрузка врачей на амбулаторном приеме (40–60 пациентов) существенно возрастает и страдает качество. Это же подтверждено результатами исследований в университете Джона Хопкинса (2013), где было научно доказано, что чрезмерные нагрузки на врачей подрывают безопасность пациентов, приводят к некачественному лечению, а это только увеличивает расходы на здравоохранение. Несмотря на то, что данные о дефиците врачей поступают от региональных властей, Министр здравоохранения РФ с ними не соглашается, считая, что не хватает всего 40 тысяч работников сферы здравоохранения и что проблему кадрового дефицита можно решить за 3-4 года. Вполне возможно, что сокращение дефицита врачей и средних медработников связано с массовым закрытием медицинских учреждений, поскольку другой причины этому феномену (если он имеет место) просто нет. На селе обеспеченность врачами на 10000 населения в 3.4 раза меньше, чем в среднем по стране, и в 5.5 раз меньше, чем в городах, а средним медицинским персоналом соответственно в 1.7 и 2.6 раза меньше.

Во-вторых, оказалось нарушенным соотношение между врачами и средним медицинским персоналом (1 : 2,1), что вынуждает врачей во многих случаях выполнять медсестринские функции. Как хорошо известно, во многих странах, в первую очередь, в Швеции, Англии и Нидерландах, медицинские сестры составляют основу здравоохранения, особенно его первичного звена, восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, т.е. в тех службах, с которых начинается и заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии 80% амбулаторных пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В повсеместно распространенных в Скандинавских странах в городах и на селе центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев. В США медицинские сестры нередко выполняют административные функции, являясь заведующими отделениями в больницах или состоя в администрации

больниц, а врач при этом оперирует пациентов, либо их консультирует. Если врач в РФ в стационаре ведет 20 больных на ставку, то в США — 100, поскольку больных там ведут медицинские сестры, выполняющие многочисленные назначения, а врач координирует деятельность довольно большого коллектива. Кстати, в США в расчете на одну больничную койку медицинского персонала в 6 раз больше, чем у нас, что позволяет там организовать в больницах непрерывный лечебно-диагностический процесс. В условиях амбулаторной помощи, особенно в муниципальных «миниполиклиниках» США, медицинские сестры работают самостоятельно, выполняя патронажные функции, обслуживая вызовы на дом. В Великобритании, к примеру, закон о медицинских сестрах, как о самостоятельном институте, действует с 1902 г. В Англии все чаще медсестры занимаются самостоятельной практикой и им разрешено выписывать фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств (ЛС). Не только в США, но и во многих других странах не врачи, как у нас, а медицинские сестры обслуживают вызовы на дом и они же приглашают врача посетить пациента на дому при необходимости. К сожалению, у нас в стране организовать работу подобным образом пока не представляется возможным из-за деструктивных процессов в муниципальном здравоохранении, дефицита всех категорий медицинских работников в первичном звене здравоохранения, недостаточного количества среднего медперсонала (по официальным данным не хватает более 800 тыс. медсестер) и крайне низкого соотношения врачей и медсестер при том, что оно должно быть, по крайней мере, 1 : 4 (в Великобритании, Люксембурге, Ирландии, Нидерландах и Канаде — 1 : 5). Кстати, на селе, где на 26,2% населения страны (в 1897 г. — 86,6%) приходится всего 7,4% всех врачей из 628,7 тыс., медицинские сестры, фельдшера и акушерки должны играть более значимую и самостоятельную роль, чем в городах, а местами их могут частично заменить или дополнить подготовленные парамедики. Так, в США на вызовы по поводу не осложненных родов направляются парамедики, что несколько рискованно. По данным В.И.Скворцовой ежегодно из здравоохранения уходят почти 90 тыс. человек среднего медперсонала (при их дефиците в 280 тыс., а по данным Т.А.Голиковой в 2011 г- более 800 тыс.), из которых только 15 тыс. выходят на пенсию, а ежегодный их выпуск составляет только 59 тыс. Недавно, в октябре 2013 г. министр здравоохранения РФ озвучила совсем иные цифры дефицита медсестер- 270 тысяч, что вынуждает врачей выполнять медсестринские функции,

и она считает, что проблему можно решить путем пилотного проекта по нормированию труда, который пройдет в 10 регионах.

Правда, сейчас имеет место целый ряд ничем не обоснованных предложений по устранению дефицита врачей на селе путем создания там модульных медицинских офисов без медицинских работников, обеспечивающих дистанционное консультирование пациентов высококвалифицированными врачами разных специальностей на большом расстоянии. При этом непонятно, кто будет наблюдать за пациентами, лечить их, осуществлять вызовы на дом и т.д. На самом деле такие консультации пациентов предназначены не для самих пациентов, а для их лечащего врача. В некоторых регионах рассматривается вопрос о создании передвижных ФАПов и о продаже ими населению медикаментов. Идея эта явно ошибочна, поскольку передвижными могут быть врачебные амбулатории, а для приобретения лекарств нужен рецепт врача. В небольших населенных пунктах Минздрав намерен создать домовые хозяйства первой помощи, а сельским медикам разрешить дежурство на дому с соответствующей оплатой. Между тем такой опыт в мире, когда врачи общей практики дежурят на дому и принимают пациентов на дому в неприемные часы, существует не менее 90 лет. Это не относится к врачам общей практики, но во многих развитых странах государство старается заместить труд врачей работниками более низкой квалификации, что также ведет к возрастанию роли медсестер.

Опыт, накопленный в ряде городов РФ, свидетельствует о том, что роль медсестер в создании школ здоровья, школ для пациентов с отдельными заболеваниями (гипертензией, остеохондрозом, диабетом и др.), школ для анонимных алкоголиков и т.п. исключительно велика.

Третьей проблемой врачебных кадров является их структурная диспропорция. Так, за последние годы число врачей терапевтического профиля уменьшилось на 20,4%, педиатрического — на 5,3%, врачей скорой помощи — на 8,8% при значительном росте врачей-специалистов. В стационарах число штатных должностей врачей выросло на 15,9%, а в первичном звене сократилось на 3,2%. Иначе говоря, ожидаемого укрепления врачами первичного звена здравоохранения так и не произошло, следовательно, основная надежда в этом отношении возлагается на средний медицинский персонал. В стране не хватает целого ряда специалистов при существенном переизбытке стоматологов (на 25%), урологов и некоторых других специалистов. Кроме того, отмечается

территориальная диспропорция, проявляющаяся в значительном дефиците врачей на селе, в отдаленных районах, в малых городах и поселках, в неравномерном распределении врачей по стране (от 10 до 60 врачей на 10 000 населения в разных регионах), диспропорция по уровням медицинской помощи (в стационарах отмечается существенный переизбыток врачей, а в первичном звене их катастрофически не хватает). Разве можно вести речь о доступности в ПМСП, когда в стране имеется всего 37 тыс. участковых терапевтов, 26 тыс. участковых педиатров и менее 10 тыс. врачей общей практики?

Четвертая проблема — это миграция врачей и медсестер, как внешняя (в другие страны), так и внутренняя, включая «бегство из профессии». Как показывают результаты крупного исследования, ради достойного будущего и благополучия семьи в пределах страны сельские врачи хотели бы уехать чаще, чем городские, хотя последних притягивают более крупные города и работа в частных клиниках. Но на первое место в причинах миграции врачи ставят возможности профессионального и карьерного роста, для чего не всегда создаются необходимые условия. Не менее важным фактором является низкая оплата труда, и это имеет отношение к 80% врачей; далее они определили желаемые социальные гарантии, условия труда, давление чиновников и т.п. Однако, вопрос о существенном повышении оплаты труда врачам нужно решать не «с кандачка», а на основе специально разработанной методологии. Если просто платить за число пациентов, оно будет нарастать, если за вылечивание, на бумаге все будут вылеченными. Сначала болезни придумают, а потом их вылечат. Поэтому критерии должны быть объективными. Пока что без учета этих критериев в отдельных территориях стали повышать зарплату врачам и медсестрам. Так, в Пензенской области на круглом столе в местном правительстве (20.06.21013) были обсуждены вопросы повышения зарплаты медикам и меры по их социальной поддержке. Однако разную оплату труда у врачей разных специальностей нельзя считать научно обоснованной. Крайне низкая зарплата и у фельдшеров, о чем шла речь во время прямой линии с Президентом РФ в 2013 г. Тем не менее, только отдельные регионы обладают полезным опытом сохранения медицинских кадров. Зарплата у врачей существенно ниже, чем у специалистов во многих других отраслях (кроме культуры), получивших высшее профессиональное образование и составляет 60% от средней зарплаты в экономике, в то время как в США этот уровень в 2 раза выше. Если у нас в стране по уровню зарплат лидирует финансовый сектор, то в США в первой десятке мест

по оплате и престижности труда занимают врачи, а на первом месте находятся ключевые врачи общей практики. Правда, и врачи в США больше работают- до 10-12 часов в сутки. В Великобритании базовая оплата труда врачей общей практики зависит от численности и структуры прикрепленного населения и каждая возрастная группа имеет свой поправочный коэффициент. Все это вместе взятое свидетельствует об отсутствии на протяжении последних 30 лет какой-либо реальной кадровой политики в системе здравоохранении России. В срочном порядке следует восстановить Совет по кадровой политике при министре здравоохранения. Получается, что теперь необходимо снимать слои накопленных многолетних проблем кадровой бездеятельности. Сейчас многие говорят о рынке труда, в том числе и в здравоохранении, но в отличие от развитых капиталистических стран в России люди больше «привязаны» к месту жительства со всеми последствиями, чем к месту работы. Это одна из причин того, что свободные рабочие места более охотно занимают гастарбайтеры, нежели приезжие россияне. Сейчас во многих медицинских учреждениях страны отдельные работники плохо говорят по-русски. Вроде бы получается, что вакансии занимаются, но как они будут лечить?

Но только этим проблемы врачебных кадров не ограничиваются. В стране согласно имеющейся кадровой номенклатуре насчитывается 96 врачебных специальностей, что является полным нонсенсом, ибо у нас перепутали понятия «врачебной специальности» и «врачебной специализации». Например, в США согласно Директории врачебных специальностей их насчитывается всего 24, причем для каждой из них имеется набор требований по образованию, знаниям, навыкам и умениям и разработаны специальные стандарты и профессиограммы. У нас же специальности формируются исходя из необъективных критериев и нередко под отдельные личности. Например, мануальная терапия или иглорефлексотерапия — это разве специальности, хотя и были введены приказами отраслевого министерства? Во-первых, это специализация, а во-вторых, эти методы не имеют достаточных клинических доказательств, исходя из доказательной медицины. Перечень и характеристики специальностей являются устойчивыми, не часто сменяемыми в отличие от специализации, которые формируются в зависимости от появившихся и клинически обоснованных новых методов или медицинских технологий.

Всего медицинской деятельностью у нас занимаются менее 10 000 врачей общей практики, что составляет всего 1,5% всех врачей, а должно быть их в 35

раз больше. В Великобритании, где 95% больниц принадлежат государству, большинство врачей и иных медработников являются государственными служащими. Аналогично государственными служащими являются и сотрудники подчиненных непосредственно Департаменту здравоохранения и социальных служб США научных центров, т.е. американскому Минздраву (Национальные институты здоровья, Агентство по исследованию здравоохранения и качества, Центры по контролю за болезнями и др.). Вероятно, этот опыт в какой-то степени можно использовать и в РФ, что повысит статус врачебных и научных медицинских кадров.

✓ **Неудовлетворительная квалификация медицинских кадров** и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Нет врача — плохо, но нет квалифицированного врача — также плохо. Во многом квалификация формируется при додипломном и последипломном образовании. По мнению Р. С. Акчурина, в такой стране, как наша, медицинское образование должно быть бесплатным, и довольно большое число выпускников медицинских вузов, получивших образование за плату, сегодня не в состоянии работать врачами. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, одногодичная смертность и пятилетнее недожитие у онкологических больных, коэффициент больничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах – в РФ **в 1,5–2 раза** выше, чем в среднем в странах ОЭСР. Между тем, квалификация в определенной мере влияет на качество медицинской помощи и ее результативность. Положение усугубляется тем, что нередко у врача на селе или в малом городе имеется мало возможностей для профессионального роста, для качественной медицинской помощи из-за отсутствия нужных лекарств и материалов. И это является главной причиной «бегства» из профессии, несмотря на предусмотренное материальное поощрение. Вопрос о квалификации врачей и их отношения к пациентам особенно остро встал в последние годы. С этой целью министерство здравоохранения РФ считает необходимым ввести нормы медицинской этики, повысить зарплату, улучшить условия труда и отдыха, изменить подходы к подготовке врачей. Однако, по нашему мнению, этого недостаточно. Самое главное- это необходимо восстановить дух гуманизма в медицине, вернуть медицину из коммерческого ремесла в статус науки и искусства врачевания, ввести отбор к врачебной специальности и кардинально

изменить характер додипломного и последипломного образования, постепенно переводить врачей из объектов права в субъекты права с увеличением их ответственности за пациентов.

✓ **Неудовлетворительное состояние инфраструктуры и материально-технической базы здравоохранения.** К сожалению, в РФ достигнутые за последние годы успехи в развитии теоретической и практической медицины не сопровождаются такими же успехами в организации здравоохранения как системы, в результате чего имеющиеся достижения становятся достоянием ограниченного числа медицинских учреждений, не улучшается здоровье населения в целом, не растет, а напротив, снижается удовлетворенность пациентов, не улучшается положение врачей и других медицинских работников. Поражает непродуманность многих решений и действий и непросчитанность их возможных последствий. При отсутствии новой и внятной Концепции и перспективной модели здравоохранения (а с этого надо бы начинать преобразования) в стране в последнее десятилетие принят ряд законов, постановлений и приказов, реализуется глубоко порочный план ликвидации массового низового здравоохранения, сокращения менее массового его среднего уровня при значительном усилении третичного здравоохранения, т.е. медицинских учреждений, оказывающих узко специализированную и высоко технологичную медицинскую помощь, куда при правильной организации всей работы и уровневом просеивании должны поступать единичные пациенты. Попытки сделать дорогостоящую медицинскую помощь массовой противоречат здравому смыслу, всему мировому опыту и значительно (в десятки раз) удорожает всю медицинскую помощь при ее чрезвычайно низкой результативности в виде результирующих показателей здоровья.

Кинорежиссер Б.Хлебников, снимая картину о сельской жизни, считает, что в глобальном понимании никакого сельского хозяйства в стране нет, а отдельные островки маленьких фермерских хозяйств душатся законодательством, наездами, полным отсутствием какой-либо государственной поддержки или защиты. И он делает вывод о том, что активно бороться с провинцией выгодно, тогда не нужно тратиться на социальные выплаты, дотации регионам, здравоохранение на селе. Деревни в России вымирают вместе с ликвидированными школами и сельскими медицинскими учреждениями. Закрываются школы, больницы, магазины, ликвидируются транспортные сообщения, нет денег, слабое самоуправление, люди отсюда уезжают, пустеют и зарастают поля, возникают огромные

безлюдные пространства (из оборота выведено 100 млн. га сельхозугодий и лугов, а почти 50 млн. га заросло чертополохом и бурьяном), заброшенные деревни, опустевшие покосившиеся и обгоревшие дома, разрушающиеся церкви, жуткие и никуда не ведущие дороги, ржавеющая брошенная техника, кирпичные развалины, как сразу после войны. И это все в тех местах, в той российской глубинке, где еще в 1980-х годах были крупные поселения, пульсировала жизнь, засевались поля, цвели и пахли фермы, в каждом дворе была живность. Все это наглядно представлено в фильме Н.Михалкова «Чужая земля» (2013), в котором делается вывод о геноциде российского села. Люди живут в ожидании перемен, о которых пока ничего не слышно. Систематически сокращается число муниципалитетов и на 01.01 2013 г. их было только 23 тысячи на всю страну, в т.ч. районных муниципальных образований- 1817, в сельских поселениях-18722, в поселениях городского типа и в городах- 1687. Даже в Бразилии, где преобладает частная медицина, на долю которой приходится почти 62% всех расходов на здравоохранение и она охватывает только 27% населения, а общественное здравоохранение стало развиваться после 1988 г. (принятие новой Конституции страны), в муниципальное здравоохранение поступает 15% всех расходов, в то время как для оказания медицинской помощи на уровне штатов- только 12%. Бразилия приведена в качестве примера потому, что при примерно одинаковом ВВП в расчете на душу населения там подушевые затраты на здравоохранение выше. Кстати, муниципалитеты в крупных городах и на селе- это совершенно разные вещи и к ним нужно относиться по-разному. Необходимо восстановить в России систему местного самоуправления и придать муниципалитетам финансовую независимость, что будет соответствовать Конституции РФ и мировой практике. За последние 8 лет повсеместно отмечается уменьшение средней людности малых и средних городов и сельских поселений. Только в Центральном федеральном округе в 225 городах за это время численность жителей сократилась на 15 -20% и более. Это все глубинка, которой ранее была сильна страна. Невольно возникает вопрос, это что целенаправленная политика или ее отсутствие, безхозяйственность или отсутствие видения проблем? Ведь страна не может держаться только на нескольких крупных городах и природных ресурсах. Понятно, что все проблемы разом не решить, но и пошаговых движений не заметно. Число сельских школ с 1981 по 2012 г. уменьшилось на 25.2 тысячи, т.е. на 48%, и это осуществлялось на основании ФЗ №103 «О реструктуризации сети образовательных учреждений в сельской местности» и ФЗ №83. Формальная

мотивация: нехватка учеников, плохое качество образования в малокомплектных школах, разваливающиеся здания школ и нехватка денег на новые. О детях, конечно же, никто не подумал, как они будут добираться за много километров, особенно зимой и в темное время суток, как организовать их доставку в школу и обратно на специальных школьных автобусах и т.д. А если нужны им будут дополнительные занятия или они запишутся в какой-либо кружок при новой школе? Намного разумней было бы разделить обучение на начальную школу, которая должна быть максимально приближенной к малым детям, и на продвинутую школу со средними и старшими классами, куда школьников необходимо централизованно доставлять. Но этим пусть займутся специалисты. В Братском районе между деревнями расстояние от 100 до 700 км, бездорожье, паромная переправа. Умершего вначале нужно везти для регистрации в морг Братска, а потом обратно для захоронения. Такое путешествие стоит немалых денег, может занять до 3-х дней и потому людей хоронят без регистрации на месте. Население спивается, районная администрация не выделяет средства на местную социалку, на дороги, на восстановление леса, которого осталось, по заявлению мэра, на 30 лет при нещадной вырубке компанией «Илим Палп». Но кедр быстро не восстанавливается. Братский лесоперерабатывающий комбинат прямо в воздух выбрасывает свои отходы. Везде китайцы и складывается впечатление, что большие территории уже потеряны.

Нужна срочная Государственная комплексная программа возрождения российского села, ибо пока еще 53.3% продуктов питания, в т.ч. 87% картофеля, 83% овощей, 54% молока и 33% мяса производится на селе. Это говорит о выгодности вложений и их окупаемости. Нужна также поддержка деградирующих малых городов по всей стране, в которых чем дальше от центров, тем сильнее убыль населения и безысходность жизни, что с 1989 г. особенно ощутимо в Северо- Западном и Дальневосточном федеральных округах, в районах Сибири.

За последнее десятилетие практически полностью ликвидировано муниципальное здравоохранение и полномочия органов местного самоуправления в сфере здравоохранения с 1 января 2012 г. переданы на региональный уровень как бы в интересах граждан, мнением которых, естественно, даже не думали поинтересоваться, что следует из упомянутых ранее протестных акций. Это крайне негативно отразилось на доступности и качестве медицинской помощи на селе, в поселках, в малых и даже средних городах. В результате по данным Росстата на весь ЦФО по состоянию на 2013 г. в поселках городского типа

сохранилось всего 7 муниципальных учреждений здравоохранения. Именно по инициативе Минздрава РФ, и на это ссылаются многие региональные руководители, в регионах страны прошла «оптимизация сети медицинских учреждений и коечного фонда». Так, число районных и центральных районных больниц (ЦРБ) сократилось на 40%, амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) — на 20%.

За последние годы по данным Росстата почти в 2 раза сократилось число стационаров, (а на селе — в 4 раза), закрыты 32 ЦРБ, 103 районные больницы (осталось 91), свыше 8 000 ФАПов (а согласно действующим нормативам 1 ФАП должен в среднем приходиться на 700 жителей), 5 339 амбулаторно-поликлинических учреждений (на селе их число уменьшилось в 3,2 раза), 232 станции (отделения) скорой медицинской помощи (в результате частота вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей на селе в 2,7 раза ниже, чем в городах), 600 диспансеров (с 1990 г.- на 42%), а на селе их стало в 2 раза меньше, 1000 санаторно-курортных учреждений (с 1990 г.- на 44%), 25 домов ребенка, по всей стране закрывают коррекционные школы-интернаты, а детей переводят в обычные школы, где им сложно учиться с другими школьниками и где они теряют остатки здоровья, сокращены 511 тыс. больничных коек, в дневных стационарах насчитывается всего 83,1 тыс. коек дневного пребывания и т.д. Такое впечатление, что по здравоохранению страны прошел Мамай. И это при низком уровне медицинской активности, значительно большем на селе радиусе обслуживания, особенно с учетом состояния сельских дорог и транспортных сообщений, преобладания маломощных учреждений, значительно удаленных друг от друга, отсутствия у граждан возможностей выбора медицинского учреждения и врача, низкой доступности специализированной медицинской помощи, которая все больше смещается в областные и республиканские учреждения, а, значит, становится менее доступной. Сейчас у нас больниц и поликлиник меньше, чем было в 1940 г. Снижаются показатели обеспеченности больничными койками, уровня госпитализации, средней длительности лечения, но вопрос в том, а куда деваются больные? В рамках правительственной целевой программы «Устойчивое (?) развитие сельских территорий» в ближайшие годы будут введены в действие более 850 ФАПов и офисов врачей общей практики, что составляет только 10% от закрытых ранее. Сельские жители только в 40% случаев обращаются за медицинской помощью при болезни, в 2 раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь в крайне

тяжелых случаях. Поскольку, как отмечалось, у нас заболеваемость регистрируется по обращаемости, а доступность медицинской помощи на селе резко снижена, то наши селяне по бумажкам могут стать самыми здоровыми людьми в мире. Все это, скорее всего, было обусловлено экономическими причинами, желаниями сократить расходы, но сиюминутные выгоды впоследствии обернутся значительными потерями. Это же относится к процессу укрупнения медицинских учреждений в городах и к другим мероприятиям, при подготовке и реализации которых не учитывались потребности и интересы пациентов. Вследствие снижения доступности медицинской помощи люди стали больше заниматься самолечением, чем незамедлительно воспользовались шарлатаны, «впаривая» им чудо-лекарства и чудо-приборы от всех болезней. Особенно ведутся на это пенсионеры, приобретая бесполезные «игрушки» на последние деньги.

Число сельских участковых больниц сократилось более, чем на 91% и из 4,5 тыс. их осталось только 382 на всю страну, только с 1995 по 2010 гг. число амбулаторий на селе сократилось на 68%, т.е. на 6238, а это означает, что даже до фельдшера теперь нужно добираться за многие десятки километров при наших дорогах, по которым мы занимаем 136 место из 144 стран мира, и существующих транспортных сообщениях, что резко снижает доступность медицинской помощи. Кто и как выдавал лицензию, если в 31% учреждений нет горячего водоснабжения, в 10%-центрального отопления, в 9%- канализации, в 6%- водопровода и т.д. Юридические основания для закрытия районных больниц: ФЗ № 83 (подушевое финансирование ведет к закрытию медучреждений, к коммерциализации отрасли, а на селе, где зарабатывать на пациентах невозможно, ликвидируется медицина), ФЗ № 323, программы модернизации здравоохранения. Формальная мотивация при этом была такой: нехватка медработников, экономическая нецелесообразность, плохое санитарное состояние, отсутствие оборудования для оказания качественной медицинской помощи, приведение фактической коечной мощности к нормативной.

Так, в упомянутой ранее деревне Медное в вымирающей Тверской области закрывают круглосуточный стационар в участковой больнице, обслуживающей 56 поселений, и пациентов переводят на лечение в Тверь. Жители пишут письма Президенту РФ в расчете на то, что письма доходят до адресата. Аналогичная ситуация имеет место не только в Тверской области, где похожие истории происходят повсеместно (например, в Недманской участковой больнице на 20

лечебных коек и коек по сестринскому уходу на 60 поселений, в Итомлинской участковой больнице сокращены все койки при радиусе обслуживания в 40 км и т.д.), но и практически по всей стране. Многие врачи на местах, как это обычно бывает, уверены в том, что о чинимых безобразиях верхняя власть просто не знает, поскольку медицинские чиновники докладывают наверх сведения об «успешном укрупнении продвинутых медицинских центров за счет ликвидации отсталых». Активизировались многие чиновники, которые выезжают на места с проверками, решениями о закрытии и со штрафными санкциями. Нельзя переводить все больницы на принцип самоокупаемости. Минздрав в свою очередь объясняет чинимые безобразия «перегибами на местах» (это мы уже проходили в 1930-ые годы), а местные власти ссылаются на федеральное законодательство, требующее сокращения коечного фонда. И действительно, принятые при «продавливании» ранее федеральные законы фактически перевели систему здравоохранения из социальной сферы в область экономики, что полностью противоречит интересам граждан и мировому опыту. И хотя вина в проводимой политике с нынешнего Минздрава РФ не снимается, объективности ради нужно заметить, что процесс распада здравоохранения начался еще в 1990-ые годы. Так, за 1990-99 гг. значительно сократилось число больниц- на 1842 (16.8%), в том числе районных и участковых больниц- на 1435, т.е. 77.9% от общего сокращения, а коечный фонд больниц сократился на 18.2%. Отсюда видно, что и тогда, и теперь резко сокращают наиболее распространенную и приближенную к населению медицинскую помощь общего типа, что значительно снижает доступность всей медицинской помощи, вызывает противодействие населения и значительно снижает удовлетворенность пациентов. Правда, нашлись отдельные грамотные территориальные руководители здравоохранения (их единицы), которые несмотря на значительное давление сверху, не стали закрывать сельские больницы и сохранили таким образом доступность медицинской помощи. Однако вместо того, чтобы восстановить сеть медицинских учреждений на селе и укомплектовать уже имеющиеся, Минздрав РФ планирует закупить дорогостоящие передвижные комплексы для диспансеризации (а, точнее, для медосмотров) сельских жителей, что практически опустит доступность медицинской помощи до нулевой отметки. Так называемая «оптимизация» здравоохранения довела до того, что многие пациенты оказываются отрезанными не только от ВМП, но и от элементарной медицинской помощи, что усугубляется дефицитом врачей и среднего медперсонала. Однако основной причиной этой

«оптимизации» является проводимая пока политика в сфере здравоохранения. В процессе «оптимизации» додумались до того, что скорая помощь должна выезжать на вызовы, до которых добираться не более 20 минут, а на местах это поняли так, что можно не выезжать на вызовы, до которых нужно добираться более длительное время. И дело тут не только и не столько в оказании медицинской помощи, а в восстановлении жизни на огромных обезлюдивших пространствах страны. Все эти передвижные комплексы и дистанционные коммуникации говорят лишь о том, что государство намерено оказывать медицинскую помощь сельским «островкам», не решая проблемы возрождения села в целом, что ставит страну в почти полную зависимость от импорта продовольствия. Интересно то, что после того, как было разрушено все, что только возможно, министр здравоохранения РФ в самом конце сентября 2013 г. заявила, что дальнейшее сокращение коечного фонда нецелесообразно, будто до того это все было целесообразно. Между тем, пока стационары переполнены, люди лежат в коридорах, сокращать койки никак нельзя, т.к. вначале нужно создать условия для перевода больных на амбулаторное лечение или в дневные стационары. И на этом фоне Минздрав РФ 6.08.2013 г. утверждает новую номенклатуру в количестве 106 медицинских организаций (в Норвегии-4, в США- 11), в том числе располагающих стационарными койками-37 (больницы, диспансеры, санатории), 47 центров, 8 типов амбулаторно-поликлинических организаций, 14 прочих, причем все они подразделяются по 6 уровням и делятся на взрослые и детские. Достаточно громоздкая система с перекрещиваемыми функциями, которая требует значительного сокращения.

В царской России были образованы сельские врачебные участки, число которых только с 1906 по 1910 г. выросло на 16,5%, причем на каждом участке находились бесплатные для селян (а они составляли более 80% населения страны) сельские больницы с врачом или приемный покой. Наилучшим образом была организована земская медицина, финансируемая из средств земства, где радиус участкового обслуживания не превышал 15–20 верст с численностью населения на врачебном участке менее 30 тыс. человек. Хуже было организовано здравоохранение в тех местностях, где не было введено земское самоуправление. Власть в то время почему-то понимала важность местного самоуправления и необходимость приближения медицинской помощи к населению. Понятно, что сейчас 80% коечного фонда на селе выполняет медико-социальные функции, но из этого не следует, что все койки на селе следует закрыть. Так, в глубинке

Псковской области, в поселке Чихачево Бежаницкого района успешно функционирует самая большая в области районная социальная больница (этот статус она получила в 1992 г.) на 60 коек, куда попадают, в основном, пожилые люди по медицинским показаниям или по направлению Центра социальной помощи. Начиная со 2-го месяца пребывания в больнице, в ее бюджет переводится 75% пенсии пациента. Конечно, полностью содержание это не окупает, и нехватку средств дотирует районный бюджет. Вот достойный пример рационального использования медицинских мощностей. Многие больницы на просторах страны закрыли из-за низкой их экономической эффективности, однако не она должна быть доминирующей в здравоохранении и все нужно делать по уму и с учетом интересов пациентов. Например, в Ярославской области ликвидировали не эффективный родильный дом на селе, что заставляет беременных добираться за 115 км до места родов (в Ярославский перинатальный центр) при часто закрытом железнодорожном переезде. Однако министр оправдывала эти действия перед Президентом РФ, мотивируя их отсутствием в больнице водоснабжения и канализации, а также расположением в 20 км качественного родильного дома в Ростове. После этого они вместе обсуждали, 20 км это много или мало и что должны быть хорошие дороги и автобусное сообщение, а где они? Заранее там не принимают, а когда начались схватки, даже поймав машину, можно не довести. Кстати в этом роддоме после решения о его закрытии родилось несколько детей. Вообще в Ярославской области планируют закрыть родильные отделения в Даниловской, Пошехонской, Борисоглебской, Брейтовской, Некоузской и Болшесельской ЦРБ. Мотивировка: там было принято всего 3% родов по области, что делает их содержание экономически невыгодным. А заместитель губернатора А.Сенин заявил «мы не можем в каждой деревне строить роддом», и против этого никто не возражает. Не стройте, но и не ликвидируйте то, что работает, не создавайте лишние трудности для людей. Областной перинатальный центр не может быть панацеей, и дальше это будет показано. Видимо, осознав свои действия, как противоречащие интересам населения (поток жалоб был значителен), министр в срочном порядке направила письмо руководителям субъектов федерации, в котором ликвидация всех последствий принимаемых Минздравом решений о закрытии акушерских коек в муниципальных районах возлагалась на субъекты федерации, включая маршрутизацию беременных и рожениц по надуманной трехуровневой схеме учреждений родовспоможения и детства, обеспечение их транспортом,

разъяснительную работу среди населения в виде памятки, куда нужно ехать беременным на роды. Этот подход принципиально неверен. Не пациенты должны добираться до обычной медицинской помощи, а медицинская помощь общего типа (терапия, малая хирургия, педиатрия, гериатрия и акушерство с гинекологией), желательно в одном лице специально и иначе подготовленного врача общей практики (ВОП), должна быть максимально приближенной к пациентам. Как готовить такого врача, об этом пойдет речь далее. Кроме того, должна быть приближенной к гражданам зубоврачебная (а не стоматологическая) помощь, акушерская помощь, оказываемая акушерками или парамедиками, простейшая лабораторно-диагностическая служба и лекарственное обеспечение повседневного назначения с тем, чтобы простые потребности пациентов удовлетворялись бы на месте. Вот как должно быть в пациенто-ориентированных системах здравоохранения (!), и эта идея будет в данной работе неоднократно повторяться. Почему бы, к примеру, в закрытом роддоме не организовать ФАП или АП с выездной бригадой врачей при необходимости? Под маркой оптимизации акушерско-гинекологической службы в самой Твери намерены сократить 2 роддома из 5, а для того, чтобы снизить нагрузку на оставшиеся три, предлагается выписывать женщин уже через три дня после родов, хотя послеродовые осложнения могут появиться на 3-5 день после родов. В защиту сохранения роддомов собраны тысячи подписей жителей, депутаты протестуют и пишут письма с подробным анализом ситуации, но, похоже, чиновников от медицины это не трогает, поскольку их цель не улучшить медицинскую помощь, а сократить расходы. В Березняках закрыто родильное отделение и теперь беременных из Березняков направляют в Соликамск, Александровск и Пермь. В г. Мышкин закрывают родильное отделение, а ближайший роддом- в Ярославле за 100 км с переправой через Волгу, которая зимой и в ночное время не работает, а, как известно, наибольшая патология возникает именно ночью, поскольку женщина пытается дотерпеть до утра. В этом же районе по бездорожью скорую помощь можно ждать часами при нормативе весьма далекого от реальности Минздрава РФ в 20 минут. Не дождавшись, беременную из Мышкина с кровотечением по колдобинам повезли в Углич, где ее не приняли из-за отсутствия свободного хирурга, и перенаправили в Рыбинск. В результате ребенок погиб. По аналогичной причине в области погиб еще один ребенок, но это почему-то не заставляет власть отказаться от пагубной политики в отношении к пациентам. Кстати, в Рыбинске намерены закрыть городскую больницу, а в

Борисоглебске закрыли роддом, о котором уже говорилось. На родине поэта Е.Евтушенко в г. Зима (может, помните: Зима- солидный град районный, а никакое не село, в нем ресторанчик станционный и даже есть свое ситро…), где сейчас проживает только 34 тыс. чел. и в год рождается до 700 детей уже несколько лет стоит заколоченный роддом и женщины нередко рожают в машинах скорой помощи, которые заказывают на нужный день, а кто не успевает- рожает дома, поскольку до ближайших крупных городов (Иркутск, Ангарск, Куйтун)- 150-200 км. Ближе Саянск, но не у всех есть машины и деньги на такси. В одном из районов Волгоградской области к беременной с кровотечением скорая помощь отказалась приехать и, когда спустя три часа, удалось на перекладных добраться до больницы, то ребенка спасти не удалось. Власти неуклюже оправдывались тем, что в области не хватает 54 машины скорой медицинской помощи. В крупных селах Ивановской области (и так было почти везде) раньше были школа, почта, ФАП, библиотека. Теперь этого ничего нет и до ближайшей больницы нужно добираться 40 и более километров по бездорожью. В Приморском крае случай родов прогремел на всю страну, когда женщину отказались принимать в роддом и она перед ним рожала в грязи. Не может служить оправданием, что эта женщина была приезжей. Во Владимирской области за последнее время закрылись 33 роддома, и теперь главной заботой беременной стало найти машину до отдаленного роддома. В результате значительно возросло число родов в пути, что чревато риском инфекций и других осложнений. Видимо, как в давние времена, женщины должны рожать в поле или в телеге, перегрызая зубами пуповину. И такие случаи уже есть, например, когда женщина рожала посреди леса в Пермском крае. Благодаря «реорганизации» скорой медицинской помощи и при отсутствии регулярных транспортных сообщений, нередко возникают случаи, когда беременным до больницы приходится добираться пешком за много километров. Или в XX1 веке нужно возрождать службу повитух? И это все происходит в современной России, в практически вымирающих областях, где основное развитие жизни застряло на века и деградирует.

Императрица Мария Федоровна (София-Доротея-Августа-Луиза Вюртембергская, 1759-1828), сама имевшая 11 детей, основала родильню Петербургского Воспитательного дома, создала Институт повивального искусства, в Мариинском госпитале г. Павловска организовала постоянное дежурство повивальных бабок (т.е. акушерок), открыла родильню для замужних

женщин, и это все как в Петербурге, так и в точности в Москве. Кстати, Императорский Московский воспитательный дом был создан по манифесту Екатерины Второй в 1763 г. Именно в конце 1700-х годов в России были заложены основы достаточно стройной системы акушерского образования и практической акушерской помощи, не потерявшей своей актуальности до XX1 столетия и подвергшейся разрушительному воздействию уже в XX1 веке. Память об этих разрушителях, в отличие от созидателей, в истории не останется. Если в Москве временное закрытие акушерских коек в отдельных учреждениях на санитарно-гигиеническую обработку создает определенные сложности для беременных, но не является непреодолимым препятствием для родовспоможения, то в других местах этого допустить нельзя. Так, в 2012 г. в г. Игарка на р. Енисее (север Сибири) закрыли роддом и теперь женщин отправляют рожать за тысячи км на самолете в дорогущие перинатальные центры с возмещением личных затрат (а это свыше 50 тыс. руб.) только после родов. Конечно же, никто не спросил у женщин, как и где им лучше рожать. Кстати сказать, специалисты не рекомендуют летать в случаях многоплодной беременности или риска преждевременных родов, начиная с 32 недель гестации, а при неосложненной одноплодной беременности- с 37 недель. Более того, британские авиакомпании, KLM и другие не разрешают летать после 36 недель беременности, а до того срока просят предоставить разрешение врача. Авиакомпания AirBerlin не разрешает летать беременным от 30 недель. Так что перелеты опасны для беременных и плода в силу перепадов давления, пониженного содержания кислорода в воздухе, пониженной влажности, а длительная неподвижность повышает риск развития тромбоза глубоких вен. Вот к чему может привести стремление Минздрава переправить всех беременных в перинатальные центры. Кстати, именно перинатальными центрами, их строительством постоянно интересуется Президент РФ потому, что в них вложены немалые средства, которые не всегда, мягко говоря, использовались по назначению. Поэтому ситуацию со значимостью перинатальных центров следует рассмотреть отдельно, тем более, что до 2017 г. должны быть построены 34 новых перинатальных центров, из них для 16 уже готова проектно-сметная документация, 5 роддомов и 74 педиатрические больницы. Пока что в России построен один перинатальный центр федерального уровня, второй- достраивается, а в регионах появились 22 региональных перинатальных центра, построенных при поддержке госбюджета. По заявлению министра Минздрав РФ провел работу по оценке потребности в новых

перинатальных центрах, что вызывает определенные сомнения в научной обоснованности этой потребности и в соответствующей компетенции чиновников. Дело в том, что в развитых странах вначале занялись снижением младенческой смертности от потенциально устранимых причин в позднем неонатальном (от недели до месяца жизни новорожденного) и постнеонатальном (от месяца до года жизни) периодах таких, как пневмония и другие болезни органов дыхания, травмы, отравления и другие. Затем в фокусе внимания оказались более трудно устранимые причины смерти в указанные (те же самые) периоды жизни новорожденного, например, респираторный дистресс (остановка дыхания), возникающий ночью на фоне полного благополучия ребенка с пиком смертности на 4-м месяце жизни. В течение 60 лет исследовался этот синдром внезапной младенческой смертности и только недавно было установлено, что он связан с врожденными нейрохимическими аномалиями в стволе головного мозга ребенка (и отсутствием одного гена), влияющие на серотониновые и другие рецепторы, контролирующие дыхание, сердцебиение, артериальное давление и температуру тела во время сна. Способствующим фактором является сон младенца на животе, лицом в подушку, перегрев и сон с родителями, что предполагает случайное удушение. И только после устранения возможных причин смерти новорожденных в мире стали создавать перинатальные центры для решения трудно устранимых проблем на уровне «мать-плод», возникающих в **перинатальный период**. Этот околородовой период подразделяется на 3 части: антенатальный (предродовой), интранатальный (родовой) и ранний неонатальный (до недели жизни новорожденного). По классификации ВОЗ перинатальный период начинается с 22-й недели беременности (со 154 дня), когда масса плода достигает 500 г. и более, до первой недели жизни новорожденного. Именно в этот период происходит созревание функций, необходимых для самостоятельного существования организма новорожденного и в этот период вероятность развития у плода неврологических и соматических нарушений наиболее высокая. Как раз на интервале от 28 до 40 недель беременности происходит подготовка к родам и к внеутробной жизни. Обычно для вычисления предполагаемого срока родов отсчитывают 280 дней (40 недель) со дня начала последней менструации. Однако только 4% женщин рожают в установленные сроки и 70% рожают от них на 10 дней раньше или на 10 дней позже. У женщин старше 30 лет в среднем беременность длится дольше и каждый год добавляет один день гестации. Недавно американские ученые из Национального института здоровья установили,

что длительность гестации существенно отличается у разных женщин и может варьировать в пределах 37 дней (5 недель и 3 дня), что представляет собой различия в самой короткой и самой длинной беременности. Эти данные были опубликованы в 2013 г. в журнале Human Reproduction, и их нужно учитывать в службе родовспоможения. В тоже время, в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья» в статье 53 очень просто записано, что «сроки беременности… утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти», т.е. их определяет не беременная по последним месячным и даже не врач.

В странах с государственно-бюджетной системой (Великобритания, Австралия, Италия и др.) роды бесплатные, роды принимают акушерки или медсестры, а врачи привлекаются в случае необходимости, во Франции также анализы и роды бесплатные и покрываются за счет государственной страховки. В палатах и родильных залах всегда есть кнопка вызова медработника. Рожают не только лежа на спине, но и стоя, сидя и на четвереньках. Практически везде возможно присутствие мужа, для которого готовят спальное место. Помимо дородового и послеродового отпуска и пособий (в разных странах по разному) мужу полагается 2-х недельный оплачиваемый отпуск. В США роды платные, при родах присутствует акушер-гинеколог, ВОП, дежурный врач родильного отделения и педиатр, чего нет в других странах. Практически везде вместо родильных домов функционируют родильные отделения больниц. В Москве в элитных клиниках стоимость нормальных родов достигает 4500 евро и более, а в Германии кесарево сечение с пятидневным пребыванием в отдельной палате обойдется в 4000 евро. Во многих странах функционируют курсы подготовки к родам для будущих родителей и послеродовая реабилитация. В европейских странах выживаемость детей с массой тела от 500 г. достигает 80%. Дети с синдромом Дауна очень хорошо социализированы, прекрасно уживаются в семье и в обществе, с ними много занимаются. Патология перинатального периода связана с неблагоприятными факторами, воздействующими в течение внутриутробного развития плода на уровне «мать-плод» (недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, задержка и аномалии внутриутробного развития, анемии, гемолитическая болезнь, иммунные и инфекционные факторы, токсикозы, болезни, травмы и отравления беременных, принятие алкоголя во время беременности и курение), с патологией родов (осложнения процессов родов могут привести к родовой травме, асфиксии плода и другим последствиям), а также с неблагоприятным воздействием внешней среды в первые 168 часов жизни

новорожденного (внутрибольничная инфекция, гипотермия, дефицит сурфоктанта и др.). Не случайно в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделены отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, а врожденные пороки развития и некоторые специфические инфекции представлены отдельно. Самостоятельной проблемой является недоношенность и маловесность новорожденных, среди которых рождается немало инвалидов по разным причинам. Правда, в 1980-е годы группа экспертов Минздрава СССР (Алексеев Вл.А., Бедный М.С., Комаров Ю.М., Фролова О.Г., Игнатьева Р.К. и др.) оценила последствия перехода на международные критерии младенческой смертности и живорожденности и пришла к выводу о том, что доля детей с низкой массой тела, с врожденными дефектами и недоношенных будет постепенно уменьшаться. Одновременно эта же группа готовила переход на международные критерии по материнской смертности. Перинатальная смертность доношенных детей в 15 раз меньше, чем недоношенных и в 4-5 раз меньше, чем у переношенных. Если в анамнезе женщины был выкидыш, то при очередной беременности она должна наблюдаться в перинатальном центре. Перинатальная смертность включает в себя мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность. Вот всем этим, судя по названию, и должны заниматься перинатальные центры, т.е. состояниями, возникающими в перинатальном периоде. У нас же приказом №308 от 09.12.2004 г. Минздравсоцразвития необоснованно расширил функции перинатальных центров, оставив им прежнее название. Правда, в этом же приказе указано, что перинатальные центры должны оказывать помощь не всем беременным, а наиболее тяжелому контингенту, а также женщинам с нарушениями репродуктивной функции (часть 2, п.1). А куда девать остальных, если закрывают роддома? В последующих пунктах приказа обозначено, что перинатальные центры должны организовать выездные формы и осуществлять профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.), что в действительности не выполняется. Из изложенного ясно, что родильные дома (отделения), как минимум, акушерская помощь, должны быть сохранены и максимально приближены к населению (дорогостоящие перинатальные центры их не заменят), а перинатальные центры могут находиться на определенном, но доступном расстоянии. Вот такого рода особенности, исходя из потребностей и удобств пациентов, следует обязательно учитывать в перспективной модели здравоохранения. По сравнении с 1980 г. число коек для

беременных, рожениц и родильниц, а также для детей уменьшилось в 1.5 раза, снизилось число родов в срок, преждевременных родов и абортов, но при этом возросло на 1000 родов число анемий у беременных (в 12 раз), частота болезней мочеполовой системы (в 4 раза), болезней системы кровообращения (в 2.7 раза), нарушений родовой деятельности в 1.7 раза. Число больных новорожденных увеличилось в 3.8 раза (и это число непрерывно растет), врожденные аномалии выросли в 2.2 раза, перинатальные состояния в 3.3 раза. По официальным данным железодефицитной анемией страдает треть беременных, а по результатам исследований их в 2 раза больше. На грудном вскармливании до года находятся только 40% младенцев. Обжегшись на реализуемой по всей стране программе «оптимизации» медицинских учреждений, Минздрав РФ вынужден постфактум попросить регионы не ликвидировать сельские родильные дома. Нередко беременные попадают в роддома в тяжелом состоянии, особенно это относится к мигрантам из СНГ. Например, в Московской области беременные из СНГ составляют 23% от общего числа, причем в силу того, что они не состоят на учете в женских консультациях, не наблюдаются у врачей и живут в нечеловеческих условиях, то попадают на роды в тяжелом состоянии, что отражается на их здоровье и здоровье детей. Однако, такие случаи не учитываются в потребностях в акушерских койках и фактически пребывание мигрантов в стационарах оплачивается за счет подмосковных налогоплательщиков и увеличивает стоимость медицинской помощи. Эту проблему нужно как-то решать. Во многих странах, например в Нидерландах, акушерскую помощь оказывают исключительно акушерки, а врачи привлекаются к приему родов в случае серьезной патологии. Акушерки осуществляют патронаж беременных и новорожденных, предупреждая у них «смерть в колыбели» или синдром внезапной смерти, когда дети засыпали на животе. А у нас в насмешку акушерок в Ивановской области посадили на велосипеды (интересно, что она сможет сделать на велосипеде), а теперь планируют пересадить их на скутеры. Поскольку голландские матери являются по своему возрасту самыми «старыми» в мире (15% рождений происходит у матерей старше 35 лет), то все беременные женщины от 36 лет проходят бесплатный дородовый скрининг на выявление врожденных пороков развития при помощи амниоцентоза. Абсолютно все беременные принимают малые дозы фолиевой кислоты для предупреждения синдрома «spina bifida», а что такое железодефицитные анемии там не имеют понятия, их просто нет. В большинстве случаев у нас роды являются нормальными, о чем в том числе

свидетельствуют роды в поездах, самолетах и в других неприспособленных для этого местах. Именно в таких случаях достаточно медицинской помощи со стороны акушерки ПМСП или парамедика. При подозрении на возможные осложнения или патологию беременные должны направляться в женские консультации, оснащенные роддома и перинатальные центры. На состоявшемся в июне 2013 г. в Москве Конгрессе по перинатальной медицине рассматривались современные технологии выхаживания новорожденных, которые должны позитивно отразиться на выхаживании детей с низкой массой тела при рождении.

Нередко в погоне за экономией средств, для пациентов создается множество неудобств и препятствий, что значительно снижает доступность медицинской помощи. Нельзя забывать о том, что в здравоохранении экономическая эффективность играет существенную роль при равнозначных альтернативных вариантах, и тогда следует применять методы экономического анализа (cost-minimization, cost-benefit, cost-effectiveness, cost-utility), сопоставляя результаты и затраты. Кстати, метод сопоставления издержек и выгод предложил Арсен-Жюль-Этьен Жювеналь Дюпюи в 1844 г., однако он был впервые применен на практике в 1936 г. в США в связи с законом о водопользовании, по которому выгоды от контроля за водопользованием должны превышать издержки. Некоторые из ликвидированных больниц превращены в филиалы более крупных больниц, другие — в сельские амбулатории, в которых нет врачей, третьи — в отделения восстановительного лечения. Если ничего не менять, то село будет обречено на вымирание. Не утихают в стране скандалы, связанные с массовым закрытием районных больниц и родильных отделений, осуществляемым под лозунгами оптимизации и модернизации. И хотя чиновники Минздрава РФ перекладывают ответственность за это на местные органы власти, отмеченные процессы стали частью общей политики в сфере здравоохранения. И, видимо, не только здравоохранения, поскольку аналогичная ситуация сложилась и в отношении беззащитных детей в детских домах. Детские дома и школы- интернаты закрывают или объединяют, и детей, не спрашивая, перевозят за сотни километров, на месте интернатов для сирот открывают другие учреждения. А закрывают под любыми предлогами. Например, в Москве на Новослободской улице, фактически в центре, кому-то приглянулось здание с детьми (110 интернат на 100 детей), и его закрыли в один день под предлогом протечки труб, хотя сотрудники сами за свои деньги устранили эту протечку. А ведь дети воспринимают коллектив, в котором прожили несколько лет, как свою семью и

такая их «переброска» наносит им серьезную психологическую травму. Вот такая изнанка декларируемой заботы о сиротах. Массово также стали закрываться детские ясли и детские сады. И это делают чиновники на местах вопреки благим намерениям руководства страны. На закрытии ясельных групп они хотят сэкономить 144 млрд. руб., однако эта фиктивная сиюминутная экономия обернется для государства значительно большими потерями. И хотя с 1.5 до 3 лет женщина находится в законном, но неоплачиваемом отпуске, чиновники заявляют пусть эти женщины сидят дома с детьми. Напротив, по примеру других стран они должны создать все условия для работающей матери, и об этом пойдет речь дальше.

Большой вред сельскому здравоохранению нанес Приказ Минздравсоцразвития № 633 от 13 октября 2005 г. «Об организации медицинской помощи», ликвидировавший многие виды специализированной помощи на уровне муниципальных районов, который спустя 4 года был отменен, но специализированная помощь не была восстановлена. В отраслевом министерстве решили вместо закрытых амбулаторий и сельских участковых больниц создавать модульные фельдшерско-акушерские пункты, где будет рабочее место врача (?), процедурный кабинет и аптечный киоск. Видимо новые клинические руководители здравоохранения слабо знакомы с предшествующим позитивным и негативным отечественным опытом организации здравоохранения, и это прослеживается практически во всех службах. «Новая» идея, но со старыми дырками, ведь это все было на селе до 1991 г. и в ФАПах были кабинеты фельдшера, акушерки, процедурный кабинет, аптечный киоск, смотровая и перевязочная. И это все нужно было разрушить, чтобы потом ускоренно воссоздавать. Дело дошло до того, что Президент страны вынужден давать поручения о ликвидации дефицита медицинских кадров на селе. О каких ФАПах (их число за последние 15 лет уменьшилось на 8 тысяч) может идти речь, если фельдшеров на всю страну осталось 160 тыс., а акушерок — только 64 тыс., причем их число систематически и быстро сокращается. По данным В.И.Скворцовой ежегодно из здравоохранения уходят почти 90 тыс. человек среднего медперсонала (при их дефиците в 280 тыс., а по данным Т.А.Голиковой- более 800 тыс.), из которых только 15 тыс. выходят на пенсию, а ежегодный их выпуск составляет только 59 тыс. А министр здравоохранения РФ бодро докладывает о достигнутых успехах в фондооснащенности и фондовооруженности медицинских учреждений, в развитии ПМСП, в

совершенствовании специализированной медицинской помощи, в укомплектованности врачами. Но, как гласит известное латинское правовое изречение- пусть будет выслушана и другая сторона (audiantur et altera pars),- неплохо было бы прислушаться и к мнению пациентов (изложено в приложении) и оценить, улучшается здоровье людей или нет. Вот основные критерии, по которым можно судить о проделанной работе, а не по парадным докладам.

Однако проблемы сельского здравоохранения только с помощью ФАПов не решить. Нужны комплексные меры, в т.ч. в области подготовки и привлечения медицинских кадров. По официальным данным, из всех больничных учреждений свыше 30% нуждаются в ремонте или реконструкции, многие из них не имеют горячего водоснабжения, центрального отопления, водопровода, канализации, в отдаленных районах они размещены в бывших конюшнях и других приспособленных помещениях, а из числа амбулаторно-поликлинических учреждений таких несколько меньше. По сути муниципальное здравоохранение в урезанном виде превратилось в государственное, поскольку и финансирование, и имущество оставшихся бывших муниципальных учреждений передано на уровень субъекта федерации, администрация которого становится учредителем с правом перепоручения своих полномочий. В Волгограде додумались передать скорую медицинскую помощь в частные руки. В спецавтохозяйство Волгограда поступило 80 новых автомашин скорой помощи, и теперь это автохозяйство перешло в частную собственность согласно выигранному тендеру. В результате скорая медицинская помощь (СМП) вынуждена заказывать транспортные услуги у частной компании. Аналогичная ситуация отмечается в 20 регионах страны, в том числе в Перми, Оренбурге, Уфе и Кирове. Вызывает большие сомнения, что кто-либо просчитал последствия (не экономические) таких решений и как это отразится на оперативности работы СМП в условиях взаиморасчетов, хотя эта «инициатива» одобрена ФОМС, Минздравом, Минрегионразвития и Правительством РФ. Однако вскоре Волгоградская станция скорой помощи расторгла в Арбитражном суде контракт на транспортные услуги с частной фирмой, которая предоставила в распоряжение ССМП в 10 раз меньше автомобилей без какого-либо оснащения, но с носилками. Скорая помощь- такая же экстренная помощь как МЧС, полиция, пожарные, но у них почему-то нет никакого аутсорсинга. Другая напасть надвинулась на скорую медицинскую помощь, когда, как ранее отмечалось, там врачей предлагают заменить на фельдшеров, причем один фельдшер по совместительству должен быть

водителем, а другой- санитаром. Более разрушительной «модернизации» придумать сложно. Это все равно, что бортпроводника заставить по совместительству исполнять функции пилота самолета. Нельзя забывать, что из фельдшеров на СМП 79.7% составляют женщины, в основном, старше 30 лет. О различных тяжелых последствиях для пациентов от такой «модернизации» уже много написано и потому здесь на этом останавливаться не стоит. Тем не менее, скажем, что в СССР работа скорой помощи не регламентировалась, у нее не было никаких планов и она выезжала на все вызовы без исключения. А сейчас у них есть план- 318 вызовов на каждую 1000 человек. Если раньше обычная линейная бригада состояла из водителя, 2-х санитаров, 2-х фельдшеров и врача, то теперь по новому порядку (с 2014 г.)- из водителя и двух фельдшеров. В результате реорганизации медицинские работники каждый день думают об уходе из профессии, скорая помощь старается не выезжать на вызовы пожилых людей, хронически больных и в отдаленные деревеньки и даже в городах отказывают в приеме вызова по надуманным причинам. Если в США главной задачей парамедиков является скорейшая доставка больного в больницу (время доезда там 12 минут), для чего эти больницы специально приспособлены (на первом этаже общие операционные, реанимация, интенсивная терапия, подготовленный персонал, передвижные кровати), то у нас этого пока нет и не скоро будет и потому на скорой помощи должен пока работать очень опытный врач, в задачи которого не входит постановка диагноза, а принятие решения о пациенте (оставить его на месте, вызвать к нему специализированную бригаду, а их насчитывается десять, консультантов или госпитализировать). В Великобритании сокращено время от начала вызова до «операционного стола» до 19 минут, а в Германии за считанные минуты запускают остановившееся сердце. В Москве в свое время благодаря правильному медицинскому районированию, не совпадающего с административным, удалось минимизировать время доезда до больного, а в С-Петербурге минимизировали время доставки в стационар. В СССР наиболее продвинутыми станциями СМП считались Киевская, Ленинградская, Московская и Новокузнецкая, опыт организации которых может быть полезен и в наши дни.

Основные средства на модернизацию пошли на оснащение, в основном, крупных медицинских учреждений и их ремонт, хотя и частично были потрачены на приведение некоторых амбулаторий и больниц «в порядок». Правда, часть из них проще и дешевле было бы возвести заново. Имеющийся коечный фонд

используется крайне неэффективно. Так, коек круглосуточного пребывания в РФ **в 1,9 раза больше**, чем в развитых странах (9,4 и 4,9 на 1000 населения соответственно), из них доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала. Обеспеченность же койками длительного ухода в РФ в **2,5 раза ниже**, чем в странах ОЭСР (2,4 и 6,0 на 1000 населения соответственно). Часть больничных коек в течение года практически пустует (около 30%) с разной величиной занятости койки в году в зависимости от профиля, другая часть используется для проведения «курсового лечения» из-за его недостаточной доступности в амбулаторных условиях и необходимости платить при этом за медикаменты (т.е. в трети случаев больничные койки используются не по своей предназначенности), и только не более чем в 40% случаев больничные койки используются по прямому назначению. Отсюда вовсе не вытекает необходимость немедленных решений о закрытии неэффективных и пустующих коек, т.к. вначале нужно создать требуемые условия для лечения пациентов в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров. С этим вопросом нужно разбираться. Практически в стране отсутствуют должные системы реабилитации и медицинского ухода за тяжелыми (онкологическими, после инсульта или инфаркта миокарда) больными, хосписы и дома сестринского ухода, что ложится тяжким бременем на семью и ближайших родственников, ограничивая их во многом. Все это приводит к удлинению средних сроков пребывания на койках интенсивного лечения по сравнению с развитыми странами – **12,4** и **6,4 дней**, соответственно, и к значительному удорожанию медицинской помощи. Повсеместная непросчитанность последствий принятия скороспелых решений в здравоохранении просто поражает и вместо того, чтобы предупредить по возможности претензии пациентов, Минздрав создает горячую линию для приема их жалоб, т.е. как обычно и практически всегда речь идет не о воздействиях на причины, а на учет их следствий. А ведь еще со времен Конфуция известно, что причина важнее результата. В ведущей шахматной державе мира власти не научились считать хотя бы на один ход вперед.

Это утверждение относится не только к здравоохранению. Например, в последнее время произошли крупные и громкие облавы на гастарбайтеров с созданием для них специальных лагерей (всего планируется 83), для поддержания порядка в которых потребуется 4500 новых сотрудников, с последующей высылкой за 42 тыс. руб. из страны лиц, не имеющих разрешительных документов. В день на каждого мигранта в палаточном городке тратится 240 руб.,

что в 2.4 раза больше, чем приходится на 1 российского пенсионера из установленных трат в величине прожиточного минимума на минимальный набор продуктов питания. Все это немалые затраты и они являются следствием того, что нелегальный их приезд в Россию не пресекли на границе. Кроме того, они нелегально пребывали и до проведенных облав, а отсюда следует, что это было очень кому-то выгодно и что облавы проведены по указанию сверху. К тому же в 2012 г. они к себе домой отправили 18.2 млрд. долл., которые при правильной организации всей работы могли остаться в России. Практически неизвестно, с какими болезнями приезжают гастарбайтеры, каков у них генетический груз и из районов какой краевой патологии они приехали. Сейчас Государственная Дума рассматривает вопрос о том, чтобы мигранты из СНГ имели бы медицинскую страховку. Неизвестна и точная потребность регионов РФ в приезжих. Нередко в начальной школе дети почти не понимают по-русски, а в роддомах столицы почти треть новорожденных- дети мигрантов. И это все еще раз подчеркивает, что страна управляется в «ручном» режиме. Правда, сами мигранты уверены, что Россия теперь без гастарбайтеров не проживет. Вообще мигранты- дело не дешевое, что хорошо видно на примере Нидерландов, Бельгии, Франции, где в Париже, например, 50% населения составляют иммигранты. Каждому из них выплачивается пособие и отдельно пособие на детей, хотя подростки работать не собираются и пробавляются воровством и грабежами. Это же характерно и для нашей страны и обусловлено высоким разрывом в доходах людей, которые проявились в первую очередь в Северокавказских республиках, Калмыкии и Москве.

Такой же подход воздействия не на причины, а на следствия наблюдается повсеместно и в здравоохранении. Так, в Москве вначале укрупнили поликлиники, т.е. 225 поликлиник объединили в 46 амбулаторно-поликлинических центров по 5-6 поликлиник в каждом и по 200-250 тыс. жителей (видимо, в целях оптимизации бюджетных средств за счет экономии административного персонала), но затем, когда пациенты стали жаловаться на снижение доступности амбулаторной помощи, большие расстояния (в другом конце района), потерянное время (до 2-х часов) и протестовать, придумали создавать на первых этажах новостроек мини-поликлиники и от частных клиник медицинские кабинеты (по типу «доктор рядом»), для чего частному бизнесу передадут до 200 помещений (пока что в аренду за 3.2 млн. руб. сданы 2 помещения), с символической арендной платой (1 рубль за 1 кв.м. в год) и

льготами для малоимущих и людей с ограниченными физическими возможностями (а для остальных, видимо, за плату), строить недолговечные модульные поликлиники в новых районах и медпункты в рамках непонятного государственно-частного партнерства, организовывать в поликлиниках уголки комфортного пребывания (?) с экзотическими птичками, рыбками, благоухающими цветами, кондиционерами и приятным музыкальным сопровождением, куда пациентов будет направлять «специалист по дружелюбию» (новая вводимая штатная единица), передвижные поликлиники на колесах (мобильные медицинские комплексы) и ввести так называемые «медицинские маршрутки» и социальное такси между подразделениями одного амбулаторного центра для транспортировки льготных категорий пациентов, а остальных – за плату. Организованы в некоторых московских объединениях даже выездные бригады врачей в нынешние филиалы поликлиник. И все это выглядит дорогостоящим следствием «рационализации», а попросту разрушения действовавшей системы. Это все также открывает ворота для платной медицинской помощи, поскольку бесплатно будет оказываться лишь малая часть медицинских услуг, и частнопрактикующие врачи будут стараться направить пациентов в свои частные клиники, от которых они работают. При этом, если медицинская помощь, оказываемая врачом общей практики, будет бесплатной для граждан (средства ОМС пойдут через страховую компанию инвестору, на средства которого создаются офисы врачей), то остальные врачи-специалисты в этих медицинских кабинетах будут принимать пациентов за плату. Кроме того, создано 40 детских амбулаторно-поликлинических объединений. Непонятно, почему по программе «доктор рядом» должен работать частный врач, а не врач общей практики от государственной поликлиники. Кстати в приказе Минздрава №237 записано, что ВОП должен иметь юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению, т.е. проще говоря – лицензию как разрешение на свою деятельность. Интересно, как московские медицинские власти разрешат эту проблему. Это ж надо! Сначала нарушили привычную и действовавшую амбулаторную помощь и сделали ее мало доступной для москвичей, врачей-специалистов максимально удалили от населения, а затем придумывают, как помочь людям добраться до этих укрупненных поликлиник, одновременно заставляя их сделать выбор между поликлиниками, поскольку от этого будет зависеть подушевое финансирование каждой поликлиники. Как тут не вспомнить Чичикова? Неожиданно выяснилось,

что в Москве не хватает 50 лечебно-профилактических учреждений на 27 тыс. посещений, решение о строительстве которых уже принято, для взрослых и детей. Кроме того, введен в действие портал «Наш город» и москвичи получили возможность жаловаться по надуманным стандартным поводам на врачей поликлиник, но не на «рационализаторов» здравоохранения. Вместо обычных традиционных поликлиник придумана мало понятная и самая дорогостоящая модель с принципиально неверным акцентом на приближенность дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи, в которой нуждаются немногочисленные пациенты. Только на расходные материалы для нее на 2013 г. будет выделено более 1 млрд. руб. Вместо квалифицированных врачей в поликлиниках будет создан Центр компетенций, где будут работать компетентные специалисты, умеющие расшифровывать результаты приборных и лабораторных обследований и выдавать соответствующие заключения без присутствия пациентов. Это нарушает основной принцип медицины, когда обследования служат дополнением к гипотезе лечащего врача. Скорее всего, в Москве неверно выделены приоритеты, поскольку на самом деле основные проблемы сосредоточены не в традиционном здравоохранении, а в системе охраны здоровья, т.е. в проблемах питания, качества питьевой воды, загрязнения воздуха, доходов людей и т.д., не в клинической медицине, а в эффективной организации медицинской помощи на территории, не в ВМП, а в правильно организованной ПМСП, не в качестве и высоком уровне медицинской помощи, а в ее широкой доступности даже в пределах одного города. В 2013 г. в Москве начали работать хозрасчетные бригады скорой помощи, оказывающие помощь за плату, проведена рационализация работы службы скорой помощи, делается попытка восстановить неотложную медицинскую помощь. Кроме того больницы будут превращены в центры ВМП с тем, чтобы в каждом округе было по 2.5-3 тыс. коек (кто считал, почему столько?). В московских больницах зачем-то планируется ввести бронирование коек для жителей столицы по типу бронирования мест в гостиницах. В московской станции скорой помощи им. А.С.Пучкова сократили почти 300 санитаров, а на их место взяли работников без какой-либо подготовки. Запланировано привлечение на работу зарубежных врачей, даже не владеющих русским языком в совершенстве, и им планируют выделить 2-3 тыс. апартаментов модульного типа для временного проживания на территориях медицинских учреждений. Считается, что это одно из условий привлечения участковых врачей и медсестер, которых сейчас в поликлиниках не

хватает. И без этого, в некоторых учреждениях Москвы и Подмосковья врачи-гастарбайтеры и пациенты уже объясняются «на пальцах». Еще одно новшество вводится в московских больницах- там для борьбы с воровством и пропажей вещей будут созданы базы данных на имущество поступивших больных. Видимо, в Москве больше некуда девать деньги. И, кстати, при этом с мнением самих граждан забыли ознакомиться. Активно развивается информатизация здравоохранения, в первую очередь, электронная запись на прием, даже через инфоматы с отпечатками пальцев. Вот такие готовятся дорогостоящие «бантики». С ноября 2013 г. в Москве вводится быстрая запись на прием к врачам, к которым разрешена самозапись, придуманная еще в 1902 г. врачом из Одессы Телющенко, на официальном сайте Единой медицинской информационно-аналитической системы. А для московских клиник питание будет готовиться централизованно и поставляться в виде готовых «бортовых» обедов, как в самолетах. Вопрос в том, как будут учтены необходимые для пациентов диетические столы? Кстати, по величине бюджета Москва занимает третье место в мире среди крупных городов после Шанхая и Нью-Йорка, что в расчете на душу населения (4500 долл.) в 2 раза больше, чем в Лондоне, и в 5 раз больше, чем в Париже. Однако по уровню и комфортности жизни москвичей наша столица занимает лишь 163 место в мире, что заставляет задуматься об отношении власти к простым людям, к их потребностям и заботам. В Москве, по свидетельству Ю. Калининой, повышен градус агрессивности среди всех слоев населения (водители, полицейские, хозяева распущенных собак, мрачные пассажиры, завсегдатаи Интернета и другие группы на каждом шагу). В результате «модернизации» здравоохранения проверенную временем многоуровневую систему организации медицинской помощи в стране Минздрав свел всего к трем уровням и утвердил их в Правительстве РФ. Экономим «на спичках», но зато создаем целую транспортную сеть и другие сложности, что приводит к новым возможностям медицинского бизнеса и к значительному удорожанию медицинской помощи. А потом все удивляются, куда же ушли не разворованные по дороге деньги? Кроме того, за принципиально новое выдается организация библиотек и читальных залов в московских больницах, хотя ранее во всех медицинских учреждениях страны существовала система медицинской информации и библиотеки. И это при том, что в ряде отделений московских больниц напрочь отсутствуют ординаторские, где врачи готовят истории болезни, дискутируют между собой, обсуждают сложные случаи и т.д. И созданный Общественный совет при Департаменте здравоохранения

Москвы допущенные огрехи в территориальной организации медицинской помощи исправить не сможет, равно как и организованный мини институт организации медицинской помощи для Москвы. Кроме того, в Москве планируют все бригады скорой помощи оснастить зачем-то видеорегистраторами вместо навигаторов, позволяющих выбрать оптимальный маршрут движения, и вместо проведения медицинского районирования Москвы. Хронически больных будут учить помогать себе самостоятельно с тем, чтобы они лишний раз не беспокоили медицинских работников. При центрах здоровья будут созданы кабинеты по отказу от курения (об алкоголе и наркотиках забыли), предусмотрены и другие «бантики» вместо нормальной (доступной и качественной) организации медицинской помощи москвичам и гостям столицы. Все это говорит о том, что не только в стране, но и в Москве нет внятной Стратегии охраны здоровья, а, значит, отсутствует обоснованная перспективная модель, к которой нужно стремиться. Между тем, медицинские власти Москвы докладывают о многочисленных успехах в московском здравоохранении, наступивших с их назначением. Только москвичи с их оценкой не соглашаются и на второе место среди всех проблем качества жизни ставят медицинскую помощь. В целом полностью или частично не удовлетворены качеством своей жизни 69% москвичей, в то время как эта доля среди жителей Вены составляет всего 7%, Брюсселя-28%, Берлина-30% и т.д. И это Москва, где приоритетными направлениями развития считаются транспорт, спорт и здравоохранение, с ее возможностями и средствами, недоступными для многих других территорий страны.

И такого рода резервов и примеров неэффективного использования возможностей и ресурсов в здравоохранении без учета возможных последствий немало, а сиюминутные выгоды могут обернуться затем значительными потерями. Если к этому добавить коррупционную составляющую, то тогда образуются немалые резервы для реализации данной Стратегии. Из умерших в стационарах вскрываются только в 59% случаев, а из умерших насильственной смертью — только 18%. В советское время такой ситуации не было, тем более, что патолого- анатомические конференции служили хорошей школой для обучения молодых врачей (Давыдовский И.В.). Кстати, тогда для больных с разными заболеваниями были разработаны 16 столов лечебного питания, и это все, к сожалению, сейчас утрачено. В стратегическом плане финансирование должно осуществляться через выдачу госзадания.

Имеет место также неудовлетворительное оснащение учреждений здравоохранения современным оборудованием: например, обеспеченность компьютерными томографами в стране на 1 млн. населения **в 3,7 раза меньше**, чем в среднем в странах ОЭСР (6,1 и 22,8, соответственно), правда, этих томографов (непонятно, зачем) в Москве больше, чем в любой европейской стране. В тоже время на местах во многих медицинских учреждениях имеется дефицит необходимого оснащения и оборудования. Все это говорит об отсутствии в стране политики материально-технического обеспечения медицинских учреждений. При этом, открывая новые медицинские центры, чиновники сами во многих случаях предпочитают лечиться за рубежом.

✓ **Несоответствие отдельных видов оказываемой бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения РФ.** Программа государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи не имеет научного обоснования, поскольку уже несколько десятилетий не проводились исследования потребностей населения в различных видах медицинской помощи. Кроме того, она не полностью (около 70%) обеспечена финансированием. Такие программы должны устанавливать некий минимум, ниже которого опуститься нельзя. А если, как утверждает руководство Минздрава РФ, в программу входит почти вся требуемая медицинская помощь, то потребность в такой программе просто отпадает. Поэтому в подавляющем большинстве стран такого рода программ нет вообще, и нуждающиеся получают весь необходимый объем медицинской помощи.

Лекарственными средствами в амбулаторных условиях за счет общественных средств население РФ обеспечено **в 4,8 раза ниже**, чем в «новых» странах ЕС. Установленные нормативы на лекарства для льготных групп пациентов (2011 г. – – 849 руб., 2012 г. — 918 руб. в месяц, в целом на год — 90 млрд. руб. из федерального бюджета в дополнение к затратам регионов) не распространяются на другие категории граждан. Однако на пути получения бесплатного лекарства уложено столько бюрократических барьеров, что требуется немалое здоровье для получения нужных лекарств льготным группам граждан. В соответствии с постановлением Правительства РФ дети до 3 лет и дети из многодетных семей до 6 лет все лекарства, назначаемые врачом, должны получать бесплатно, однако не все граждане знакомы с этим постановлением, чем пользуются недобросовестные работники. А проведенные Росздравнадзором проверки показали, что свыше 70% некачественных лекарств, изъятых из обращения, были произведены в России.

Даже в США, при жесточайшем контроле со стороны Администрации по контролю за продуктами питания и лекарствами (Food and Drugs Administration), имеется немало случаев неэффективного или побочного действия отдельных медикаментов, о чем свидетельствует нарастающее число судебных исков и что говорит о недобросовестности фармацевтического бизнеса (независимо от места нахождения), преследующего только получение прибыли. Население США буквально охвачено «лекарствоманией» и ежедневно потребляет более миллиарда таблеток, а 5% жителей – до 25 таблеток в день. Между тем, по данным ВЦИОМ, 54% жителей РФ пользуется лекарствами, а при легком недомогании в 37% случаев приобретаются отечественные препараты. Каролинский институт в Швеции вывел допустимый уровень в 10–15 евро на душу населения в год (нормально — 17–22 евро), который можно считать минимально достаточным для лекарственного обеспечения онкологических больных (для России это означает 1,4 млрд. евро). В США этот уровень превышен почти в 4 раза, в Канаде — в 3 раза, во Франции — в 2,2 раза, а в России он ниже в 2,5–4 раза и составляет всего 3,3 евро. При этом на онкологические препараты в западных странах в расчете на душу населения тратится в 5,5 раза больше средств (у нас иногда не на что лечить), а положение с онкологической помощью у нас хуже, чем во Франции в 16 раз и даже хуже, чем в Марокко. Лечение в России онкологического больного стоит от 50 тысяч до нескольких миллионов рублей, все зависит от стадии заболевания и локализации опухоли. При этом в подавляющем большинстве случаев применение дорогостоящих и эффективных препаратов не вылечивает, а продлевает жизнь. Только в 7% случаев лечение онкозаболеваний полностью оплачивается за счет государства по льготе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). А на учете в онкологических диспансерах сейчас состоит более 2,9 млн. чел., и только 5% из них могут получить гарантированное полноценное лечение.

В Германии на 100 тыс. населения положено 19 тысяч ампул с обезболивающими препаратами, во Франции — 9 тысяч, в Греции — 4 тысячи, а в России — всего 107, т.е. почти в 200 раз меньше, чем в Германии. Лекарства для онкобольных в соответствии с Федеральным законом № 94–ФЗ закупаются по тендерам, и главным критерием при этом является, к сожалению, не эффективность препарата, а цена. Например, раньше закупался эффективный препарат *аримидекс* по 6,5 тыс. рублей, а сейчас тендеры выигрывает его аналог за 28 рублей. Как известно, в развитых странах для успешного лечения рака

молочной железы применяются не менее 10 противоопухолевых препаратов, в т.ч. *ритуксимаб*, *герцептин*, *таксотер*, *гливек* и др. Но на российском рынке их крайне мало, к тому же нередко все лечение может быть платным и потому малодоступным. Так, *таксотер* (*доцетаксил*) в России применяется значительно реже, чем в других странах; реже, чем во Франции в 7,2 раза, чем в Германии — в 5 раз, а применение *герцептина* (*трастузумаба*) в расчете на душу населения в России в 16 раз меньше, чем во Франции. В России такие препараты не производятся, а импортные стоят очень дорого.

Расчеты показывают, что минимально на лечение рака бюджет нужно увеличить в 4 раза. Проблема состоит и в том, что инновационные препараты обычно не назначают на ранних стадиях рака, а лишь тогда, когда появились метастазы, т.е. когда они теряют свой эффект. Минздрав определяет квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь на каждый год и теперь онкобольным в федеральных центрах отказывают в помощи и отправляют их по месту жительства для проведения дорогостоящей химиотерапии, а через несколько лет (к 2015 г.) вообще планируется передать затраты на лечение таких пациентов в систему ОМС, в которой средств на такое лечение нет. А минимальная стоимость лечения одного онкологического больного- 100 тыс. руб. в месяц, а больного диабетом- 20 тыс. Лекарственное обеспечение больных с редкими (орфанными) заболеваниями—при отсутствии Федерального регистра таких больных (статья 44 ФЗ № 323) и не определенной потребности их в лекарствах- с 1 июля 2013 г. планируется передать на финансирование из дефицитного бюджета субъекта федерации. А это означает, что многие больные будут просто обречены. В соответствии с ФЗ № 323 для таких больных (а перечень содержит 24 редких заболеваний из нескольких тысяч наименований препаратов), которые жизненно нуждаются в повседневных дорогостоящих препаратах, лечение должно быть бесплатным. Однако весьма часто чиновники отказывают им в этом. Больные пишут жалобы, подают в суд и выигрывают дела. Однако чиновники сопротивляются, подают встречный иск, затягивая процесс, и больные за это время могут погибнуть. Даже в Москве ни один из 1600 больных с пароксизмальной ночной гемоглобинурией с болями, разрушением эритроцитов, тромбозом, почечной недостаточностью не получает лекарства, оплаченные из бюджета, а чиновники цинично заявляют, что если они оплатят лечение хотя бы одному больному, то и остальные этого потребуют. Более того, медицинская техника, медицинские изделия и расходные материалы, закупаемые за рубежом,

превышают реальную их стоимость в разы, что видно на примере коронарных баллонов, стентов, ранее- томографов, по приобретению которых уголовное дело полностью не закрыто.

Сложившееся соотношение между импортными и отечественными препаратами как 75% : 25% в условиях применения норм ВТО может значительно ухудшиться до 85% : 15%, что делает лечение больных (а в лечении 95% затрат приходится на лекарства) почти полностью зависимым от импорта. Этот сегмент имеет особую важность, т.к. в развитых странах на лекарственное обеспечение приходится до 20% всех расходов на здравоохранение. Еще одной проблемой лекарственного обеспечения помимо нехватки льготных медикаментов нуждающимся больным является огромная разница в их стоимости (в десятки раз) в разных регионах, что также свидетельствует об отсутствии единой политики в стране. Несмотря на возрастание доли некачественных и фальшивых препаратов, отечественным фармацевтическим компаниям не нужно (в отличие от других стран) регулярно подтверждать право на производство лекарств, а проверки их качества могут производиться только в плановом порядке с заблаговременным предупреждением. Это же правило распространяется и на производителей продуктов питания, что вместе взятое губительным образом влияет на население, поскольку ориентировано только на очень добросовестных производителей. Заказчиками большинства клинических исследований, в отличие от мировой практики, у нас являются фармацевтические компании, и следует ожидать, что получаемые результаты интерпретируются в пользу заказчиков. Сейчас стал рассматриваться вопрос о некоторой компенсации средств, потраченных на приобретение медикаментов по рецептам врачей нельготными категориями граждан, и для детей и пенсионеров предложено (в качестве эксперимента) несколько вариантов лекарственного страхования. Частично это изложено в подготовленной Минздравом РФ «Стратегии лекарственного обеспечения населения России на период до 2025 г.» (приказ Минздрава № 66 от 13 февраля 2013 г.), которая имеет как достаточно позитивные, так и требующие изменения некоторые негативные стороны. Это хорошо, что лекарственное страхование охватывает более широкие группы пациентов. Отмеченной стратегией Минздрава РФ предусмотрены мероприятия, которые позволят упростить этот процесс и для пациентов, и для врачей. Вместе с тем, проблемы в лекарственном обеспечении населения остаются. Так, совсем недавно Московская область, где почти 700 тыс. человек имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение, пережила

лекарственный коллапс, который удалось преодолеть за счет энергичных мер: дополнительного выделения из бюджета области 200 млн. руб., восстановления единой информационной системы лекарственного обеспечения, охватывающей аптечные склады, почти 400 аптек, 8000 врачей, и т.д. Это позволило создать даже некоторые запасы при том, что выделяемых средств из федерального бюджета явно недостаточно и они составляют всего 40% от потребности (остальные 60%- за счет области). Однако ключевым вопросом в лекарственном обеспечении является то, что до **80%** распространяемых лекарств, в основном дженериков, не являются доказанными с точки зрения их безопасности и результативности применения, то есть 500 млрд. руб. ежегодно тратятся с неясной эффективностью и безопасностью. Анальгин в мире уже давно снят с производства и запрещен, эффективность арбидола (который широко рекламируется), валокордина, валидола, корвалола, цитрамона, оксолиновой мази и ряда других препаратов не доказана и не подтверждена сертификатом Европейского медицинского агентства лечебных средств. Люди, не получившие качественных лекарств, снова будут тратить ресурсы свои и государства на здоровье, снова придут за такими «лекарствами» и так без конца. Даже рекомендованные и доказанные медицинские препараты нужно принимать с умом и не только из-за возможного их побочного действия. Однако, руководитель Департамента здравоохранения Москвы не возражает против продажи лекарств в обычных магазинах. Можно себе представить, к чему это приведет. Не решив проблему с эффективностью и безопасностью лекарств, остальные вопросы Стратегии лекарственного обеспечения можно даже не рассматривать. Да и таким контролем, как это осуществляет Food and Drugs Administration (FDA) в США, мы, к сожалению, не располагаем. В сложившейся системе ОМС не прослеживается решение проблемы нормального бесплатного обеспечения населения лекарственными средствами.

Между тем системы лекарственного страхования существуют в мире давно, и они отличаются только тем, кто платит, и за кого платят. Так, в Германии, Норвегии, Франции, Великобритании, Нидерландах, Австралии и Новой Зеландии затраты граждан на лекарства полностью компенсируются государством, в Италии и Испании — компенсируют регионы, в Словении, Чехии и Венгрии — страховые фонды. В Германии получателями компенсаций являются все застрахованные на случай болезни, в Испании — лица старше 65 лет, в Великобритании и Чехии — пациенты из числа государственных служащих, во

Франции — льготные категории граждан. В России же экономия на лекарственном обеспечении амбулаторного лечения приводит к повышенной госпитализации, поскольку в стационарных условиях лекарства должны быть бесплатными, что значительно увеличивает государственные траты. Это еще один пример бессмысленных затрат, по которым наша страна могла бы занять лидирующее место в мире. В то же время, если у пациента есть право на бесплатное лекарство или скидку, он не должен сначала платить, а потом идти за этими деньгами в качестве компенсации. В перспективе вопросы о лекарственном страховании, возмещении, компенсации, соопла́те должны отпасть и пациент по рецепту (назначению) врача должен получать лекарства бесплатно, что обернется затем значительной выгодой для государства, т.к. затраты на стационарное лечение должны уменьшиться. А начать этот процесс можно с групп повышенного риска, хронически больных, инвалидов, болеющих редкими заболеваниями и с других уязвимых групп населения. Для ограничения роста цен на лекарства необходимо запретить рекламу рецептурных лекарств, за исключением профессиональных медицинских изданий. При этом новые воспроизведенные препараты не должны быть дороже 50% цены оригинальных. Должны быть ограничены оптовые наценки и необходимо устранить заинтересованность аптеки в продаже дорогих препаратов, т.е. их оплата не должна исчисляться в % от стоимости проданных препаратов. Во многих странах для снижения расходов на лекарства уже давно используются технологии, снижающие неоправданное потребление лекарств. Для этого создаются организации **оценки медицинских технологий** (Health Technology Assessment) и выполняются научные оценки лекарств. Поэтому возникает необходимость в создании в стране Центров по оценке медицинских технологий. Что говорить о лекарственном обеспечение многих клиник страны, если из известного на всю страну НИИ скорой помощи им. Склифософского и его ожогового центра поступило обращение к гражданам с просьбой покупать недостающие элементарные и не дорогие препараты (левомицетиновая мазь, фурацилин, неприлипающая сетка), на приобретение которых в учреждении денег нет.

Имеет место неконтролируемое использование БАДов, результативность профилактики и лечения которыми ничем не доказана, что вводит потребителя в заблуждение относительно их безвредности или полезности и приводит к затягиванию лечения. Не всегда в БАДах имеется соответствие между заявленными ингредиентами и их количеством и реальным их содержанием.

Распространение БАДов регулируется законодательством о пищевых продуктах, а продаются они как лекарства, обещая эффекты профилактики и лечения. Вместе с тем, они должны находиться за пределами требований, предъявляемым к лекарствам. Законопроект об ограничении рекламы БАДов внесен в Государственную Думу.

Ежегодно в стране делается порядка 200 тыс. высокотехнологичных, а значит, дорогостоящих операций Потребность в такого рода помощи удовлетворяется не более, чем на 40%. Эта помощь требует весьма значительных затрат, хотя и составляет всего 1.7% всего объема стационарной помощи. Потребность в высоких технологиях будет непрерывно расти, если и дальше заболевания буду, как сейчас, выявляться на поздних стадиях и в тяжелой форме. Высокотехнологичной медицинской помощью население РФ обеспечено **в 4–6 раз меньше**, чем в «новых» странах ЕС. Например, операций реваскуляризации на сердце (ангиопластика) в РФ делается в **6,5 раза меньше**, чем в «новых» странах ЕС, процедур гемодиализа — в **4,5 раза меньше**, значительно меньше (в **5 раз**) тратится средств на эффективные противоопухолевые препараты и т.д. Однако потребности населения в различных видах ВМП в нашей стране не изучались, и потому сравнение с другими странами носит весьма ориентировочный характер. В Санкт-Петербурге, например, процедуру гемодиализа проходят 1300 человек, большинство из которых нуждаются в пересадке почки, а таких трансплантаций делается всего 60 в год и в очереди на трансплантацию можно потратить 10 лет из-за правовых и финансовых проблем при наличии специалистов, техники и медикаментов. Это говорит о том, что ВМП является комплексной проблемой. В тоже время в развитых странах стремятся «не допустить» пациентов до дорогостоящих высоких технологий, осуществляя предупреждение болезней, раннее их выявление и лечение. И статистика свидетельствует не в пользу ВМП. Так, в РФ в стационарах умирают только 20% всех умерших, а 80% — на дому (в развитых странах картина прямо противоположная), а из всех умерших в стационарах всего 17,8% умерли от болезней системы кровообращения и 18,4% от новообразований. Исходя из этих данных, ВМП должна иметь весьма ограниченное применение, поскольку вектор развития должен быть направлен в противоположную сторону. Тем не менее, чтобы получить доступ к ВМП необходимо иметь квоту, на получение которой и преодоление бюрократических барьеров можно потратить немало времени, усилий и остатки своего здоровья. У нас же в расчете на одного

человека для развития здорового образа жизни тратится всего 6 руб. в год-смешные, ничего не дающие цифры, а на один тяжелый случай заболевания-почти 250 тыс. руб. Достаточно сопоставить эти цифры, чтобы увидеть имеющие место выгоды и неэффективность затрат.

Вместо предупреждения выкидышей, врожденных аномалий, алкогольных фетопатий и неблагоприятных состояний плода, возникающих в перинатальный период, у нас практически повсеместно строятся дорогостоящие перинатальные центры, в которых будут проявляться последствия дефектов профилактической и всей предшествующей работы. Отсюда, и из ранее изложенного следует, что перинатальные центры используются не совсем по назначению и потому недостаточно эффективны с позиции результатов и затрат.

Мало доступна для населения бесплатная реабилитационная и паллиативная (для неизлечимо больных в терминальных состояниях) медицинская помощь.

✓ **Неэффективное управление отраслью**. Неэффективное управление проявляется, во-первых, в отсутствии долгосрочной Стратегии развития здравоохранения и нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокие риски коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо создания необходимых условий для охраны здоровья, развития профилактики, первичного звена здравоохранения и кадрового потенциала.

Во-вторых, имеет место неэффективное и далеко не полное использование оборудования и коечного фонда; в ряде случаев — низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении и недостаточное использование мнения профессиональной медицинской общественности.

В-третьих, очень мало используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества (где это возможно), составление рейтингов медицинских организаций, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов. При оплате труда медицинских работников не применяются обоснованные показатели и критерии оценки, что во многих случаях приводит к волюнтаризму руководителей учреждений.

В-четвертых, имеющаяся нормативно-правовая база требует существенной доработки, поскольку создавалась при отсутствии Концепции, т.е. перспективной модели здравоохранения, к которой следует стремиться, и без базисных

принципов российского здравоохранения (в советский период такие принципы были и действовали, кроме одного, носителя демократических идей). Так, анализ закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», принятого в 2011 г., показал, что он не будет способствовать улучшению ситуации в здравоохранении, поскольку не решает ключевых проблем отрасли. Более того, этот закон приведет к усилению недовольства населения (в связи с риском снижения гарантий бесплатной медицинской помощи), а также медицинских работников, поскольку не улучшает их положения. Возникает необходимость корректировки и других законодательных актов, имеющих отношение к охране здоровья и оказанию медицинской помощи. Целесообразно также продумать вопрос о создании **Института административной ответственности** медицинского персонала, вывести из Уголовного кодекса РФ из числа преступлений **неосторожную форму вины**, учредить **уполномоченного** по правам пациента.

Имеют место также высокие репутационные издержки из-за того, что представители органов управления здравоохранением постоянно обвиняются контрольно-надзорными органами и СМИ в коррупции. Все это приводит к неэффективному расходованию дефицитных государственных ресурсов и отрицательно сказывается на авторитете властей в целом.

Неопределенность со статусом медицинских стандартов, которые пытаются представить в виде рекомендаций, не имеющих какой-либо силы для врача, усугубляет разрушение здравоохранения и правопорядка в системе, лишает ее на практике научных подходов. Казалось бы, весомая роль в улучшении здоровья людей и в повышении эффективности здравоохранения должна принадлежать медицинской науке, для развития которой Минздравом разработана специальная Стратегия развития медицинской науки, утвержденная распоряжением Правительства РФ № 2580-р от 28 декабря 2012 г. Она содержит 14 подробно описанных платформ, а также их финансово-экономическое обеспечение и механизмы управления реализацией стратегии. В то же время, эта стратегия не имеет достаточного обоснования, частично платформы ориентированы на решение текущих задач отрасли и выделены в самостоятельные направления под конкретные личностные интересы, например, ядерная медицина, без которой будто бы нам прожить никак нельзя и все остальные проблемы здравоохранения и медицины уже решены. Самое большое число платформ посвящено биомедицинским фундаментальным исследованиям, но они настолько заужены, что ожидаемые результаты по ним будут интересны только тем, кто их получит, и

они никак не отразятся на здоровье граждан. Все эти модерновые словеса (главная дорога, дорожная карта, научная платформа и др.) лишь камуфлируют недостаток знаний и представлений. Кстати, и это отмечалось, задача изучения здоровья населения в этой стратегии даже не ставится.

5. **В настоящей Стратегии максимально учтен не только отечественный, но и зарубежный опыт.**

Несмотря на значительные отличия в здравоохранении разных стран, для современного международного здравоохранения характерны следующие черты:

1. Прозрачность и подотчетность действий правительств в области здравоохранения, взвешенность и широкое обсуждение предлагаемых преобразований при активном участии профессиональных медицинских ассоциаций.

2. Сохранение и укрепление общественного характера здравоохранения, основанного на принципах солидарности, социальной справедливости, равной доступности медицинской помощи для всего населения и единых стандартов её оказания, независимо от места жительства и дохода.

3. Значительное повышение, в т.ч. законодательным путем, ответственности центральных и местных органов власти за здоровье, здравоохранение и охрану здоровья. Понимание здравоохранения как системы охраны здоровья, а не как сферы медицинской деятельности, возведение охраны здоровья в ранг приоритетной государственной политики с ответственностью за нее первых лиц государства.

4. Сочетание децентрализации медицинских учреждений и централизации стратегического планирования при общей демократизации здравоохранения.

5. Изменение функций и задач органов управления здравоохранения разных уровней, в первую очередь, национального уровня, сообразуясь с новыми реалиями жизни.

6. Изменение статуса медицинских учреждений путем возможного частичного их перевода в некоммерческие организации при сохраняющихся гарантиях на оказание бесплатной медицинской помощи и усилении влияния на их работу со стороны общественности, т.е. попечительских советов.

7. Сдерживание достаточно быстро растущих расходов на здравоохранение на уровне 8–10% ВВП за счет непрерывного поиска наиболее рациональных форм и методов оказания медицинской помощи населению.

8. Существенное ограничение платных услуг и не поощрение соплатежей пациентов. Частное медицинское страхование большей частью является дополняющим, т.е. частично или полностью покрывающим услуги, не включенные в государственные схемы, и добавочным, т.е. расширяющим возможность выбора, и только в отдельных редких случаях оно является замещающим.

9. Поиск оптимальных для каждой страны вариантов финансирования из налогов, обязательных страховых взносов и средств ДМС, а также сочетания разных вариантов оплаты труда врачей.

10. Не деление различных видов медицинской помощи на платные и бесплатные, а выделение достаточно обеспеченных групп пациентов (около 30%), которые не подлежат оказанию медицинской помощи за счет общественных средств.

11. Повсеместный отход от отдельных элементов рыночных отношений внутри системы здравоохранения, в т.ч. от конкуренции больниц. Внешние отношения здравоохранения могут строиться по рыночному принципу «спрос-предложение» (обеспечение лекарствами и продуктами питания, услуги прачечной, уборка помещений и т.д.). Имеются определенные преимущества национального (государственного) здравоохранения, прекрасно существующего в странах с рыночной экономикой (что уже само по себе означает, что рынок имеет отношение только к экономике), перед сложной системой медицинского страхования.

12. Значимая роль профессиональных врачебных организаций, врачебных палат и медицинских ассоциаций в решении стратегических, тактических и правовых вопросов здравоохранения, а также в самоуправлении профессиональной врачебной деятельностью.

6. **Перед страной стоят серьезные демографические и социально-экономические вызовы**. И они были учтены при формировании Стратегии охраны здоровья.

Демографические вызовы: ежегодное сокращение на 1 млн. численности населения трудоспособного возраста или на 8 млн чел. к 2020 г; значительное сокращение числа рождений (до 700–800 тыс. в год) из-за резкого снижения, начиная с 2017 г., числа лиц детородного возраста (малочисленное поколение родившихся в 1990-е годы); старение населения — доля лиц старше

трудоспособного возраста увеличится к 2020 г. в т.ч. за счет родившихся в конце 1940-х- начале 1950-х гг. (послевоенная компенсаторная волна рождаемости) и, соответственно, возрастет число умерших, что в совокупности значительно повысит естественную убыль населения страны до 500 тыс. человек в год и более. Одновременно к 2020 г. почти в 2 раза сократится число женщин в активном репродуктивном возрасте. Это значительно отразится на социально-экономической ситуации, снизятся темпы роста экономики, вырастут социальные расходы, уменьшится приток студентов, молодых специалистов, призывников и т.д. Этой проблемой по большому счету пока никто не занимается, хотя необходимые предложения Экспертного совета при Правительстве «Семейная политика и детство» подготовлены, а мигрантами восполнить как количество, так и качество убывающего населения не получится. Процесс старения населения, который в России начался на 50 лет позже, чем на Западе, стал пугалом для многих чиновников от власти, поскольку увеличивает нагрузку на бюджет и нагрузку на Пенсионный фонд, средств в котором катастрофически не хватает. Однако, как будет показано далее, даже в период стагнации экономики в стране деньги есть, только тратятся они не на людей. В недалеком будущем у нас 23% будет приходиться на лиц старше трудоспособного возраста, 61%- на лиц трудоспособного возраста и 16%- на лиц моложе трудоспособного возраста. Не должно успокаивать ежегодное число рождений (1.7-1.9 млн.) в последние годы, поскольку оно обусловлено переходом в детородный возраст многочисленного поколения (по 2.2-2.4 млн. ежегодно) родившихся в 1980-ые годы. Нередко чиновники, неверно интерпретируя вытекающие из динамики возрастной структуры населения данные о сокращении его естественной убыли, как успешный результат проводимой демографической политики, ошибочно рассчитывают на устойчивую позитивную тенденцию в росте рождаемости и снижении смертности. Именно поэтому никаких значительных и обоснованных действий в этом отношении не проводилось, хотя ученые неоднократно поднимали демографический вопрос. За прошедшие 19 лет (1991–2009 гг.) общее число избыточных (разница между гипотетическим и фактическим числом) смертей по сравнению с западноевропейской моделью составило 12,4 млн., с восточноевропейской — 11,4 млн., причем свыше 42% превышения пришлось на возраст 20–59 лет, в т.ч. у мужчин 40–69 лет это было обусловлено болезнями системы кровообращения, а в возрасте 25–59 лет — смертностью от внешних причин, у женщин — болезнями системы кровообращения в возрасте 55–69 лет.

Это говорит о том, что на перспективу приоритетным направлением можно считать увеличение ОПЖ в пожилых возрастах. Интересные данные о том, что одной из ведущих причин насилия является «демографический сбой». В книге немецкого профессора Г.Гейнзона «Сыновья и мировое господство» (2003) представлена гипотеза о том, что насилие и террор обусловлены соотношением мужчин в возрасте 40-44 года и мальчиков от 0 до 4 лет. Сбой происходит тогда, когда на 100 мужчин приходится свыше 80 мальчиков. В старых странах Европы и Японии это соотношение составляет 100/50, во многих мусульманских странах- 100/350-400. Если на юношей 15-29 лет приходится более 30% населения, то угроза взрыва насилия исключительно велика. Сейчас в мире насчитывается 67 стран с демографическим перевесом молодежи, и в 60 из них уже происходит либо массовый геноцид, либо гражданская война. Достаточно вспомнить хунвейбинов. Причинами являются идеология, религия, национализм, экстремизм, желание молодых людей иметь все сразу и много. Как считает автор книги, это представляет большую угрозу развитым государствам, куда проникает молодежь из других стран с воинствующими идеями. Но работать они не желают. Так, в Германии имеется 2 млн. вакансий, а на социальном обеспечении находятся 6 млн. иждивенцев. В Германии же 35% новорожденных не являются германцами и 90% тяжких преступлений совершаются не этническими немцами. Приведены и другие примеры. В России за последние 5 лет за счет миграции главным образом из бывших республик СССР численность населения выросла на 1.6 млн. чел. Все это еще раз говорит о необходимости проведения в стране обоснованной и адекватной демографической политики с учетом территориальных, национальных, религиозных, возрастно-половых и других различий и особенностей. Тем не менее, имеются данные о том, что больше всего неправомерных действий совершают не мигранты, а пользующиеся покровительством выходцы с Кавказа, которые живут за счет общероссийского бюджета, формирующегося из средств законопослушных налогоплательщиков. Эта проблема также существует, и она требует политических, правовых и социально-экономических решений.

Важнейшим **социально-экономическим вызовом** является недовольство населения качеством и доступностью бесплатной медицинской помощи (по данным специальных исследований — более 2/3 опрошенных), что связано как с недостаточным финансированием бесплатной медицинской помощи, так и с неспособностью большинства населения самостоятельно платить за эту помощь (50% населения проживает на ежемесячные доходы менее 15 тыс. руб.). Причем

эта ситуация, вследствие постоянного роста важнейших статей семейного бюджета: ЖКХ, продукты питания, транспорт, образование детей и др., только усугубляется. По данным ВОЗ, перенос даже части платежей на население значительно ограничивает доступность медицинской помощи с **последующим увеличением на нее затрат**. Более того, в РФ нарастает неравенство в доходах самых обеспеченных и самых малообеспеченных граждан, соотношение между этими 10% группами населения только по данным далеко не полной официальной статистики в 2011 г. составило более 16 (в 1999 г. — 13,5). По данным Global Wealth Report (2012) имущественное неравенство в России является практически самым высоким в мире, поскольку на 10% состоятельных граждан приходится почти 90% всего личного богатства страны. **Именно данная Стратегия может снизить имеющееся напряжение в обществе, обусловленное вопиющими различиями в доходах и возможностях.** По официальным и далеко не полным данным коэффициент Джини составляет 0.420, а децильное соотношение между богатыми и бедными превышает 16 раз (по данным академика Н.Шмелева- 60 раз), а, как известно, при соотношении 1 к 10 возникает угроза социального взрыва. Следует также учесть снижение бюджетных доходов РФ, вследствие вероятного падения цен на нефть, и возможное углубление мирового экономического кризиса. Нельзя забывать о том, что **здравоохранение является главной выравнивающей общественной системой, ибо перед болезнью или смертью все равны.** Всё это для сохранения стабильности в стране диктует необходимость увеличения доступности бесплатной медицинской помощи для населения, в том числе за счет таких дополнительных источников финансирования как перераспределение бюджетных статей, прекращение оттока денег из страны и затрат на амбициозные дорогостоящие проекты, не улучшающие условия жизни большинства граждан.

ЦЕЛИ СТРАТЕГИИ

Исходя из вышеизложенного, можно сформулировать главную цель Стратегии — улучшение здоровья населения и повышение его удовлетворенности охраной здоровья, качеством и доступностью медицинской помощи. Для этого необходимы переломные тенденции: от деструктивных процессов в здравоохранении к перспективно-созидательным, от недоверия граждан в отношении охраны их здоровья и качества оказываемой им медицинской помощи к восстановлению этого доверия. Это может быть представлено в виде следующих векторов, обозначающих перспективные направления развития и некоторые смещения акцентов (но не закрытия ряда направлений):

- ✓ от оказания медицинской помощи — к системе охраны здоровья;
- ✓ от отраслевой ответственности за охрану здоровья — к государственной;
- ✓ от акцента на лечении болезней — к социальной (первичной) и медицинской (вторичной) профилактике;
- ✓ от запущенных болезней — к раннему их выявлению и результативному лечению;
- ✓ от лечения болезней — к лечению больного;
- ✓ от стационарной и специализированной медицинской помощи — к амбулаторной и первичной медико-санитарной помощи;
- ✓ от массового медицинского образования — к более качественному, в сочетании с индивидуальной подготовкой;
- ✓ от эмпирической медицинской помощи — к научно обоснованной и доказанной;
- ✓ от обязательного медицинского страхования — к государственно-бюджетной системе;
- ✓ от коммерциализации государственных и муниципальных медицинских учреждений — к бесплатной для пациентов медицинской помощи в них;
- ✓ от неудовлетворенности пациентов — к их максимальной удовлетворенности.

Такого рода направленность перспективных усилий в разных сочетаниях присуща для здравоохранения развитых стран.

Ниже представлены индикаторы результатов, по которым можно судить о реализации Стратегии в количественном виде:

✓ Увеличение ожидаемой продолжительности жизни **с 70,3 до 74–75 лет** за счет снижения преждевременной и предотвратимой смертности.

✓ Увеличение длительности здоровой жизни (индекс DALY — добавленные годы качественной жизни).

✓ Значительное повышение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощью, фиксируемое по результатам специальных опросов.

✓ Снижение коэффициента младенческой смертности **до 6,0 случаев на 1 тыс. живорожденных** (показатель рассчитывается по новой методике, рекомендованной ВОЗ).

✓ Снижение смертности трудоспособного населения **на 20%**, что является реально достижимым и отмечалось в 1980-х гг.

✓ Увеличение государственных расходов на медицинскую помощь в 2 раза, **не менее 7% ВВП** (в США — 18%, в Германии — 11%, в Турции — 7%), т.е. не менее 1100 $ППС на душу населения в год, для чего имеются все возможности. Это не столько индикатор результатов, сколько условие, без которого их нельзя достичь.

Вообще, расходы в 1000 долл. являются рубежными между различными уровнями развития здравоохранения. Эксперты ВОЗ (2000) полагают, что если государство выделяет на здравоохранение в расчете на душу населения в год 1000 долл. и более, то граждане могут рассчитывать на 75% реализацию своих биологических возможностей. Как подчеркивает А.Г. Вишневский, и 6% и 7% ВВП в России с ее накопившимися проблемами в области охраны здоровья – крайне мало, поскольку трудно найти страну, в которой приоритеты охраны здоровья и борьбы за снижение смертности стояли бы так низко, а сам ВВП в расчете на душу населения в абсолютном выражении невысок, что само по себе на сегодня исключает возможность рывка, без которого не догнать далеко ушедшие вперед страны. Поэтому на охрану здоровья должны быть выделены дополнительные и немалые средства, но это нужно делать постепенно и с учетом приоритетов, т.е. в первую очередь улучшить систему охраны здоровья и создать условия для здорового образа жизни матерям и детям, а также производящей части трудоспособного населения.

Поскольку 70% граждан РФ нельзя отнести к состоятельным людям, то особое внимание в сфере государственной социальной политики должно быть обращено на них. Поэтому основные вложения должны быть не в развитие

предложения, а в повышение спроса, т.е. в людей, в их доходы, занятость, здоровье, образование, культуру и здравоохранение, что в последующем найдет отклик в развитии соответствующих предложений. Одновременно это будет способствовать созданию условий для ведения здорового образа жизни и снижению уровня стресса среди большей части населения. Еще Ю.В.Андропов считал, что власть абсолютно не знает страны, в которой живет, хотя ее представители росли и работали в «гуще народной» и много перемещаются по стране, с трудом представляя себе условия жизни простых людей.

К системе охраны здоровья все это имеет непосредственное отношение, в том числе:

- ✓ **Бедность и здоровье**. Между доходами и смертностью существует сильная корреляционная связь, например, с отравлениями алкоголем — 0,9, с убийствами — 0,87, с суицидами — 0,75. Например, исследование, опубликованное Росстатом, показало, что среди всех больных инфарктом миокарда 25% имели низкий доход, а среди умерших-47%. Официально бедным считается человек, уровень доходов которого не позволяет ему получить физиологически необходимый минимум жизненных благ, продуктов, услуг и обеспечить себе нормальное без излишеств качество жизни. Завершенное в 2013 г. крупномасштабное социологическое исследование показало доля бедных по доходам сократилась до 30%,, а доля бедных по лишениям (невозможность платить за обучение детей, за медицинскую помощь, улучшить жилищные условия, невозможность похода в театр и кино и т.д.) сократилась до 40%, причем, бедность по доходам молодеет, а по лишениям- стареет. Через три года жизни в ужасной бедности (а, по сути, в нищете) обратно возврата уже нет. Установлено, что бедность воспроизводит себя во 2-3 поколениях, именно поэтому борьбу с ней следует вести не только с позиции улучшения здоровья, но и с социальных, экономических, криминальных и других позиций. Средний возраст бедняка- 40.9 лет. Важно, что бедные не выступают за уравниловку, но 71% (и это еще мало) считает, что государство должно взять курс на сокращение чрезмерно избыточного неравенства, раскалывающего все общество. Чем ниже доход человека (или семьи), тем сильнее должна быть социальная поддержка. Это касается налогов и сборов, платежей, пособий и льгот. Росстат считает, что бедных у нас 13.5%, т.е. 19.1 млн. чел. (по последним официальным данным 15.6 млн. чел. или 11%) проживают ниже прожиточного минимума, который у нас является не уровнем бедности, а физического выживания, т.е., по оценкам

специалистов, уровнем нищеты (это ниже 6.5 тыс. руб. в месяц). Правда, это количество постепенно уменьшается. А вот на уровне бедности у нас находятся 70% граждан, 61% из которых- работающие. Характерно, что на фоне растущей доли среднего класса и снижающейся доле нищих, количество в процентном отношении бедных практически не меняется. Отсюда можно сделать не совсем верный вывод о росте благосостояния россиян, однако по этому показателю, по данным Global Wealth Report, Россия занимает только 48 место из 52 передовых стран, поскольку почти 70% населения не имеют никаких сбережений, что свидетельствует о недостаточно высоком уровне жизни большинства граждан страны. Кстати, минимальная оплата труда в России в 3 раза меньше, чем в Польше, в 7 раз меньше, чем в США, в 17 раз меньше, чем в Австралии, и только к 2018 г. Минтруд обещает довести ее хотя бы до прожиточного минимума. По данным Росстата 1% всех занятых (312 тыс. чел.) получают зарплату ниже МРОТ, а заработок еще 7% недотягивает до прожиточного минимума. Кстати, в западных странах одним из важнейших критериев бедности является структура расходов, и если у семьи треть и более расходов приходится на питание, то такая семья считается бедной. У нас же в стране на питание уходит почти половина всех расходов, поэтому минимальным доходом московской семьи, чтобы не попасть за черту бедности, можно считать 70 тыс. руб. Таким образом, богатые инфляцию могут даже не почувствовать, а для бедных она весьма болезненна. Недостойно для государства наличие людей с доходами ниже прожиточного минимума за пределами социальной группы бомжей и бродяг, т.к. согласно Конституции РФ (статья 20, п.1) каждый имеет право на жизнь, а не на угасание и прозябание в нищете. Расчеты показывают, что реальный прожиточный минимум должен быть около 20 тыс. руб. Пенсионеры, конечно, меньше потребляют пищи, но значительно больше лекарств. Пенсия должна минимально составлять 60% средней по стране зарплаты (рекомендации МОТ в 1952 г. — 40%). По данным ВЦИОМ, 67% (из них две трети живут на селе) опрошенных не имеют каких-либо сбережений. Чем многодетней семья, тем у нее больше шансов стать бедной. А в 2012 г. родилось 11% детей в многодетных семьях. Бедность является ведущим фактором патологической рождаемости, накопления с детства бремени болезней и инвалидизации. Именно у женщин, проживающих в бедности, с первых недель беременности закладываются основы для возникновения дефектов новорожденных, последующего распространения хронических дегенеративных болезней. В докладе «Бедность и неравенства в современной России:10 лет

спустя» (Институт социологии РАН и Фонд Фридриха Эберта) показано, что за последние 10 лет отношение в стране к бедным резко ухудшилось, при этом бедные отличаются от других групп населения не только по доходам, но и по поведению. И все это отражается, в первую очередь, на детях, их психологии, мотивации и здоровье. Не менее 10 территорий страны относятся исключительно бедным, а в Калмыкии, например, за чертой бедности проживают 36% жителей. По степени социально-экономического расслоения населения мы опережаем все развитые и многие развивающиеся государства, что характеризует внутреннюю социальную политику в стране. Считающиеся традиционно бедными Северо-Кавказские регионы на самом деле более обеспечены и обладают лучшими социальными условиями жизни, чем жители других регионов. На селе по сравнению с городами имеется больше источников средств к существованию, но они все незначительные, включая подсобное хозяйство, и потому в сельской местности бедность более распространена. Отдельно следует выделить проблему здоровья у бездомных, число которых, по оценкам, достигает 4.5 млн. человек. При этом можно выделить несколько аспектов. Во-первых, это желание властей ограничить права и свободы лиц, занимающихся бродяжничеством, хотя им необходима социальная адаптация, спецприемники, где они могли бы получить медицинскую и социальную помощь, пропитание и спасение от холодов, регулярно проходить медицинское обследование, а при желании найти временное место жительства и работу. Однако, они быстро привыкают к уличной жизни, отказываются вернуться к нормальной жизни и только 5% из них пытаются добровольно изменить свою жизнь в лучшую сторону. А, во-вторых, это имеющиеся сложности в получении ими необходимой медицинской помощи. Получили отказ в получении медицинской помощи 26% бездомных без документов, 13.5% с российскими паспортами, 21%- без полиса ОМС и 8%- с полисом. Это является недопустимым и подлежит наказаниям.

✓ **Окружающая среда и здоровье**. По данным Счетной палаты (2013) питьевое и хозяйственно бытовое обеспечение в стране на 87-90% осуществляется за счет поверхностных, наиболее подверженных антропогенному воздействию, водных ресурсов. В настоящее время только 22.7% населенных пунктов страны обеспечены доброкачественной водой. Мощностей очистительных сооружений не хватает для пропуска всех стоков. И на эту воду регулярно растут цены. А от качества питьевой воды напрямую зависит здоровье населения. Это одна из важнейших проблем системы охраны здоровья в стране, за которую

ответственность несет государство. Необходимо повысить качество питьевой воды и атмосферного воздуха, особенно в городской промышленной среде.

✓ **Жилищные условия и здоровье**. Что говорить обо всей стране, если в Подмосковье люди (с детьми и пожилыми) проживают в бараках, полностью непригодных для жилья. Конечно, это все отражается на их здоровье и удовлетворенности жизнью. Даже во время кризиса в 2012 г. в США было построено 635 млн. кв. м. жилья (в РФ- в 10 раз меньше) при том, что цена 1 кв. м. в США в среднем составляет 87% от средней стоимости в РФ. Отсюда следует, что в строительстве нужно наводить порядок (в виде госзадания) с тем, чтобы строились не столько элитные квартиры, сколько бюджетные. В Нидерландах принята программа строительства социальных квартир (в Скандинавских странах такая политика ведется давно), площадью не менее 80-90 кв. м. на человека (в том числе 2-х этажных) со всеми удобствами подземными гаражами, кладовыми, магазинами, в красивых домах. При этом архитекторы, строители и дизайнеры отмечали, что все это сделано для удобства людей, для более комфортного их проживания, а не для получения огромной прибыли или откатов. Несмотря на декларируемые успехи «Газпрома» полстраны отапливается дровами. Особенно обидно тем селянам, рядом с которыми проходят газопроводы. Вообще, глубинка живет своей жизнью, где имеют место разваливающиеся церкви, разрушенные дома, пьяные на улицах. Все это не способствует улучшению здоровья нации.

✓ Необходимо расширить возможности для получения и приобретения муниципального жилья в зависимости от доходов и числа членов семьи с тем, чтобы резко уменьшить число живущих в бараках, неприспособленных и разрушающихся зданиях. Нужны повсеместные газификация, электрофикация и обеспечение коммунальными сетями (холодное и горячее водоснабжение, отопление, канализация).

✓ **Питание и здоровье**. Несмотря на то, что за последние 100 лет произошли значительные сдвиги в развитии сельского хозяйства и производительность труда выросла в 1000 раз, в 1913 г. Россия кормила полмира, а в 2013 г. нас, в основном, кормит заграница. Несмотря на то, что Россия стала обеспечивать себя зерном, с 1990 г. производство молока в стране уменьшилось в 7.7 раза, мяса и мясопродуктов- в 4.2 раза и т.д. А по говядине, производство которой в 7.4 раза меньше, чем в Бразилии, зависимость от импорта из Бразилии составляет 78%. Понятно, что финансировать следует не условия производства и разные структуры типа «росагролизинга», а результаты, т.е. закупать произведенную

сельхозпродукцию, тем более, что наша страна субсидирует сельское хозяйство в 2 раза меньше, чем по условиям ВТО. В связи с уменьшением доходов люди перешли на дешевое и не всегда качественное питание, что безусловно нанесет ущерб их здоровью. По мнению ряда экспертов помимо недоедания, что характерно для примерно 12% населения, на большую часть населения (около 70%) распространяется так называемый структурный голод, поскольку рыбы и рыбопродуктов на душу населения в год потребляется на 61.5% от рекомендуемых медицинских норм. Аналогичная ситуация складывается и с другими продуктами питания: мясом, яйцами, овощами, фруктами и др., кроме мучных изделий. В связи с необоснованным и допущенным властями ростом цен потребление мяса и мясопродуктов составило на 68% ниже нормы, по молоку и молокопродуктам- на 61%, яйцам- на 88%, рыбы и рыбопродуктов- на 56%. А о фруктах и овощах и говорить не приходится. Существует выраженная диспропорция в потреблении продуктов питания у разных групп населения по доходам, данные о которой являются далеко не полными. Так, наиболее богатая (по официальной регистрации) децильная группа по сравнению с 10% бедных потребляет фруктов и ягод в 2.8 раз больше, мясных и рыбопродуктов в 2 раза больше, молока- в 1.9 раз больше. Впечатляет также неравномерность потребления по регионам. Так, в республиках Северного Кавказа (как это ни странно) потребление мяса составляет только 65.6% от низкого среднероссийского уровня, несколько лучше ситуация (72-75%) в Костромской, Владимирской и других областях Нечерноземья. 61.7% от среднего уровня составляет потребление молока и молочных продуктов в Дальневосточном регионе, 67-70% в Тульской, Тюменской и других областях. Потребление яиц от среднего уровня составляет около 50% во многих территориях Восточной Сибири, Дальнего Востока, Северного Кавказа. Есть и территории, где душевой доход не достигает и 50% от низкого среднероссийского уровня. То есть люди не доедают даже до крайне низкой потребительской корзины и возмещают это недоедание дешевыми крупами и мучными изделиями, что влияет на процесс вырождения большой части граждан страны. Потребление многих жизненно важных продуктов питания для большей части населения еще не достигло уровня последних советских лет, хотя и в СССР было немало недоедающих. Правда, до 1974 г. в колбасе было только мясо, специи, яйца и молоко, затем появились перемолотые кости и сухожилия, измельченная свиная шкура, вместо натурального молока- сухое, затем стали добавлять наполнители из крахмала и

сои, вместо яиц- яичный порошок, а затем вместо него- фосфаты. Обработка копченых колбас вместо использования натурального жидкого дыма стала проводиться с применением различных красителей, наполнителей, ароматизаторов и стабилизаторов. В нынешний связанный с кризисом период меняется не только качество, но и структура питания, в которой стали преобладать продукты, не восполняющие потребности организма в необходимых ингредиентах и приводящие к нездоровому ожирению. Мало того, что россияне не всегда потребляют качественные и полноценные продукты питания, в которые что только сейчас не добавляется, так с 15 февраля 2010 г. Правительство РФ вообще отменило обязательную сертификацию не только косметических товаров, но и продуктов питания, что фактически означает бесконтрольность их производства. У нас и так было много фальсифицированных продуктов питания (до 40%, особенно, сливочное и растительное масла, сгущенка, чай, кофе, минеральная вода, тушенка, творог, сырки, мед, кондитерские изделия), а в связи с уведомительной системой вместо сертификата стало еще больше. Самое простое дело- переупаковка и изменение маркировки, т.е. освежение товара, что осуществляется для следующего торгового дня. При исследовании 64% сливочного масла оказалось, что оно пальмовое (т.е. не животного, а растительного происхождения). Пальмовое масло обычно используется в производстве мыла, свечей и технических смазок. А получаем мы пальмовое масло из Малайзии взамен на поставленные туда оборонпромом боевые истребители. В развитых странах это масло не используется в пищевых целях и потому это всё можно назвать государственным бизнесом по-российски. Нередко в "свежем" сливочном масле обнаруживалась кишечная палочка, в 30% случаях сметана оказалась не сметаной, в 60% проб творога не было молочных компонентов вообще. Вместо сливок нередко продают их заменители, в состав которых согласно ТУ входят: глюкоза, растительный жир, эмульгаторы Е471, Е472, казеинат натрия, молочный белок, стабилизаторы Е340, Е331, Е452, разрыхлитель Е551, ароматизатор, идентичный натуральному, краситель Е160а. В твороге, масле, маргарине, конфетах, плавленых и обычных сырах, пирожных, вафлях, мороженом, тортах, чипсах в 70-75% случаев обнаруживаются трансжиры (хотя на этикетке наличие гидрогенизированного жира не обозначено), заменяющих дорогой и полезный молочный жир и приводящих, по данным ВОЗ, к росту заболеваемости раком (риск рака груди возрастает на 40%) и сердечно-сосудистыми болезнями. Фактически трасжиры имеются почти во всех продуктах

и полуфабрикатах, производимых промышленным способом, несмотря на то, что еще в 1990-х годах было доказано их вредное и опасное для здоровья влияние. Трасизомеры для человеческого организма-вещества инородные, они не выводятся и нарушают обменные процессы. В последнее время установлено, что конечные продукты гликирования-КПГ (пищевые гликотоксины) представляют опасность для здоровья и лежат в основе главных осложнений диабета-повреждение сосудов, глаз, почек и нервов. Они же ускоряют процесс старения. В продуктах они вызывают побурение- вареная сгущенка, топленое молоко, корочка на хлебе и сдобах, на мясе, птице при жарке, в некоторых конфетах, пиве, ликере и т.д. В колбасе практически нет мяса, а в очень дорогих колбасах мясо содержится, хотя и в минимальных количествах, но зато в избытке- разные фосфаты пищевые, усилители вкуса и аромата, антиокислители, фиксаторы окраски, краситель "пунсо" пунцовый, нитриты натрия и калия, животный белок, поступающий в Россию в виде порошка из отходов (кожи, соединительной ткани, рогов, копыт и других отходов и т.д.), где его разводят водой до коллоидной массы и добавляют в продукты. Нужно сказать, что в советском ГОСТе на колбасы, сосиски и сардельки от 1979 г. даже глутомат был запрещен, а в 2003 г. его разрешили применять. А глутамат свидетельствует не только об искусственном вкусе продукта, но и заставляет задуматься, из каких компонентов сделана колбаса. Кстати сказать, докторская колбаса была придумана в 1930-ые годы как полезный продукт для старых большевиков, подорвавших свое здоровье в ссылках и тюрьмах. Сегодня от той рецептуры осталось только название. Достаточно часто в магазинах продают тухлое мясо, а тухлую колбасу или сосиски отмывают от слизи в жидкости для мытья посуды, затем смазывают растительным маслом. Кстати, для того, чтобы мясо имело вид парного и продавалось по более высокой цене, используют углекислый газ и марганцовку. Завонявшуюся рыбу споласкивают марганцовкой, жабры подкрашивают акварельной краской и замораживают в камень. В бочках с солеными огурцами нередко тонут мыши, они же или их фекалии попадают в крупы и рис, которые затем фасуются в плотные полиэтиленовые мешочки. Если шоколадные конфеты изъедены червями, то черви выковыриваются, а отверстия залепляют, подтаивая конфеты на свечах. Нередко из просроченных яиц, морепродуктов и др. готовят на продажу разнообразные салаты в пластиковых упаковках. Плавленый сыр производится из испорченных твердых сыров, сырных отходов, пальмового масла, красителей, ароматизаторов, стабилизаторов и всевозможных Е. Вообще

молочные продукты подделывают чуть реже, чем водку. В сгущенке и сырках содержатся синтетические красители Е-102 и Е-110, которые запрещены во многих странах. Так, Е-102 может вызвать снижение иммуноглобулинов в крови, слабость, приступы астмы, Е-110-сульфированная версия опасного красителя-канцерогена Судан 1 может вызвать сыпь, болезни почек и кишечника, хромосомные нарушения. Даже службы Роспотребнадзора убеждены, что на прилавках российских магазинов трудно найти нормальное молоко. Молоко как таковое осталось только в названии- под его видом 50% производителей создают настоящий химический продукт из растительных жиров, усилителей вкуса и красителей. О коровах в Финляндии, Голландии и в других странах известно буквально всё- их здоровье, настроение, особенности питания, удои, жирность и т.д. Так называемое "молоко", поступающее в продажу, не скисает, а тухнет, простокваша и кефир из него не получается даже при добавлении закваски. А тухнет оно из-за больших доз фосфатов, нитратов, ингибиторов- аммиака, перекиси, соды, мочевины. Поэтому белок, который там присутствует, протухает, а имеющиеся (или добавленные) липиды разрушаются, образуя канцерогены. Понятно, что все изложенное распространено не повсеместно, но такого рода случаев уже накопилось немало по стране. В сертификацию ранее входил не только контроль за соблюдением технологий и за составом ингредиентов, но и контроль качества, и инфекционный контроль. Дополнительный вред приносит широко применяемая в производстве продуктов питания разрешенная только в России и в некоторых отсталых странах трансгенная соя, которая, как показали исследования в США и Великобритании, вызывает отставание в росте и развитии, резко снижает репродуктивную функцию и влияет на развитие онкологической и сердечно-сосудистой патологии. Сливочное масло, в котором нет молочного компонента, разваливается на куски, это даже не маргарин. Однако по ТУ этот продукт соответствует требованиям по кислотности, влажности, наличию белка. В сладких сырках нет ни творога, ни шоколада, а они содержат лауриновую кислоту, эмульгаторы, ароматизаторы, да и их начинка- не натуральные продукты, а сплошная химия. В твороге также нет молочных компонентов, а его исследование на жирность показывает наличие жира какого-то сиреневого цвета. В связи с изложенным необходимо в срочном порядке восстановить систему сертификации продуктов питания и более жестко контролировать их производство, качество и набор ингредиентов. Вместо послабляющих технических условий и технических регламентов следует ввести обязательные

стандарты на импортируемую продукцию и на производство продуктов питания внутри страны, усилить санитарно-противоэпидемический контроль, закрывать по примеру других стран фирмы и магазины, поставляющие вредную (в т.ч. просроченную) для здоровья пищевую продукцию. Необходимо не пищевому бизнесу содействовать, а заботиться о здоровье людей. Нужно способствовать развитию отечественного агропромышленного комплекса. Целесообразно расширить сеть общественного питания по доступным ценам, включая питание для детей, максимально приблизить (в пешеходной доступности) сеть продовольственных магазинов с товарами повседневного спроса, а в отдаленных малонаселенных районах организовать выездные магазины и продуктовые лавки. Представленные АиФ результаты Интернет-опроса показывают, что люди в своем большинстве понятия не имеют, что означает «правильное питание». Отсюда следует, что крайне необходимо проведение соответствующей разъяснительной работы (в листовках, брошюрах, лекциях и беседах, средствах массовой информации и т.д.). Кроме того, проблема нередко состоит даже не в качестве, полноценности и структуре питания, а в элементарном отсутствии средств на приобретение пищевых продуктов, особенно в многодетных семьях с низким уровнем дохода. Особенно следует выделить проблему питания детей, поскольку помимо микроэлементной недостаточности и низкой калорийности питания у них в 30% случаев отмечается дефицит массы тела и задержка развития.

- ✓ **Занятия и здоровье**. Здесь можно выделить два аспекта: производственную занятость и занятость по интересам. Для решения проблем производственной занятости требуется создание новых рабочих мест (особенно в моногородах) и придание населению большей мобильности (привязка не к месту жительства, а к месту работы). Занятость по интересам относится в первую очередь к детям и подросткам, способствуя их отвлечению от пагубных привычек и антисоциального поведения, а также развитию патриотизма. Для этого необходимо повсеместно (при Домах молодежи, ДЭЗах, школах им т.д.) создавать бесплатные (или за минимальную плату) разнообразные кружки и секции (музыкально-танцевальные, спортивные, модельные, книголюбов, любителей животных и др.). Эти вложения являются потенциально окупаемыми в государственном масштабе. Однако, нередко вместо этого муниципальные власти закрывают сохранившиеся, успешно и бесплатно работающие детские секции, изгоняя оттуда детей и передавая помещения коммерческим структурам.

✓ **Условия труда и здоровье**. Необходимо стремиться к созданию безопасных и комфортабельных условий труда, обратив особое внимание на его охрану и технику безопасности, развивая производственную медицину. Эта проблема представлена в Стратегии далее как приоритетная.

✓ **Отдых и здоровье**. Необходимо восстановить сеть домов отдыха, санаториев, профилакториев со льготными путевками, использовать их не только для отдыха, но и для восстановления здоровья и трудоспособности. Особое внимание должно быть уделено оздоровительному отдыху детей.

✓ **Образование и здоровье**. Многочисленные исследования показывают, что чем выше уровень образования, тем лучше здоровье и меньше потребность в медицинской помощи.

✓ **Культура и здоровье**. Здесь связь является опосредованной, поскольку культурные мероприятия способствуют переключению, снижению уровня стресса, более «культурному» поведению и отношению к своему здоровью.

✓ **Вредные привычки и здоровье**. Известно, что все вредные привычки (табак, алкоголь, наркотики) в сочетании со стрессом наносят непоправимый вред здоровью и потому борьба с ними должна вестись всеми адекватными мерами (запретительными, ограничительными, заместительными, поощрительными, разъясняющими, воспитательными и т.п.).

✓ **Здравоохранение и здоровье**. Здесь связь прямая, но не тесная и не полная, поскольку традиционная система здравоохранения не столько сохраняет и укрепляет здоровье, сколько ориентирована на возможное восстановление здоровья в случае его утраты в связи с болезнями, травмами и несчастными случаями.

По всем этим направлениям дифференциация регионов зашла настолько далеко, что многие исследователи стали говорить о расслоении страны на несколько «параллельных миров», в частности все регионы объединяют в 4 класса.

В развитых странах отмечается четко выраженная тенденция заботиться не о болезнях, а о здоровье (from sick care to health care), что полностью соответствует стратегии, ориентированной на приоритет охраны здоровья, Care вместо Cure, т.е. забота вместо лечения. Все это имеет отношение к государственной политике в сфере охраны здоровья, эти проблемы должны широко исследоваться и результаты этих исследований должны иметь непосредственный выход в практику. В США президенты из республиканской партии, представляющей интересы крупного капитала, проводили такую политику, когда федеральное

правительство должно нести минимальные издержки при решении задач социального обеспечения, которые должны быть заботой местных властей и самих трудящихся. Основу этой политики заложил еще А. Линкольн, утверждавший, что «государство должно делать только то, что сами граждане не могут сделать наилучшим образом». Это напоминает очень многое. В отличие от такого подхода, многие президенты США от демократов (от Ф. Рузвельта до Б. Обамы), представляя интересы бедных и наиболее массовых средних слоев населения, занимались так называемым «ползучим социализмом» и потому они допускали дефицитный бюджет. В то же время республиканцы представляли себе благополучие страны только в виде сбалансированного бюджета.

Особо следует выделить проблему «Генетика и здоровье». Например, известно, что у некоторых народностей ослаблено продуцирование фермента алкогольдегидрогеназы и потому они склонны к алкоголизации, у других ослаблено выделение ацетальдегиддегидрогеназы и потому они склонны к циррозу и раку печени, а также к самоубийствам. Многолетние исследования в Рэнд Корпорэйшн (США) под руководством З.Добжански показали, что умственные способности передаются на Х-хромосоме (а это значит, что они передаются только по женской, наиболее защищенной линии), причем эти способности у мужчин и женщин отличаются вследствие их разной роли в популяционно-биологическом развитии. Указанная проблема в целом не проста, предстоит еще провести немало исследований, но, если бы удалось установить достоверную связь между популяционно-генетической структурой и здоровьем, то это бы способствовало проведению целенаправленной профилактики и в определенной степени прогностическим трендам.

Ранее научная дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение» называлась более правильно — «социальная гигиена и организация здравоохранения», поскольку изучала социальную обусловленность здоровья и болезней (а гигиена- это наука о здоровье) с соответствующими решениями в сфере организации здравоохранения (в широком его понимании). В то время здравоохранение еще не было, по сути, сведено только к медицинской помощи и к пропаганде здорового образа жизни, а являлось синонимом охраны здоровья, что было взято из Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г., в которых была особо подчеркнута ответственность государства (а не отрасли) за охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ.

Вопросы межсекторального сотрудничества при охране здоровья, политики в этой сфере, социальных детерминантов здоровья, инвестиций в охрану здоровья, ПМСП и реализации Оттавской хартии об укреплении здоровья рассмотрены на глобальной конференции по укреплению здоровья в Хельсинки (10-14 июня 2013).

ПРИОРИТЕТЫ СТРАТЕГИИ

Поскольку всё одновременно развивать нельзя, то на каждый период времени должны быть выделены приоритеты, которые требуют первоочередного внимания и которые должны дать наиболее ощутимые результаты в улучшении здоровья населения. Однако, это не означает, что развитие приоритетов будет осуществляться за счет свертывания остальных направлений и программ или за счет сокращения расходов на другие группы населения. Ни в коей мере! После завершения обозначенного срока действия Стратегии могут возникнуть совсем иные приоритеты. Если говорить о группах населения, то это могут быть пожилые, инвалиды и др., а если о заболеваниях и причинах смерти - то о тех, по которым общество несет наибольшие потери.

В США с 1980 г. выполнялись десятилетние программы «Укрепление здоровья. Профилактика болезней. Цели нации» — Health Promotion, Diseases Prevention. Objectives for the Nation (1980–1990) и «Здоровые люди» — Healthy People (1990–2000) с последующим продолжением до 2010 и 2020 гг. Сама конструкция первой программы была выдержана в лучших системных и программно-целевых традициях, не утративших своего значения вплоть до сегодняшнего дня. Стратегическую основу программы составляло дерево целей, состоящее из 226 крупных целей шести уровней. По каждой конкретной и количественно измеряемой цели (на сколько или во сколько раз должна измениться ситуация в результате реализации программы) были определены соответствующие критерии, позволяющие на каждом этапе оценить степень достижения цели. Затем, что исключительно важно, по каждой цели было определено, что по ней уже известно, и что неизвестно. Неизвестное формулировалось в виде задания медицинской науке — конкретным учреждениям с конкретным финансированием на проведение соответствующих исследований с конкретным сроками без каких-либо тендеров, поскольку средства были определены заранее и выбирались для этого лучшие научные коллективы и специалисты, каждый в своей области. Под то, что было уже известно по каждой цели, намечались конкретные практические мероприятия, этапы и сроки исполнения, конкретные исполнители и ответственные с конкретным финансированием. Таким образом, эта программа носила как научный, так и сугубо практический характер, а цели были увязаны между собой, точно так же, как и мероприятия. Во второй программе уже не было

концептуальных основ, но были выделены главные приоритетные направления (их 22), на которых, собственно, и строилась вся программа и которые подлежали своему первоочередному решению. Приоритеты определялись исходя из эпидемиологических и медико-социологических исследований проблем здоровья. Чрезвычайно важно то, что национальная стратегия в США, как и в других развитых странах, четко **ориентирована на улучшение здоровья людей, а не на развитие здравоохранения и улучшение работы медицинских учреждений или их материального и финансового положения (как у нас),** что скорее относится к тактическим задачам ведомственного характера, а не к стратегическим целям и приоритетам государства.

Европейские страны такого значительного количества приоритетов в силу финансовых обстоятельств себе позволить не могут, и в Великобритании, например, на период до 2010 г. реализовывалась программа улучшения здоровья, утвержденная правительством в 1998 г., которая включала в себя всего четыре приоритетных и очень важных для страны направления, обоснованию выбора которых можно и нужно поучиться. О необходимости установления приоритетов с централизацией ряда функций и повышением ответственности государства за здравоохранение говорится в последней книге (2013) Elke Jakubowski and Richard B.Saltman «Изменение роли правительств в управлении здравоохранением (по результатам исследований в 11 странах Европы и Австралии)».

Подробное раскрытие выделенных приоритетов с механизмами и мероприятиями их реализации должно быть представлено в Национальной программе охраны здоровья в России, которую предстоит разработать после рассмотрения Стратегии.

По группам населения:

✓ **Здоровье детей и женщин детородного возраста** (женщин до зачатия ребенка и беременности, во время беременности, новорожденных в первый год жизни, детей в младших и старших возрастах, в подростковом периоде), включая соответствующие условия жизни. Здесь, как и в следующем приоритете, концентрируются мероприятия системы охраны здоровья и традиционного здравоохранения. Многие болезни формируются с детства и потому особое внимание должно быть уделено охране здоровья детей, начиная с раннего детства, организованных детей, а также медико-социальной поддержке детей из неблагополучных семей и подростков. Должны быть также проработаны схемы оздоровления длительно и часто болеющих детей, для чего имеется немало

научных наработок. В 1980-е годы в России ежегодно рождались 2,3 млн. детей, поскольку в детородный возраст перешли родившиеся в начале 1950-х годов на «волне» послевоенной компенсаторной волны рождаемости. Сейчас это поколение ежегодно дает 1,6–1,9 млн. детей. Но в 1990-е годы в среднем за год рождалось 1,4 млн. детей, которые после 2017 г. будут воспроизводить всего 800–900 тыс. детей, что, наряду с повышением смертности к тому периоду (станет больше пожилых), может привести к демографическому «обвалу». Рост числа рождений и коэффициента суммарной рождаемости начался за 7 лет до введения «материнского капитала», который не изменил проявившиеся тенденции, а в возрасте до 25 лет рождаемость после введения «материнского капитала» даже снизилась. Если совсем недавно основной вклад в рождаемость вносили женщины в возрасте 20–24 лет, то теперь- в возрасте 25–29 лет. Сейчас суммарный коэффициент рождаемости составляет только 1,6-1,7 на каждую женщину, а для простого естественного прироста должно быть почти 2,2.

Не менее важна охрана репродуктивного здоровья и предупреждение возможных последствий для новорожденных. На здоровье новорожденных, их массу тела и жизнеспособность влияют интервалы между беременностями, железодефицитные анемии у беременных, употребление беременными алкоголя, табака и наркотических веществ, особенности грудного вскармливания и ухода и т.д. Акселерация прекратилась, дети стали ниже ростом, менее жизнеспособными, половое созревание у девушек наступает в 12 лет и т.д. На долю здоровых новорожденных по официальным данным приходится только треть родившихся живыми, а по результатам исследований- в 2 раза меньше. По последним данным в 2012 г. в Казани 98.6% детей родились с какими-либо отклонениями и одновременно с этим нарастает проблема абортов. Исследования показывают, что трудное детство увеличивает риск преждевременной смертности на 80%. Многие дети уже имеют заболевания, ограничивающие их репродуктивную функцию. Это означает, что в первую очередь следует решить проблему нездоровых новорожденных, обратив особое внимание на бедность, маргинализацию родителей, совершенствование наблюдения за беременными и их здоровьем, оздоровление детей и подростков, т.е. на систему охраны их здоровья. Кстати, у женщин гораздо быстрее наступает привыкание к алкоголю, курению, наркотикам, а женский алкоголизм поначалу является скрытным, протекает гораздо сложнее, чем у мужчин. По данным Института гуманитарного развития, сейчас каждая вторая российская семья с двумя и более детьми находится у черты

бедности. В маргинальных (бомжующих и спившихся) семьях, которые дают наибольшее число рождений в погоне за «материнским капиталом» и другими пособиями, нужно регулярно проверять их соматическое и репродуктивное здоровье. Именно из этих семей затем, в основном, формируются больные и отказные дети, ими пополняются детские дома, приюты, уличная беспризорность и преступность, возрастает частота девиантного поведения. По имеющимся официальным данным в стране насчитывается 2-3 млн. беспризорников, но на самом деле их гораздо больше. Если для малолетних сирот еще созданы кое-какие условия (есть, где жить, что кушать и что одеть), то выпускники детдомов абсолютно не приспособлены к самостоятельной жизни без жилья, денег и поддержки. Они скитаются по стране, живут на вокзалах и теплотрассах, спившиеся, одичавшие и нередко больные. Из них вырастают попрошайки, бомжи, преступники. И таких немало. Вот ими и нужно заниматься, пристраивать их, находить им возможность учиться или работать, оказывать им не на бумаге, а на деле необходимую социальную и экономическую поддержку. Правда, в Москве поставлена задача совсем отказаться от детских домов и передавать сирот в семьи на усыновление или под опеку. Это будет сделать непросто, поскольку на пособие на ребенка- инвалида содержать его в семье невозможно. Видимо, в качестве примера использован опыт нескольких стран, например, Франции, где нет детских садов и дети идут с 3-х лет в школу, но суть остается той же и с малыми детьми ведутся разнообразные тематические занятия. Там в школах с 13 лет учат английский и испанский языки, а за 3 года до окончания школы (колледжа) можно выбрать себе профессию (пекарь, слесарь и т.д.), по которой будет вестись подготовка, если не будет желания учиться дальше в университете. При школе действуют различные бесплатные кружки. Это все, кстати, было и у нас ранее. В Японии детские дошкольные учреждения могут быть платными и бесплатными. Дети организованные, дисциплинированные, без истерик и крика, велика роль семьи. Образовательная программа насыщенная. После грудного вскармливания дети переводятся на взрослое питание, пищу не измельчают и не протирают. Дети закаленные и всегда легко одеты. Акцент в воспитании делается на коллективизме, на успехи команды, а в США в дошкольных учреждениях- индивидуализме. В Австралии детские сады частные, но их посещают не каждый день, хотя с детьми много занимаются. Для полноценного воспитания и последующего образования детей можно и нужно использовать позитивный отечественный и зарубежный опыт. Наибольшее число

многодетных семей отмечается в национальных образованиях (там и смертность ниже), а наименьшее — в Центральной и Северо-Западной России, что еще раз подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к проблемам рождаемости и здоровья детей. В Москве проживают более 80 тыс. многодетных семей, из которых почти 83% имеют 3-х детей, 12%- четырех, 3.4%- пятерых детей. Почти 10% многодетных семей стоят в очереди на улучшение жилищных условий. Результаты выборочного обследования репродуктивного здоровья российских женщин показывают крайне низкую обращаемость женщин к врачам за советами по контрацепции, высокую долю не предохраняющихся женщин в возрасте 15-24 лет во время первого полового акта, который в половине случаев был «спонтанным», а основной причиной абортов было тяжелое экономическое положение семьи. Если первая беременность заканчивается абортом, то очень высока вероятность наступления вторичного бесплодия. По официальным данным до 63% родов протекают с осложнениями разной степени тяжести и министр это связывает с повышением возраста первородящих женщин. У 40% беременных, а в национальных образованиях- до 75%, встречается предотвратимая железодефицитная анемия (особенно при частых беременностях, многоплодии, гестозах, миомах, аденомиозах, обильных и болезненных менструациях до беременности и т.п.), что значительно (в 1.5 раза) повышает частоту токсикозов, до 40% увеличивает частоту преждевременных родов, до 30%- несвоевременный отход околоплодных вод, до 15%- слабость родовых сил, до 10%- повышение кровопотери в родах, до 12%- послеродовые септические осложнения, до 39%- недостаточную лактацию. Все это влияет на развитие у плода в антенатальном состоянии кислородного голодания со всеми последствиями для физического и психического состояния новорожденного и возникновение после рождения анемии. Именно поэтому во втором и третьем триместрах беременности рекомендуется принимать препараты железа, которые в том числе содержатся в ряде продуктов питания. Дефицит йода во время беременности ведет к повреждению мозга у плода и является главной причиной умственной отсталости. Такие дети потом оказываются в группе отстающих. Исследования показали, что даже в Великобритании уровень йода был ниже рекомендованного ВОЗ у 67% беременных. Как известно, материнское молоко помимо всего прочего является стимулятором развития головного мозга и кормление грудью до года повышает интеллектуальный потенциал ребенка на треть. Поэтому не случайно в ряде относительно бедных районов

Великобритании (в частности, в графствах Йоркшир и Дербишир) реализуется проект Шеффилдского университета, направленный на экономическое стимулирование кормления младенца грудью до 1 года, поскольку сейчас на долю таких матерей приходится всего 35%. По данным Детского фонда ООН ЮНИСЕФ грудное вскармливание также защищает новорожденных от кишечных заболеваний, респираторных и ушных инфекций. Это все нужно использовать и в России.

Число неполных семей в последние годы выросло на 30%, половина всех абортов приходится на средний возраст женщины, вступающей в брак (25-26 лет) и рожающей (26-27 лет). Число родов и абортов почти сравнялось, а частота осложнений после абортов колеблется от 16 до 60%, в т.ч. может наступить вторичное бесплодие.

Для беременных и матерей с детьми может быть предложена система медико-социальной поддержки по примеру Франции и Швеции. Речь идет о систематической работе по созданию матерям с детьми нормальных условий жизни. Сюда относятся: 100% доступность детских дошкольных учреждений на бесплатной основе, развитая система ухода за детьми до 3-х лет, дошкольное образование для детей до 6 лет, предоставление сиделок с тем, чтобы мама могла работать или посещать бесплатные курсы переквалификации и повышения квалификации через центры занятости, финансовая помощь семьям (180 евро в месяц) если за детьми присматривают родственники, предоставление льготных кредитов на жилье и другие крупные приобретения, снижение налогов на одну семью до 1400 евро в год, бесплатное образование для детей из семей с небольшим и средним доходом с бесплатным выделением материалов для учебы детей до 18 лет, бесплатный для матерей с детьми проезд на транспорте, оплачиваемый отпуск для отца, высокий уровень разовых и ежемесячных пособий (их 7 видов) на детей, особенно на вторых и последующих детей при более внимательном отношении к маргинальным семьям, пособия на оплату жилья (это все из Национальной кассы семейных пособий), финансовая поддержка при переезде, ремонте квартиры и т.д., бесплатное 20-разовое посещение тренажерных залов для восстановления мышц малого таза после родов и многое другое. И эта государственная политика системной поддержки семей с детьми, которая ведется Высшим советом по делам семьи на протяжении 60 лет со времен Шарля де Голля и которая ориентирована на предоставление женщинам возможности совмещать работу с воспитанием детей (т.е. трудовых и

родительских функций), привела к тому, что суммарный коэффициент рождаемости составил 2,1, что чуть меньше уровня простого воспроизводства населения. Конечно, проще откупиться материнским капиталом (409 тыс. руб.) и другими денежными выплатами, чем систематически создавать условия для роста детности. Сейчас у нас пособие по беременности и родам составляет для работающих женщин 100% от заработка (но не более 40.6 тыс. руб. в месяц) в течение 140 дней (70 до родов и 70 после нормальных родов), если роды осложнены, добавляется 16 дней, а в случае рождения 2-х и более детей- 40 дней. Безработным эти выплаты не положены. Единовременное пособие при рождении ребенка составляет 13 тыс. руб., но его не хватает даже на элементарные принадлежности для новорожденного. Ежемесячное пособие до 1.5 лет составляет 40% от заработка, но не более 16.2 тыс. в месяц, а вот от 1.5 до 18 лет это пособие составляет всего 450 руб. в месяц. Как при этом растить, воспитывать, образовывать и развивать детей? Пособие на 3-го ребенка составляет 6.5 тыс. руб. до 3-х лет и предназначено для семей с доходом ниже прожиточного минимума. Орден «Родительская слава» и прилагающиеся 5500 руб. в месяц могут получить только неработающие родители. Имеются еще разовые пособия на детей-инвалидов, минимальные ежемесячные пособия (1000 руб.) на детей из многодетных семей, далеко неполное обеспечение местами в детских садах при закрытии ясельных групп, в редких случаях выделение малопригодных земельных участков. Всего этого крайне недостаточно для создания полноценных семей и улучшения медико-демографической ситуации в стране.

По официальным данным первая группа здоровья (практически здоровые) отмечается только у 20% детей, однако по экспертным данным абсолютно здоровые дети составляют 2.5-3%. Надо сказать, что во многих случаях (до 90%) выявленные аномалии в здоровье поддаются корректировке, только этим по-настоящему никто не занимается.

Как верно заметил в свое время Президент Финляндии У.К. Кекконен, благополучие страны определяется не уровнем дохода, а числом детских колясок. В России более 1.6 млн. детей стоят в очереди за местом в детском саду, правда, многие из них уже переросли детсадовский возраст и очередь уменьшилась (по официальным данным) до 550 тыс. детей. Если еще протянуть время, то эта очередь может также уменьшиться. В стране насчитывается 49,3 тыс. дошкольных учреждений, из которых 48,4 тыс. являются муниципальными или ведомственными. Посещают их только 5,7 млн. детей, а

всего в стране в возрасте до 7 лет 12 млн. детей. Расчеты показывают, что для удовлетворения имевшейся потребности нужно было создать еще 18 300 детских садов, а это означает, что дети, даже став взрослыми, не дождутся своей очереди. Для удовлетворения потребности в детских садах требуется сумма в 1 трлн. руб., а на ближайшие три года будет выделено в 3.6 раза меньше. Власти к 2015 г. обещают 590 тыс. новых мест в детских садах, хотя потребность в них значительно выше, особенно за счет тех детей, которым сейчас еще не исполнилось 3 года. Только в Московской области в очереди за местом в детском саду стоят 47 тыс. детей и очередь с каждым годом нарастает. Видимо не все дождутся этих мест, ибо срываются сроки ввода в строй свыше 35% детских садов, предусмотренных губернаторской программой. Кроме того, при строительстве детских садов процветают хищения, что значительно удорожает их стоимость. Так, в Солнечногорске при строительстве детсада на 140 мест недосчитались 22 млн. руб. В стране только 10-15% детских домов находятся в нормальном состоянии, остальные влачат жалкое существование. Существовавшие ранее детские дошкольные учреждения продали, в них размещаются магазины, парикмахерские и другие организации. И теперь возникает задача, как их выкупить обратно и вернуть детям. А что делать с детьми летом, во время школьных каникул? Летние лагеря стали малочисленными, недоступными по цене (от 25-30 тыс. руб. в месяц до 4 тыс. руб. в день на ребенка), не занимаются их оздоровлением. Во многие из них нужно записываться задолго до каникул. Именно поэтому большинство детей, чего раньше не было, проводят каникулы дома, а воспитывает их улица. Однако непонятно почему, но чиновники занимаются (очень плохо) детьми только от 3-х лет при крайне низких пособиях. А что делать с детьми ясельного возраста? На выделенные матерям пособия не прожить. А ведь речь идет не только о выживании, но и дошкольном образовании и воспитании; детям необходимы социализация, навыки общения, подготовка к школе. Именно поэтому следует в первую очередь вкладывать деньги в детей, а акцент должен быть на семье. Осознавая это, в стране начинает формироваться активное общественное родительское движение. К сожалению, весь общественный транспорт в нашей стране в отличие от ряда развитых государств развивался так, что ущемлялись права инвалидов-колясочников и мам с колясками (видимо, считалось, что инвалиды должны сидеть дома, а мамы с детьми гулять вблизи дома) и создавались затруднения для ходячих инвалидов, пожилых и пассажиров с

багажом. Поэтому необходимо предусмотреть на перспективу создание специального общественного транспорта (наклоняющегося или с выдвижными панелями), шахты-лифты в метро, а на ступенчатых переходах сделать эскалаторы с реверсным движением и проложить рельсики. Эти и многие другие вопросы по данному приоритету должны быть представлены для решения в рамках специальной Национальной программы. На культуру в стране тратится всего 0.43% от бюджета, а потом мы удивляемся, откуда появляются некультурные и малограмотные дети, даже среди «успешно» сдавших ЕГЭ. Детей обманывать нельзя, даже если возникают чрезвычайные ситуации. Так, Правительство РФ распорядилось направить детей из пострадавших от мощного наводнения районов в лагеря, и это правильно, но детей из других районов, имевших на руках путевки в эти же лагеря, пришлось заворачивать обратно. А вот это уже неправильно, и вопрос можно было бы при желании решить без ущерба для детей.

Необходимо восстановить школьную медицину и школьную гигиену и осуществлять контроль за достаточностью и качеством питания школьников и условиями их учебы. Важно также восстановить систему воспитания детей, ведь в пионерских лагерях дети не просто отдыхали. Нужно также отказаться от неэффективного ЕГЭ, ибо раньше в школах готовили далеко не глупых людей, а сейчас все зависит от того, сдал ли выпускник примитивный тестовый госэкзамен или не сдал. Кстати, вскоре после первого в мире запуска СССР искусственного спутника Земли в 1957 г., Президент США Д. Эйзенхауэр, подчеркивая важность науки для безопасности страны, отметил, что выпускник средней школы СССР имел в своем образовательном багаже 5 лет изучения физики, 4 года- химии, один год- астрономии и предложил всемерно развивать научно-образовательный потенциал США. Развивая эту мысль, другой Президент США Дж.Кеннеди говорил: «Наш прогресс как нации полностью зависит от прогресса в сфере образования» И вот теперь это некогда лучшее школьное образование в нашей стране разрушено и добили его «реформаторы» с их ЕГЭ. Это может также служить напоминанием современным российским «реформаторам», пытающимся экономить на научном потенциале страны. Просто национальным позором является то обстоятельство, что более 30% сельских школ не имеют нормальных туалетов, а это означает, что многим детям зимой и летом приходится, как нашим предкам, бегать по нужде «на двор». Можно себе представить, как это отразится на их здоровье и настрое. Несмотря на то, что государство в очередной раз

провозгласило в качестве приоритета особую (?) охрану детей (закон № 323–ФЗ), их здоровье оставляет желать лучшего. Что касается детей-сирот и детей-инвалидов, то власти вместо того, чтобы влиять на причины появления таких детей, сфокусировали свои усилия на следствиях. Между тем, в силу разрушенных моральных устоев и перехода к чисто потребительскому обществу приемные семьи не стали и не станут массовым явлением, равно как и социальный патронат. И дело тут не в деньгах и не в законодательстве. Но поскольку социально-экономические, генетические и медицинские причины практически не устраняются, то следствие будет требовать все больших затрат и повышенного внимания.

Понятно, что все проблемы здоровья детей и женщин детородного возраста за период действия Стратегии не решить и часть из них перейдет на следующие периоды, что будет означать перманентность внимания к проблемам материнства и детства в стране.

✓ **Здоровье трудоспособного населения**, **в первую очередь, его производящей части.**

Олигархический капитализм в России проявил все свои возможные негативные стороны, весьма далекие от цивилизованных рыночных отношений и демократических преобразований, в том числе:

-захват и передел собственности, уничтожение конкурентов, подавление малого и среднего бизнеса;

-усиленная эксплуатация природных ресурсов и доставшихся предприятий; отсюда- низкая потребность в научно-инженерной мысли и необходимость только в дешевой рабочей силе;

-погоня за высочайшей прибылью в короткие сроки (дорогие кредиты, «короткие» деньги, высокие тарифы и цены, низкие налоги, отсутствие долгосрочных инвестиций и т.д.);

-отсутствие вложений в спрос, т.е. в людей и в их потребности, что затем нашло бы свой отклик в предложении;

-вывоз капитала за рубеж и формирование там движимости и недвижимости;

-сращение капитала с чиновничеством, массовая коррупция;

-создание огромной армии ничего не производящих охранников капитала;

-формирование жизни по понятиям, частичная подгонка к ним законодательных актов, частичное игнорирование Конституции РФ и др.

Из изложенного вытекает невиданное в мире расслоение граждан по доходам и возможностям, социальное недовольство и угроза социального взрыва, нежелание вложений средств в развитие страны, почти полное отсутствие благотворительности и меценатства, присущих капиталистам за рубежом и в царской России, практически безразличное отношение к здоровью работающих. Однако, постепенный переход на рельсы нормальных рыночных отношений, демократических реформ и развития гражданского общества приведет к усилению государства и неизбежно потребует увеличения производительности труда, в том числе за счет улучшения здоровья работающих и снижения трудовых потерь по медицинским причинам.

Именно от производительной группы населения (из 54% граждан, находящихся в экономически активном возрасте) зависит производительность труда, экономическое развитие страны и рост ВВП. 45% из трудоспособных граждан неизвестно где и чем заняты (О.Голодец, 2013), а платят налоги только 48 млн. чел., которые официально заняты, но все они не обязательно вносят свой вклад в производство товаров, в рост экономики и ВВП. Остальные 38 млн. чел. трудоспособного возраста распределяются так: по уходу за детьми, неработающие инвалиды и временно неработающие, военнослужащие, учащиеся и 15-20 млн. чел. занятых в теневом секторе экономики. Они все больше потребляют, а производят совсем иные. Как раз на этой малочисленной, но весьма значимой группе производительной части населения (всего 12–13% от всех трудоспособных граждан) должно быть сосредоточено первоочередное внимание государства и для нее необходимо в первую очередь создать соответствующие условия жизни и труда, а также все условия для охраны здоровья. По имеющимся оценкам сегодня в России только 9 млн. человек заняты в высокопроизводительной сфере, а все остальные, ничего не производя, только потребляют, что создает значительную нагрузку на экономику. Поэтому необходимо перераспределение лиц трудоспособного возраста и повышение занятости в сфере производства. В последующем к приоритетному вниманию могут быть отнесены и другие группы населения, в том числе пожилые и инвалиды. Что же касается производительности труда, то на протяжении длительного времени работникам не доплачивали за произведенную работу, что породило соответствующее отношение к труду по типу «где бы ни работать, лишь бы не работать». Переломить это отношение только медицинскими мерами по восстановлению трудоспособности или только путем повышения заработной платы не получится,

т.к. для этого необходим комплекс усилий (воспитание отношения к труду с детства, отбор к профессиям и профессиональное ориентирование, развитие династических традиций, моральные и материальные поощрения и т.д.) В принципе это же относится и к медицинским работникам, у которых возникла значительная диспропорция между степенью полезности и нужности их труда и его оплатой.

Следует иметь в виду, что во всем мире степень социализации государства определяется по отношению к детям и пожилым, т.е. к непроизводительной части населения. Однако, при официальном уровне инфляции за 2012 г. она за счет значительного роста стоимости услуг (образовательных, медицинских, ритуальных, транспортных, финансовых, развлекательных, посреднических), штрафов, пени и жилья составила все 18% (В.Симчера,2013), что позволило Правительству РФ не в полной мере индексировать компенсации 20 млн. чел., имеющих доходы ниже прожиточного минимума, и пенсии 40 млн. пенсионеров и в результате «сэкономить» более 1 трлн. руб.

Общая стоимость только официально зарегистрированных потерь рабочего времени по болезни достигает 1.4% ВВП, но на самом деле они гораздо выше. 15% работников пропускают работу без уважительной причины, из тех, кто прогуливал, 50% делали это 1-2 раза, а 15% -более 5 раз. Минтруд предлагает оказывать медицинскую помощь не работающим без особой причины за плату. А Европейское бюро ВОЗ на протяжении многих лет проводит политику по борьбе с курением на рабочем месте и даже выпустило соответствующее руководство для работодателя, где, в частности, подчеркивается, что курящие находятся на больничном листе на 1-3 дня дольше, что убытки могут обходиться в 160-1600 евро в год в расчете на 1 курящего работника и т.д. Считается, что ежедневно 3 млн. жителей России пропускают работу по болезни и еще 30-35 млн. находятся на работе в пред- и постболезненном состоянии. Половина из числа заболевших в легких случаях не обращаются за медицинской помощью. Исследования показывают, что на потери в связи с невыходом на работу по медицинским причинам приходится менее половины всех потерь в производительности труда, а наибольшие потери происходят в связи с презентизмом, т.е. в связи именно с выходом на работу при недомогании, респираторных болезнях, головной боли, боли в спине, менструальных проблемах, сердечной недостаточности и т.д. Здесь играет роль боязнь лишиться работы и сложности в поисках новой, возможные потери в зарплате, ухудшение отношений с руководством, очереди в

поликлиниках, недоверие к врачам и самолечение. Все это провоцирует выход на работу в период плохого самочувствия. В первую очередь это относится к частным предприятиям, особенно, где владельцами или совладельцами являются иностранные граждане или иностранные фирмы. Все это имеет прямое отношение к здоровью, к системе охраны здоровья, к здравоохранению и правовой защите работников и отражается на производительности труда.

Что касается выплат по временной нетрудоспособности, то в России это зависит от стажа работы (8 лет и более-100%, 5-8 лет-80%, до 5 лет-50%) не более 5 месяцев в году, в Германии- на протяжении 1.5 месяцев платит работодатель 100%, а затем в течение 1.5 лет- больничная касса из расчета 70% от зарплаты, во Франции также 70% от зарплаты, но в течение только 3-х месяцев.

Известно, что увеличение уровня безработицы на 1% приводит к росту смертности на 4,5%, а люди, потерявшие работу, рискуют заболеть в 83% случаев. Люди будут лучше работать, если будут уверены в том, что государство в достойной мере позаботится о них в случае потери места работы. Так, в России пособие по безработице составляет максимум 4900 руб. в месяц, а в Германии максимум в 130 тыс. руб. в течение 2-х лет (на семью 67% от зарплаты), аналогично в США- 33 тыс. руб. и во Франции-270 тыс. руб., в Дании- до 90% от зарплаты. Если в России пособия по безработице выплачиваются из федерального бюджета, поскольку Фонда занятости уже нет, то в западных странах эти пособия выплачиваются из отчислений работодателей. Правда, и структура нашей безработицы отличается от западной и значительное увеличение пособий может вызвать иждивенческие настроения. Поэтому пособия нужно увеличивать, но в разумных пределах. В 2012 г. наша экономика состояла на 60% из сферы услуг, на 36%-из промышленного производства и еще 4% приходилось на аграрный сектор. Отсюда возникает вопрос, где должна вырасти производительность труда, в каком из указанных секторов экономики? Видимо, прежде всего, это должно произойти не в ресторанном бизнесе, не в банковских и страховых услугах, не в торговле, а в реальном производстве необходимой продукции. Вполне возможно, что низкая производительность труда обусловлена выраженной несправедливостью, заложенной в нынешней системе, когда люди не очень хотят работать лучше при сложившемся ценовом и налоговым прессинге, когда вместо улучшения условий жизни людей средства вкладываются в престижные для власти проекты, когда заработная плата не соответствует реалиям жизни, когда здравоохранение и образование становятся недоступными, когда происходит чехарда с пенсионными

деньгами и т.д. Именно поэтому необходимо сосредоточить особое и комплексное внимание, в первую очередь, на тех, кто производит продукцию.

Значимость проблемы здоровья работающих возрастает в связи с ожидаемым существенным уменьшением численности трудовых ресурсов и необходимостью значительного повышения производительности труда, по которой мы отстаем от США в целом на 80 лет, в энергоотдаче — на 62 года, в экологичности производства — на 50 лет (данные Института экономики РАН). Между тем, рост производительности труда в США, и в целом экономики, напрямую связан с увеличением числа лет, которые американцы тратят на образование. Профессор L.Katz в книге «The race between education and technology» (2012) определяет минимальный вклад образования в производительность труда в 25%. Однако в последние годы в США среднее специальное образование стало недоступным вследствие его платности и потому там отмечается снижение уровня образовательной подготовки и, соответственно, снижение роста экономики, рост неравенства. В РФ почти полностью разрушена существовавшая в СССР система среднего профессионально- технического образования (училища, ПТУ, техникумы и др.), а проникшая коррупция в высшую школу свела на нет ее бывшие достоинства. Поэтому, наряду с решением медицинских, социальных, экономических проблем работающих, для роста производительности их труда следует особое внимание обратить на образование.

По организационным механизмам:

✓ **Массовая социальная (первичная) профилактика заболеваний**. Она направлена на создание и развитие условий, способствующих здоровью, ведению гражданами здорового образа жизни и повышению их мотивации к здоровому поведению, на предупреждение негативного влияния внешних факторов на здоровье. К сожалению, не все представляют, что врачи должны заниматься причинами болезней и на них уметь воздействовать, а не, как сейчас, иметь дело, в основном, со следствиями, к тому же нередко далеко зашедшими. Но в этом виноваты не врачи, а созданная система, ориентированная на последствия и на «тыловую» медицину. В Общественной палате РФ не прекращаются дебаты о том, как подтолкнуть граждан к ведению здорового образа жизни. Однако все эти усилия окажутся во многих случаях бесполезными до тех пор, пока государство не станет создавать для этого соответствующие условия.

✓ **Широкое развитие первичной медико-санитарной помощи** (ПМСП) (Primary Health Care — первичная забота о здоровье) **и ее институциональной основы – общей врачебной практики.** Это позволит не только предупреждать многие заболевания и выявлять их на ранних стадиях, но и значительно снизить число случаев хронических заболеваний и повысить эффективность использования стационарной и специализированной медицинской помощи, удовлетворенность самих пациентов. При этом нужно так организовать ПМСП, чтобы не менее 60% ее деятельности приходилось бы на профилактику болезней. В докладе «Здравреформ» группы специалистов Бостонского университета прямо сказано: «Проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения — в чем, собственно, и состоит основная задача первичной медико-санитарной помощи — ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка — все эти факторы играют важную роль в улучшении здоровья людей. Врачей, к сожалению, не обучают навыкам **координирования** работы всех этих служб, да они обычно и не хотят этим заниматься».

Создание условий для этого — прерогатива государства, но только врачи ПМСП, наиболее приближенные к гражданам, могут заявить о нарушениях в здоровье, вызванных отдельными условиями жизни (качество воды, загрязнения воздуха, качество питания, условия труда, бедность и т.д.) и ставить соответствующие вопросы перед органами власти. До сих пор в нашем здравоохранении этого не было, что противоречило Алма-Атинской декларации 1978 г., как и не было правильно организованной ПМСП. Обеспечивая во многих странах преимущественно ПМСП большинству граждан (там до 90% населения нуждаются в ней) и, сосредотачивая там основные ресурсы, государство тем самым гарантирует право на сохранение здоровья, поскольку высоко технологичная и финансово емкая помощь обеспечивает права меньшинства. Следует подчеркнуть, что даже в далеко не полном и не совсем правильном виде внедрение института врача общей практики в Чувашской республике подтвердило его экономическую эффективность поскольку число направлений к узким специалистам за год уменьшилось на 15%, число вызовов скорой помощи- на 10% и уровень госпитализации был снижен на 7%. И это не является пределом, особенно при правильной организации работы ПМСП.

Уместно будет также вспомнить об организации этапности сортировки и оказания медицинской помощи больным, раненым и пораженным (т.е. о маршрутах движения пациентов), предложенной Н.И. Пироговым в период

Крымской компании (1854–1855 гг.), а также о работах расстрелянного большевиками врача, депутата 2–4 созывов Государственной Думы и активного участника Пироговского движения А.И. Шингарева «Вымирающая деревня» (1901) и выпущенной в царское время (1907) уникальной работы «Общественная медицина в будущем демократическом строе России». Этапность медицинской помощи была положена в основу военно-медицинской доктрины, показавшей высокую результативность в период Великой Отечественной войны, а в мирное время благодаря многоуровневой сети медицинских организаций с акцентом на первичное звено удавалось решать многие проблемы даже при крайне низком и остаточном принципе финансирования здравоохранения.

Этапность медицинской помощи — прерогатива отечественного здравоохранения. Следует стремиться к тому, чтобы постепенно увеличивалось число пациентов, проходящих через ПМСП, где в подавляющем большинстве случаев они бы начинали и заканчивали свое лечение и в которой, в случае необходимости, должна определиться дальнейшая маршрутизация пациентов — на специализированную амбулаторную помощь, в стационары общего типа, в специализированные стационары, на высокие медицинские технологии и на реабилитацию или интегрированный медицинский уход, в основном, после стационарного лечения.

Качество медицинской помощи- это совокупность множества характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Основными характеристиками, имеющими отношение к качеству медицинской помощи являются: адекватность (appropriateness), доступность (availability), преемственность и непрерывность (continuity), действенность (efficacy), результативность (effectiveness), безопасность (safety) для пациента, своевременность (timeliness), удовлетворенность потребности и ожидания (satisfaction), стабильность процесса и результата (stability), постоянное совершенствование и улучшение (improvement). Условиями обеспечения качества являются профессиональная компетентность и межличностные взаимоотношения.

Проблемы улучшения качества тесно увязаны с квалификацией медперсонала, с ресурсным обеспечением, с применяемыми доказанными технологиями, стандартами и протоколами и влияют на результаты лечения и на число врачебных ошибок. Еще в Римском праве (закон Аквилегия) врачебная ошибка

обозначалась как неопытность, неосторожность и неоказание медицинской помощи. В древней Греции считалось, что врач имеет право на ошибку, и ошибка врача ненаказуема, если она допущена непреднамеренно, а в Древней Индии врачебная ошибка каралась денежным штрафом. Правда, в России до XV11 века в царском указе было определено, что «нарочно или не нарочно кого уморят, а про то сыщется, им быть казненными смертью». По У.Э.Демингу соотношение ошибок работника и системы составляет 1 к 15, т.е. 6% ошибок приходится на работника и 94%- на систему. Врачебные ошибки модно разделить на 3 группы: случайные (стечение обстоятельств, перегруженность, переутомление, стресс, болезнь), профессиональные (недостаточность опыта, знаний, не соблюдение этики) и должностные (ненадлежащее исполнение долга и обязанностей, заниженные или завышенные объемы помощи, превращение бесплатной медицины в платную и т.д.). Системные ошибки включают в себя недостаточное правовое обеспечение, давление чиновников, недостаточность системы непрерывного медицинского образования, низкая оплата труда, отсутствие знаний по международным стандартам ИСО и Доказательной медицине, ненадлежащие организация и условия, недостаток ресурсов, отсутствие материального и морального поощрения, непризнание врача субъектом права, низкая престижность в обществе врачебных профессий, отнесение врачебной деятельности к сфере услуг, превращение медицинской помощи в рыночный медицинский бизнес, коммерциализация и др. В США в 1980-х годах ежегодно от врачебных ошибок погибало от 44 до 99 тысяч пациентов (8-я причина смерти). От СПИДа погибало в 4,5 раза меньше, от рака груди – в 2,5 раза меньше, в ДТП – в 2 раза меньше. По данным Commonwealth Fund 34% пациентов назначают в США неверное лечение, выписывали ненужные лекарства и не вовремя проводили анализы. По данным университета Джона Хопкинса (2012) ежегодно хирурги в США допускают 40000 случаев халатности по причине невнимательности, особенно, хирурги до 49 лет, а старше 60 лет оказались более внимательными с минимальным числом врачебных ошибок. Расследование газеты USA Today показало, что за последние 10 лет из 878 тыс. американских врачей не хирургического профиля 6000 были временно отстранены от исполнения профессиональных обязанностей за некомпетентность и ошибки, но половине из них удалось избежать штрафов и сохранить свои профессиональные лицензии. По данным комиссариата ЕС по здравоохранению в больницах ЕС из-за врачебных ошибок страдают 15 млн. чел. От врачебных ошибок умирают в

Германии каждый год 25 тыс. чел. (а совершаются не менее 100 тыс. ошибок), в Австралии- умирают 18 тыс. чел. и 50 тыс. становятся инвалидами, в Великобритании от врачебных ошибок пострадали свыше 520 тыс. пациентов,, в год совершаются около 250 тыс. врачебных ошибок, в результате чего ежегодно погибают свыше 3600 пациентов, а британские хирурги совершают 11 грубых ошибок в день, наносящих ущерб здоровью пациентов. Предупреждение предотвратимых врачебных ошибок, как известно, не только улучшает клинические результаты, но и существенно снижает стоимость стационарной помощи. По оценкам (таких исследований не было), в России в настоящее время совершается 40-50 тыс. врачебных ошибок в год, в госпитальном звене выявляются 4 млн. дефектов оказания медицинской помощи, ежегодно в судах слушается 700 дел (это очень мало, поскольку пациенты не знают своих прав, а судебная система пока еще слабо развита и не ориентирована на защиту прав простых граждан), половина из которых заканчивается судебным решением и только часть из них- в пользу пациентов вследствие трудностей в доказательстве вины врача, если речь не идет об уголовном деянии. По нашему мнению, любой врач не может намеренно нанести ущерб своему пациенту. Поэтому врач не является социально опасным элементом, которого в случае его ошибки следует изолировать от общества. Карательные мероприятия не могут привести к реальному улучшению в системе здравоохранения, хотя неотвратимость наказания должна иметь место. Пока что получается, что врач обязан работать хорошо и без ошибок, а государство и общество не очень озабочены материальными и моральными условиями труда и жизни врача. Врачи должны иметь высокую зарплату и достойные условия жизни, а также обладать возможностью для непрерывного совершенствования своих знаний и повышения квалификации. Сейчас Минздрав подготовил законопроект о страховании пациентов, в котором идет речь не столько о защите пациентов, сколько о лоббировании интересов страховых организаций в ущерб медучреждениям. Там вводится понятие «врачебная ошибка» как действие либо бездействие медицинской организации или медицинского работника, повлекшее, независимо от их вины, причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. По мнению авторов законопроекта это позволит оградить граждан от некачественной медицинской помощи и проистекающих из нее последствий. Это свидетельствует о непонимании различий между качеством и нанесенным вредом, т.е. безопасностью. Более подробно все это рассмотрено в

учебном пособии А.В.Тихомирова «Теория медицинской услуги и медицинского деликта» (2012). Мы считаем, что нужна система ответственности и неотвратимость наказания, а не страхование пациентов, которые ждут от врача не денег, а качественной медицинской помощи. Кроме того, видимо, впоследствии страховать следует не пациента, а профессиональные риски и должно это делать медицинское учреждение, для чего у бюджетных учреждений должны быть нужные средства. Тем не менее, рассмотренный на совместном заседании Национальной медицинской палаты, Профсоюза работников здравоохранения и Росздравнадзора законопроект не был поддержан в силу других причин: страховыми случаями считаются инвалидность или смерть, а из всего вреда, причиняемого здоровью, 85% приходится на легкие или средней тяжести случаи; речь шла только о компенсации морального вреда; не предусмотрена защита врача от исков (хотя закон должен регулировать правоотношения, а не защищать) и т.д.

Следует различать несколько аспектов качества: качество управления, качество деятельности, качество медицинской помощи. В соответствии с известной триадой Аведиса Донабедиана: структура (или ресурсы)- технологии (процессы)- результаты, каждый из этих компонентов может быть оценен, но только в совокупности они позволяют выйти на систему управления качеством. Кроме того, качество управления базируется на международных стандартах ISO серии 9000, в т.ч. 9004:2009, которые дают организациям методические рекомендации по достижению устойчивого успеха путем использования подхода, основанного на менеджменте качества. Особое значение в сфере здравоохранения приобретает международный стандарт ISO 26000 «Руководство по социальной ответственности», при этом целью социальной ответственности является содействие устойчивому развитию благодаря взаимосвязям между системой здравоохранения и обществом, между системой здравоохранения и другими системами, между другими заинтересованными системами и обществом.

Качество деятельности определяется путем использования специальных индикаторов и должно служить важной составляющей в оплате труда медицинских работников.

Большое внимание должно быть уделено качеству и безопасности медицинской помощи, оказанной пациентам (взамен оценки только инфраструктурных элементов системы здравоохранения и объемов медицинской помощи). Нужно заметить, что оценку качества оказанной медицинской помощи

следует начинать с конца всего процесса, т.е. с результатов, представленных в виде определенных индикаторов путем их сравнения с принятыми стандартами на результат. Например, одним из индикаторов может служить доля больных с АД >160/90 mm Hg, которым проведено повторное измерение АД в течение 3 месяцев, а стандартом при этом- минимум у 90% больных с АД >160/90 mm Hg должны быть проведены повторные измерения АД в течение 3 месяцев. Иначе говоря, применение стандарта должно способствовать количественной оценке результатов.

С другой стороны, необходимо осуществить переход от оценки (экспертизы, контроля, надзора, аудита) качества медицинской помощи к его обеспечению и управлению им. Реализуется это направление главным образом путем внедрения современных и доказанных медицинских технологий, медицинских стандартов, клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов, лицензирования отдельных категорий врачей и аккредитации медицинских учреждений, обучения и повышения квалификации медицинских работников с постоянным контролем и мониторингом качества медицинской помощи. В основу всей этой работы должны быть положены рекомендации ISO и доказательной медицины как практической частью научной дисциплины «клиническая эпидемиология». Клинические рекомендации- КР (clinical practice guidelines)- это утверждения, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях. Иначе говоря, клинические рекомендации- это оптимальное ведение групп пациентов, соответствующее их потребностям

1. Профессиональные врачебные сообщества должны принимать участие в разработке или адаптации клинических рекомендаций, которые могут быть положены в основу разработки медицинских стандартов, служащих, главным образом, для экономических расчетов, но не обязательных (а рекомендательных) для исполнения врачом, а также служить основанием для создания локальных клинических протоколов ведения пациентов. Клиническая эпидемиология – это отрасль медицинской науки, основанная на методах эпидемиологического и статистического анализа в клинической практике. Доказательной является такая медицина, которая основана на исследовательских данных клинической эпидемиологии, как науки, позволившей статистически доказать наличие связей между результатами лечения и применяемыми технологиями. В итоге этой работы на основе лучших для пациентов результатов разрабатывается так

называемый «золотой стандарт» клинических рекомендаций или руководств. Затем в каждой стране на основе таких клинических рекомендаций разрабатываются медицинские стандарты, гарантирующие положительные результаты при минимальных затратах. Ниже этого стандарта «опуститься» никак нельзя, ибо при этом могут ухудшиться результаты лечения. Затем на местах на основе этих минимальных медицинских стандартов должны создаваться локальные клинические протоколы, которые по уровню не могут быть ниже стандартов и должны содержать перечень элементов медицинских технологий и последовательность их применения с указанием ответственных. Вот такова упрощенная схема использования доказательной медицины в практике. Во многих странах применение не доказанных методов или технологий может служить основанием для судебных разбирательств. Доказательной медицине и ее научной основе- клинической эпидемиологии- нужно обучать, желательно со старших курсов медицинских вузов, а также включать последние достижения доказательной медицины в систему последипломного образования. К сожалению, министр здравоохранения РФ, будучи клиницистом, считает, что Минздрав РФ будет разрабатывать клинические рекомендации, которые требуют значительных научных исследований и применения методов статистического анализа в клинической практике, что доступно только специальным научным центрам. Кроме того, министр зачем-то вынесла локальные клинические протоколы на национальный уровень, что противоречит логике использования доказательной медицины в клинической практике. С накоплением знаний и появлением новых возможностей клинические рекомендации должны пересматриваться. Например, с участием 25 экспертов из 13 стран Европы в 2013 г. было опубликовано новое объемное руководство по артериальной гипертензии взамен предыдущего, разработанного 6 лет тому назад. «Золотым стандартом» являются клинические рекомендации, разработанные в NICE (National Institute for Clinical Excellence — Национальный институт клинического мастерства Великобритании или клинических преференций или совершенствования клинической практики), и этими рекомендациями пользуются во многих странах. Врач должен отвечать за результаты своей профессиональной деятельности только перед врачебным сообществом, а врачебное сообщество — перед государством. Именно врачебное сообщество может адекватно противостоять произволу чиновников. Минздрав РФ взял на себя обязательства разработать критерии оценки (опять

оценки!) качества медицинской помощи до 2015 г. Нельзя сводить проблему качества только к проверкам страховых организаций и Росздравнадзора, эксперты которых нередко ниже по квалификации проверяющих, и к наказаниям. Например, приказом Минздрава РФ №1340н от 21.12.2012 г. (регистрация в Минюсте 03.06.2013 г.) утвержден бюрократический порядок организации и проведения ведомственного контроля качества (даны перечисления того, что нужно оценивать) и безопасности медицинской деятельности, а не пациентов. Но во всем мире, как отмечалось, это давно пройденный этап. И стандарты там разработаны **на результаты** оказания медицинской помощи, а затем специально разработанные индикаторы качества (каждый имеет свой вес) сравниваются с этими стандартами, т.е. оценка качества медпомощи осуществляется через стандарты на результаты, а медицинские технологии разрабатываются исходя из «золотого стандарта» клинических рекомендаций или руководств (clinical guidelance), в основе чего находится наука «клиническая эпидемиология». Можно выделить следующие уровни доказательств в порядке убывания их значимости и надежности: систематизированный обзор нескольких рандомизированных исследований, рандомизируемое, контролируемое исследование, нерандомизированное исследование с одновременным контролем, нерандомизированное исследование с историческим контролем, когортное исследование, исследование типа случай – контроль, результаты наблюдений, описание отдельных случаев.

Литература по клинической эпидемиологии, доказательной медицине и международных стандартах ИСО должна быть в библиотеке у каждого практикующего врача.

Но гораздо важнее проблема (и этим активно занимаются в развитых странах с использованием научных достижений и практического опыта) — это как обеспечить должный уровень качества по А. Донабедиану (через доказанные медицинские технологии и необходимые ресурсы) и как лучше управлять этим процессом. Только такой подход, осуществляемый параллельно с обучением, может значительно снизить вероятности врачебных ошибок и существенно увеличить частоту удовлетворенности пациентов. До этого уровня наше министерство еще не поднялось. Об этом также свидетельствуют многочисленные факты включения в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и в разработанные министерством медицинские стандарты препаратов, не имеющих достаточных и, порой, разумных доказательств. Например, согласно стандарту лечения рака молочной железы 80% пациенток должны получать *авастин*, однако еще 10-летие назад было известно, что такое лечение должна получать лишь малая часть

заболевших (с метастатическим HER-положительным раком). Минздрав продолжает публиковать стандарты оказания медицинской помощи (их уже почти 9000), которые, как недавно опять подтвердила министр, не предназначены для стандартизации медицинской помощи («стандарты у нас – это документы медико-экономического характера» для расчета подушевого финансирования пациентов с отдельными заболеваниями). Врачи на местах не обучены работе по этим стандартам и не понимают, для чего они предназначены, В стандартах, однако, в соответствии с федеральным законом № 323–ФЗ, предусмотрено применение определенных методов лечения, а также указано, как часто эти методы должны применяться. И в задачи Росздравнадзора входит проверка выполнения этих «стандартов лечения» на местах. Например, недавно Минздрав утвердил стандарт оказания специализированной медицинской помощи при болезни Альцгеймера, куда включены препараты, эффективность которых научно не доказана. Другой пример—представленный недавно «Стандарт скорой медицинской помощи при инсульте». По нему предусмотрено обследование больного на дому и если этот стандарт не выполнен, то такой случай не оплачивается, хотя известно, что скорость доставки больных с состоянием «инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт» в специализированное отделение—самое главное в оказании помощи таким больным. Ненужный анализ на дому—ненужная отсрочка оказания помощи. Кроме того, по стандарту необходимо вводить ряд препаратов, также не имеющих достаточной доказательной базы. Это все произошло после свертывания разработки действительно научно- обоснованных стандартов, основывающихся на программе SIGN—Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Шотландская межобщественная группа по разработке клинических рекомендаций), в которой используется неформальное взвешенное решение.

Таким образом, в развитие ранее изданного Глоссария Качества медицинской помощи (Россия- США, 1999) можно выделить несколько основных показателей, характеризующих уровень оказания медицинской помощи. Это- ее **доступность**, т.е. приближенность медицинской и лекарственной помощи общего типа к населению, профилактика и выявление болезней на ранних стадиях, диспансеризация, возможность получения своевременной и адекватной специализированной консультативной и лечебной помощи, бесплатность для пациентов, ибо платность означает недоступность для большинства граждан. Все это обусловлено распределением медицинских кадров в интересах граждан, расстояниями, транспортными сообщениями, организацией профилактической, амбулаторной и стационарной помощи. **Результативность**- это своевременное применение доказанных адекватных медицинских технологий и организация всей работы, нацеленной на благоприятный для больного результат. Обеспечивается необходимыми ресурсами всех видов и оценивается через стандарты на результат. **Качество** отражает высокий уровень применяемых медицинских технологий, обеспечивающих безопасность пациента и достижение наилучшего для него результата медицинского вмешательства. Обеспечивается применением современных клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов, а также квалификацией медицинских кадров и доступностью для них медицинских

новаций. **Эффективность**, означающая соотношение между результатами и затратами (плата за результат) в ретроспективном или проспективном аспектах. Желательно добиваться лучших результатов при относительно невысоких затратах. Однако, результаты важнее затрат, которые скорее носят ограничительный характер. Обеспечивается путем достаточности денежных средств, оптимизации остальных ресурсов, применения медико-экономических стандартов. **Удовлетворенность пациентов** аккумулирует в себе все изложенное ранее с дополнением в виде участия самого пациента в выборе тактики и технологии медицинской помощи и в виде отношения медперсонала к больному и его проблемам. Интегральными критериями могут служить качество и удовлетворенность пациентов. Если медицинская помощь недоступна, несвоевременна или недостаточно результативна, то ни о каком качестве не может быть и речи. Удовлетворенность пациентов не всегда можно использовать для оценки качества и уровня медицинской помощи. Однако, если удовлетворенность пациентов низкая, то это является поводом для разбирательства, анализа и устранения причин.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ЗАДАЧИ СТРАТЕГИИ

Для эффективного использования имеющихся ресурсов выделено **7 ключевых направлений** Стратегии.

1. **Разработать и реализовать Национальную (**межведомственную, межсекторальную**) программу охраны здоровья населения РФ.**

Эта программа должна быть инициирована федеральным Министерством здравоохранения с участием ученых и отдельных специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения и скорректирована с учетом выделенных в Стратегии **приоритетов**, а необходимые условия для охраны здоровья и ведения здорового образа жизни должны создавать государственные и муниципальные власти. В ее практической реализации должны принимать участие все заинтересованные министерства и ведомства, с выделенным бюджетным финансированием. В рамках этого направления необходимо решить следующие задачи: создать условия для сохранения и укрепления здоровья населения, в том числе обеспечить население качественным питанием и водоснабжением; улучшить экологические и жилищно-коммунальные условия; обеспечить транспортную доступность медицинских и детских учреждений; предусмотреть меры по обеспечению безопасности граждан, занятости детей и подростков и снижению уровня бедности среди населения. Но это будет национальной программой охраны здоровья, а не программой развития медицинской помощи в стране. И как в каждой программе, в ней должны быть конкретные мероприятия с конкретными исполнителями, с конкретным финансированием, а также задания на проведение научных исследований по не до конца ясным проблемам с реальным финансированием.

Необходимо также создать условия и обеспечить социально-экономическую мотивацию населения к ведению здорового образа жизни; повысить ответственность работодателей за сохранение и укрепление здоровья работников; реализовать целевые программы по борьбе с вредными привычками. В этих подпрограммах наряду с запретительными и ограничительными мерами следует предусмотреть поощрительные и воспитательные меры, а также меры по лечению и реабилитации пациентов, страдающих зависимостью от табака, алкоголя и наркотиков. Также важно восстановить массовое медико-санитарное просвещение населения путем распространения среди населения брошюр, памяток по здоровому образу жизни, теле- и радиопередач, обеспечения бесплатного доступа

к специальным порталам в сети Интернет, через СМИ, в том числе научить граждан беречь и контролировать свое здоровье. Важно также научить граждан, как следует осуществлять самопрофилактику, самообследование (например, пальпацию молочной железы) и самопомощь в простейших случаях.

Это направление включает также задачи по стимулированию роста числа рождений. Среди них: достичь 100% обеспеченности детскими дошкольными учреждениями; увеличить пособия на детей; предоставлять льготные кредиты на приобретение жилья или автомобилей, на воспитание и образование детей; а также предоставлять бесплатные земельные наделы при рождении второго и последующих детей. Кроме того, необходимо за счет государственных средств создать для детей и подростков условия для духовного и физического развития, стимулирования творческого потенциала путем предоставления для них, в основном, бесплатной возможности занятий по интересам в виде разнообразных кружков и спортивных секций при домах молодежи, школах, ДЭЗах и т.д., что послужит отвлекающим фактором от пагубных привычек, бродяжничества и девиантного поведения. Это позволит сэкономить значительные средства на их последующее лечение. Особенно важно добиться увеличения доли здоровых новорожденных. Все это имеет отношение к системе охраны здоровья.

В качестве научной базы всего этого направления целесообразно создать Национальный институт здоровья, а для выбора новых медицинских технологий и доказательств и оценки их клинической эффективности требуется создать, как отмечалось, специальный **Центр по оценке медицинских технологий (Health Technology Assessment).**

2. **Увеличить объемы и улучшить механизмы финансирования системы здравоохранения.**

О том, как можно и нужно в нынешних условиях обеспечить финансирование здравоохранения, представлено ранее. Однако, это не исключает того, что объемы государственного финансирования здравоохранения должны быть поэтапно за 5-6 лет увеличены **в 2 раза**, или минимально **до 7% ВВП** (с 2 трлн. руб. до 4 трлн. руб. в ценах 2011 г.). Кстати, за 1 квартал 2013 г. объем ВВП составил 14 трлн. 987.7 млрд. руб. Вместе с тем, отчисление более высокой доли ВВП на здравоохранение ни в коем разе не гарантирует справедливость распределения возможностей охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Однако понятно, что такое увеличение государственного финансирования

здравоохранения является важным условием для достижения целевых показателей здоровья населения в РФ. **Без необходимого финансирования реализация основных положений Стратегии при условии правильного его использования будет затруднена**, хотя начинать эту работу следует незамедлительно. Для этого могут потребоваться дополнительные источники финансирования. Дальнейшее увеличение страховых взносов нежелательно из-за усиления нагрузки на ФОТ, особенно для малого и среднего бизнеса. Увеличить финансирование здравоохранения за счет средств населения также не представляется возможным, так как уже сегодня доля расходов населения на здравоохранение превышает таковую в экономически развитых странах и большая доля населения РФ не имеет достаточных доходов для самостоятельной оплаты медицинской помощи. Возможные внешние источники увеличения финансирования здравоохранения: повышение акцизов на алкоголь и табак; повышение налогов на напитки с высоким содержанием сахара (кока-кола и др.); на продукты с высоким содержанием поваренной соли (чипсы и др.); введение налогов на переводы средств за рубеж на суммы свыше 100 тыс. $США (в 2012 г. из России утекло 56,8 млрд. долл.); на богатую недвижимость и роскошь и связанное с этим введение прогрессивного налога на доходы при усилении фискальной функции государства, перераспределение бюджета, перераспределение налогов в пользу муниципального уровня и т.д. Можно предусмотреть в системе ОСАГО возмещение виновником ДТП расходов на медицинскую помощь пострадавшему. Намеченная приватизация государственной собственности, а на 2013-2016 гг. планируется ее продажа на сумму в 1.7 трлн. руб., не даст ощутимой прибавки в госбюджет, куда попадет только 630 млрд. руб., а остальные (свыше 1 трлн.) пойдут на оплату менеджмента этих госкомпаний. Значит особо на это рассчитывать нельзя. Кстати сказать, далеко не всегда государственные компании работают менее эффективно, чем частные, что видно при сравнении «Лукойла» и «Роснефти»: частная компания превосходила государственную по объемам выручки в 1.6 раза, а налог в бюджет с чистой прибыли они заплатили идентичный. Немало бюджетных средств можно было бы сохранить вследствие эффективной борьбы с коррупцией, которой, по мнению россиян (опрос ВЦИОМ, 2013), больше всего подвержена власть на местах (39%), ГИБДД (27%) и федеральные органы власти (26%). В стране все еще орудуют 2.2 млн. фирм-однодневок со значительными средствами, которые затем бесследно исчезают. Хватило бы средств на

здравоохранение и из значительного завышения сметы расходов на дорогостоящие миллиардные проекты. Так, по имеющимся данным зимняя Сочинская Олимпиада в субтропической зоне оказалась самой дорогой за всю историю спорта и затраты на нее превысили расходы на все зимние олимпиады вместе взятые- 50 млрд. долл., что в 4 раза больше, чем планировалось в 2007 г. и составляет почти 10% валютного резерва страны (свыше 502 млрд. долл.), по последним данным- 2.5 трлн. руб. При этом не менее 25 млрд. долл. использованы не по назначению. Универсиада в Казани - более, чем в 100 раз дороже Универсиады 2009 г. в Белграде (около 5 млрд. долл. из бюджетов против 41 млн. долл.), футбольный чемпионат мира 2018 г. обойдется стране в 10 раз дороже, чем планируемый в 2014 г. чемпионат в Бразилии, против проведения которого из-за дороговизны протестуют бразильцы. У нас же футбольный чемпионат обойдется не менее, чем в 4 трлн. руб. (сюда входят федеральный и региональные бюджеты вместе), т.е. в 37 раз больше, чем в ЮАР в 2010 г., а большая часть вырученных от рекламы и продажи билетов средств уйдет в доход ФИФА. Кроме того, построенные и реконструированные по всем требуемым параметрам (автостояночные места, раздевалки, продукты для зрителей и т.д.) стадионы не смогут впоследствии окупить затраты из-за невысокой их посещаемости (сейчас на большинстве футбольных матчей присутствуют 4-8 тыс. зрителей). Только стоимость одного нового стадиона в С-Петербурге составит сумму равную затратам Польши на все стадионы при проведении чемпионата Европы в 2012 г. А один сантиметр трамплина в Сочи обходится в 16 млн. руб. Глава Минрегионразвития заявил, что на средства, выделенные Госстрою ничего не построено для саммита АТЭС и Олимпиады в Сочи. Большая часть олимпийских объектов строится в Имеретинской болотистой низменности, которую нужно защищать с моря и на эту защиту было потрачено 2.5 млрд. руб. Однако далеко не сильный шторм на Черном море разрушил сто метров дамбы и для ее восстановления были выделены дополнительные средства. Очередной ураган разрушил восстановленные дамбы и набережную, что потребует дополнительных расходов. И поскольку джихадисты нацелились на Сочинскую олимпиаду, то даже трудно представить, сколько потребуется средств для обеспечения там безопасности. Во сколько обошелся легкоатлетический чемпионат в Москве в 2013 г., пока официальных данных нет. Теперь на очереди зимняя Универсиада в Красноярске, а С-Петербург подал заявку на проведение летних Олимпийских игр. Ведь не случайно бразильцы протестуют против

проведения там чемпионата мира по футболу, баварцы отказались от проведения зимней и летней олимпиад, мотивируя это необходимостью решения других жизненно важных проблем, а кроме Красноярска никто больше не подал заявку на проведение зимней Универсиады. Кроме того, баварцев, имевших опыт проведения подобного рода соревнований, отпугнул пример Сочи, где природе нанесен значительный ущерб, а на проведение зимней Олимпиады в феврале 2014 г. в неподходящем для этого регионе потрачены, по их мнению, не поддающиеся никакому учету денежные и прочие средства. На референдуме высказались против не только баварцы, но и жители ближайшего кантона Швейцарии. По самым скромным подсчетам Универсиада в Красноярске обойдется в 50 млрд. руб.- на строительство стадионов, транспортных коммуникаций, медцентров, развитие аэропорта. Вместе с тем бюджетный дефицит края в 2013 г. составит 45 млрд. руб., и в крае не хватает 100 тыс. мест в детских садах. Президент РФ дал указание ликвидировать очереди к 2016 г., а это значит, что каждый год нужно сдавать не менее 25 садов, на что денег нет. Судя по всему предполагаются значительные субсидии из федерального бюджета. Рациональный хозяин строил бы в Красноярске дороги, инфраструктуру, детские сады без затрат на фейерверки и прием гостей, а зимнюю Универсиаду провел бы в Сочи на подготовленных для этого базах. Все обозначенные для России мероприятия потребуют огромных невосполнимых материальных затрат и усилий. Такое впечатление, что других проблем у нас уже нет и власти пытаются краткосрочными зрелищами отвлечь внимание граждан от острых проблем жилья, ЖКХ, пенсий, миграции, питания, образования, здравоохранения, правоохранительных органов и других. Поэтому В.Иноземцев (МГУ) резонно ставит вопрос, нужен ли нам при многих далеко не решенных проблемах столь недешевый спорт и не лучше ли эти средства потратить на здоровье нации? А может на развитие массового оздоровительного физкультурного движения? Тем более, что по результатам опросов в фокус-группах люди в своем большинстве **не верят**, что спортивные успехи- это гордость страны. Да и ожидать значительных спортивных успехов не стоит, поскольку они всегда проистекают из массового физкультурного движения, которое у нас нужно восстанавливать. Не доверяют многие люди и власти, потому что в своем большинстве они живут в неподобающих условиях с колоссальным расслоением, а средства тратятся на престиж самой власти. Особое беспокойство вызывают практически неликвидные проекты, т.е. вложенные деньги могут не вернуться или окупятся через сотню лет. К таким проектам относятся

высокоскоростная железная дорога Москва- Казань ценой почти в 1 трлн. руб. (проектирование которой и строительство отложено на некоторое время), модернизация БАМа (около 600 млрд. руб.) и Центральная кольцевая автодорога (300 млрд. руб.). На эти проекты предполагалось выделить средства из Фонда национального благосостояния, который должен бы обеспечивать финансовую стабильность страны в условиях кризиса, в т.ч. стабилизацию для проведения пенсионной реформы. Уровень тревожности в стране высокий и объектами агрессии преподносятся США (с подачи некоторых СМИ), чиновники с депутатами и мигранты. Протестные настроения сместились со столиц в провинции, которые пребывают, в основном, в патриархальном и разрушающемся состоянии. Правда, на средства Универсиады (из 228 млрд. руб. 35%-деньги инвесторов) в Казани построены 30 объектов соревнований, 28 жилых корпусов для спортсменов, 11 транспортных развязок, реконструировано 65 км дорог, открыты 3 новые станции метро, построено 2 новых здания аэропорта, запущен железнодорожный экспресс до аэропорта. И это хорошо, поскольку не в авральном, а в плановом порядке все это было бы растянуто на десятилетия, тем самым подчеркивая, что планомерной системы управления в стране нет, и она управляется либо в авральном и стихийном режиме, либо в «ручном» управлении. Проверкой расходования средств на Универсиаду займется Счетная палата. Чтобы С-Петербург привести в порядок (а не несколько отдельных дворцов), особенно, фасады домов, парадные и дворы, понадобится немало усилий и средств. Все изложенное говорит о том, что средства и немалые в стране есть, только они расходуются не на Конституционные социальные обязательства, а на практически неокупаемые проекты и к тому же могут потеряться по дороге.

Древний Рим рухнул в 476 г. не из-за внешних врагов-варваров, а из-за внутренней ржи- коррупции, которая подорвала основы государства. Например, за должность финансового контролера, ответственного за поступление в казну налогов (canonicarius), назначение на которую осуществлялось при согласии префекта претории, откат (suffragium) только этому префекту без посредников (tractator) составлял сто солидов. Эти деньги назначенец мог восполнить за полгода-год при чисто символическом жаловании. Императорский произвол единоличной власти, начавшийся при Тиберии вроде бы с благого закона об оскорблении величия римского народа (lex laesae majestatis), продолжался до конца Древнего Рима. Как бы выборные должности преторов (руководство судами), эдилов (осуществляющих надзорные функции), членов центуриатных

комиций (в их функции в т.ч. входило слушание уголовных дел), членов трибутных комиций, осуществляющих в том числе слушание дел с денежным наказанием, и других чиновников покупались, продавались и в результате некомпетентных действий продажных чиновников все прогнило и разрушилось. Продажа должностей, взятки и откаты породили коррумпированную бюрократию, более озабоченную собственной выгодой (и потому держащейся за свои должности), чем служением государству. Очень правильную заповедь ввел Петр Первый, который говорил: «Кому деньги дороже чести, оставь службу» и старался не допускать таких людей к государственному управлению. Если все изложенное выше в России полностью или частично ликвидировать, вдобавок к «присоскам» к бюджету, то появятся дополнительные возможности для финансирования охраны здоровья. Не случайно Президент РФ очень мягко заявил, что он недоволен слабой борьбой с коррупцией, разъедающей общество и государственную систему, низкими доходами граждан, недостаточным развитием инфраструктуры, качеством работы госаппарата и самой политической системы. Однако при этом наибольшие средства продолжают вкладываться совсем в другие проекты, усиливающие доходы монополистов и не направленные на улучшение повседневной жизни большинства граждан (жилье, доход, питание, коммунальные услуги, сообщения и коммуникации, здравоохранение, образование, пенсии и т.д.). А по данным Forbes (США) расходы на оборону в РФ увеличиваются почти в 3 раза. Видимо, на здравоохранение можно было бы потратить часть высоких прибылей внутри страны на бензин, стоимость которого (1 литр 95-го бензина) в Саудовской Аравии 6.3 рубля, а в Венесуэле- 4 копейки. Исходя из складывающихся реалий, в нынешних экономических условиях, видимо, следует существенно ограничить рост вознаграждений и доходов топ-менеджеров, чиновников, в т.ч. от медицины, руководителей органов и учреждений здравоохранения с тем, чтобы снизить накапливаемое раздражение в обществе вследствие резкого расслоения людей по доходам, даже в бюджетной сфере. Но в действительности все происходит как раз наоборот и повышение зарплаты чиновникам, многие из которых даже не знают ее размеров, происходит даже задним числом. И, наконец, следует вернуть украденные из бюджета средства, что не только пополнит бюджет, но и восстановит утраченную справедливость. Кроме того, следует урезать аппетиты монополистов, ведущих ожесточенную схватку за бюджетные куски для реализации заведомо затратных проектов. Только на оборону тратится 20 трлн. руб., хотя эти расходы можно

было бы уменьшить, поскольку никто на нас нападать не собирается. Для чего необходимо увеличить финансирование здравоохранения? Во-первых, для реализации настоящей Стратегии. При этом имеется в виду акцентирование внимания на системе охраны здоровья, на выделенных приоритетах и на лучшей для пациентов организации медицинской помощи. Для реструктуризации и одновременно оптимизации медицинской помощи, видимо, будет достаточно средств за счет внутренних резервов, в том числе путем достижения полной прозрачности движения денежных потоков, не допущения разбазаривания и нецелевого использования средств, доведения финансовых ресурсов до потребителей без каких-либо потерь «по дороге», значительного удешевления медицинской помощи при одновременном улучшении её доступности, качества и результативности. Во-вторых, для дальнейшего развития медицины и здравоохранения поскольку, как известно, каждая последующая медицинская технология всегда дороже предыдущей. И, наконец, самое главное. Намеченное повышение зарплаты медицинским работникам потребует существенного перераспределения выделяемых финансов, что резко ограничит финансовые возможности других аспектов организации медицинской помощи (например, лекарственного обеспечения) и, как считают отдельные специалисты, потребует значительного увеличения объема платных медицинских услуг. То есть, по сути может получиться, что рост зарплаты медикам будет происходить за счет пациентов. Этого допустить никак нельзя. Кроме того, к внутренним резервам дополнительного финансирования можно отнести акцентирование внимания и усилий на охране здоровья и выделенных приоритетах, переход к менее затратной модели, устранение посредников, обеспечение прозрачности движения денег без потерь «по дороге», прекращение нецелевого использования выделенных средств, смещение акцентов с дорогостоящей «тыловой» медицины на «линию фронта» здравоохранения, внедрение менее затратных форм организации медицинской помощи без ущерба для пациентов с акцентом на правильно организованную ПМСП и восстановление муниципального здравоохранения, более широкое внедрение системы ДМС, включая индивидуальное и корпоративное страхование.

Вместе с тем, хорошо известно, что значительное увеличение расходов на здравоохранение не приводит к параллельному и столь же значительному улучшению состояния здоровья, что, в частности, подтверждают данные о младенческой смертности, являющейся одним из достоверных индикаторов общественного здоровья. **Поэтому главная задача состоит в том, чтобы не**

только увеличить расходы на здравоохранение, но и создать эффективную систему охраны здоровья, уделив первоочередное внимание выделенным приоритетам. Кроме того, необходимо сделать так, чтобы врачи и медсестры не ждали взяток от больных, чтобы руководство поликлиник и больниц за этим строго следило и не ожидало бы откатов при проведении тендеров, чтобы чиновники всех уровней привлекали бы к решению проблем медицинскую общественность и научные коллективы, готовили бы пациенто-ориентированные законы, назначали бы главврачей не за взятки, а за профессионализм, не наживались бы на закупках медицинской техники, лекарств и т.д. Система здравоохранения должна стать открытой и прозрачной.

В странах с государственно-бюджетной системой здравоохранения, например, в Дании, «гарантируемый государством объем медицинской помощи» (Package of Medical Benefits) является минимальным и помощь там оказывается в необходимых для пациента объемах и при достаточном уровне качества. Кстати, в Дании всем жителям медицинская помощь врачами общей практики оказывается бесплатно, а консультативная и лечебная помощь врачами-специалистами в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врачей общей практики также бесплатно, кроме стоматологии и физиотерапии, для чего предусмотрены соплатежи пациентов, но в пределах реальных доходов граждан. Частные медицинские учреждения не создают там конкуренции государственной системе здравоохранения и работают сами по себе, полностью отдельно. Система функционирует, как это и должно быть, при контроле со стороны общественности. Отсюда следует, что российская программа государственных гарантий, во-первых, должна быть научно обоснованной, а во-вторых, не являться догмой и определять только минимальный пакет того, что может гарантировать государство. Отказать в этом минимальном уровне нельзя, а добавлять в него исходя из потребности пациента можно и нужно, но при соответствующем обосновании. Поэтому ПГГ нуждается в корректировке или вообще в отмене, а вместо нее нужно гарантировать минимум сервисных услуг, но без поющих птичек и плавающих рыбок. Рассмотрим некоторые итоги реализации Программы (ПГГ) за 2012 г., которые представлены в виде соответствующего Доклада и приложенных к нему табличных материалов. Эти материалы были на сайте Минздрава РФ. На 2012 г. Правительством РФ был установлен подушевой финансовый норматив в целом для Программы государственных гарантий-7633.4 рубля и для базовой программы ОМС- 4102.9 руб. Отсюда видно, что основная финансовая нагрузка легла не на госбюджет, а на средства ОМС- 53.7%. Интересно то, что подушевые нормативы установлены не путем научного обоснования по результатам проведенных исследований потребности населения в различных видах медицинской помощи с последующей экспертной оценкой того, что должно быть бесплатным для пациентов, «исходя из установленных нормативов объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на одного человека в год и нормативов финансовых затрат на единицу объема по

видам медицинской помощи». Кстати, и эти нормативы не имеют достаточного научного обоснования и потому носят ориентировочный характер. Подушевой норматив на ОМС включал в себя расходы на оплату труда, питание, медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь. Консолидированный бюджет включал расходы на оказание скорой и специализированной медицинской помощи, помощи при отдельных заболеваниях, а также остальные расходы медицинских учреждений в системе ОМС, например, на коммунальные услуги. Из этих же средств оплачивались некоторые не основные медицинские службы и учреждения. Все эти финансовые нормативы являлись минимальными. Следует особо отметить проведенную значительную подготовительную работу перед реализацией ПГГ. Фактическое исполнение Программы не вполне соответствует заданным нормативам и получилось, что финансирование из средств ОМС составило 42,3%, а остальные 57.7%- за счет бюджетов всех уровней. Обращает на себя внимание постоянное снижение в % ВВП финансирования Программы- с 3.2% в 2010 г. до 2.7% в 2012 г., хотя в абсолютных цифрах расходы увеличены. Это говорит о том, что темпы роста ВВП превышают темпы прироста финансирования по ПГГ. Всего на душу населения для оказания бесплатной помощи тратится менее 400 долл. в год, что крайне недостаточно. Немало вопросов возникает и по числу медицинских учреждений, принявших участие в реализации ПГГ. Странно то, что среди этих учреждений на больницы приходилось 42.7%, на учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови-3.2%, на учреждения охраны материнства и детства-4.5%, прочие учреждения-21.4%, а на наиболее массовые амбулаторно-поликлинические учреждения- всего 28.2%. Между тем, в стране насчитывалось только 6.3 тыс. больниц на 1347.1 тыс. коек, 2912 подразделений скорой медицинской помощи и 16.3 тыс. амбулаторно- поликлинических учреждений на 3727.7 тыс. посещений. Однако в Докладе ничего не говорится о том, почему многие медицинские учреждения не участвуют в ПГГ. В системе ОМС работали 74.3% медицинских организаций, реализующих территориальные программы. Значит, речь идет не о частных клиниках, участвующих в системе ОМС, а о каких? Судя по Докладу (и предыдущим документам), у его авторов нет понимания, что такое ПМСП, куда приплюсовали стационары и нередко добавляют специализированную помощь. Согласно канонам здравоохранения, вся медицинская помощь подразделяется на амбулаторную и стационарную, амбулаторная в свою очередь подразделяется на первичную медико-санитарную помощь общего типа (ПМСП), скорую помощь и амбулаторную помощь специализированную, оказываемую врачами-специалистами в амбулаторно-поликлинических условиях, а стационарная медицинская помощь- по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса. Когда в Докладе говорится, что идет процесс сокращения койко-дней, то резонно возникает вопрос, за счет чего это происходит и куда дели тех больных, которые ранее заполняли койки. Не на улицу же их выставили? Что касается амбулаторных посещений на 1 жителя в год, то цифры в 9-10 посещений вызывают недоверие. Исследования в ряде городов страны показывали, что даже раньше, когда официально преподносилось 7-8 посещений, половина из них были приписками. Далее, не следует путать обращения и посещения. Обращение по

конкретному заболеванию (новому или не новому) фиксируется только раз в году, но по нему может быть сделано любое число посещений или визитов. С позиции пациентов посещения делятся на активные, когда пациенты сами приходят в амбулаторно-поликлинические учреждения, и пассивные, т.е. вызовные, а с позиции амбулаторно- поликлинического учреждения все выглядит наоборот. Показано, что объем скорой помощи сократился, но нигде не говорится, за счет чего и как это отразилось на людях. Сетование на то, что имеет место превышение объема по наиболее затратной скорой помощи, не обоснованы, т.к. либо неверно были установлены исходные нормативы, либо не работает система регулирования. Действительно, исходя из материалов Доклада, по затратам один вызов скорой помощи превышает стоимость амбулаторного посещения в 6.3 раза, одного койко-дня- в 1.01 раза, одного пациенто-дня в дневном стационаре- в 3.7 раза. Кстати, нет объяснения тому, что в ряде регионов Дальнего Востока, где превалируют немалые расстояния, имеет место существенное повышение объемов скорой медицинской помощи. Далее говорится о том, что скорая медицинская помощь в основном (66.1%) оказывалась на региональном уровне, хотя известно, что стоимость одного вызова, обслуживаемого муниципальной скорой помощью, значительно дешевле (на 29%). Следовало бы более деликатно относиться к термину «законченный случай лечения», поскольку лечение может быть закончено в другом учреждении, а «законченный случай» может заканчиваться летальным исходом. Кроме того, «законченный случай» в докладе выступает в качестве синонима обращению, что далеко не одно и тоже. Стоимость одного посещения в муниципальных учреждениях также значительно дешевле, чем в субъектах Федерации (на 34.4%), что исключает экономические мотивы почти полной ликвидации муниципального здравоохранения. Опять же авторы Доклада приводят стоимость одного обращения, перепутав его с посещением. А, как видно из материалов Доклада, на один случай обращения в рамках ПГГ приходится 2.5 посещения. Колоссальный разброс в стоимости 1 случая вызова неотложной помощи (ее не посещают, как это записано в Докладе) в разных регионах страны никак не объяснен. Произошло сокращение числа госпитализированных больных, и странно, куда они исчезли, ведь не настолько же выросло число больных в дневных стационарах. За 2010-2012 гг. несколько снизилась доля расходов на стационарную помощь (на 1.6%), однако, не понятно, за счет чего это произошло: снизился ли уровень госпитализации, т.е. уменьшилось ли число госпитализированных и почему, сократились ли сроки пребывания в стационаре, стало ли обследование и лечение более интенсивным и т.д. Аналогичные вопросы возникают по амбулаторной и скорой медицинской помощи, по которым причины изменений остаются загадками и не ясно, являются ли они случайными или управляемыми (тогда- за счет чего). Вообще-то в стране с 1990-х годов сложилась такая закономерность, что при сокращении объемов стационарной или амбулаторной помощи возрастают объемы более дорогой скорой помощи, поскольку скорая помощь пока бесплатная. Самые большие расходы по ПГГ приходились на оплату труда с начислениями (в среднем- 63.6%), а на коммунальные услуги- на удивление намного меньше (4.1%). Правда, и на лечение тратится совсем немного, особенно при сравнении с другими странами,

где на лечение уходит подавляющая доля средств, а на оплату труда- до 20%. Практически по всей стране, за исключением 17 территорий, территориальные программы не полностью покрываются необходимым финансовым обеспечением. А если денег не хватает, то могут страдать пациенты. Отдельно в Докладе выделено участие федеральных государственных медицинских учреждений (ФГУ) в ПГГ и подробно описаны их мощности и израсходованные средства. При этом особое внимание уделено так называемой у нас «высокотехнологичной медицинской помощи» (ВМП), которая финансировалась за счет федерального бюджета на 90.3% и бюджетов субъектов федерации (9.7%). Возникает вопрос, почему затраты на эту дорогостоящую помощь в расчете на одного больного существенно отличаются в учреждениях разной подчиненности. Так, в ФГУ Минздрава РФ средняя стоимость составила 139 тыс. руб., в ФГУ РАМН- 160 тыс. руб., в ФГУ медико-биологического агентства- 156 тыс. руб., в субъектах федерации- только 39.3 тыс. руб. Еще больше вопросов возникает при рассмотрении приложений в виде таблиц. Имеют свыше 30% дефицит финансирования территориальных программ (т.е. финансирование ТПГГ до 70%) 12 территорий страны (Брянская, Смоленская, Курганская, Томская области, Приморский край, республики Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкарская, Северная Осетия, Марий Эл, Бурятия, Хакасия). Почему это происходит, где выравнивающая роль центра и почему из-за недоработок чиновников должны страдать люди. Из таблиц 2.3 и 2.4 видно, что число больных в круглосуточных стационарах за год уменьшилось на 500 тысяч, а в дневных стационарах добавилось только 100 тыс. Куда исчезли остальные 400 тыс., или они внезапно выздоровели? Аналитические расчеты показывают, что ВМП оказывается в 6.8 раз дороже обычной стационарной помощи. Отсюда следует, что вектор развития здравоохранения следует развернуть в прямо противоположном направлении и сосредоточить основные усилия на предупреждении и раннем выявлении заболеваний, а не на весьма дорогостоящей ВМП. Ведь за эти средства можно оздоровить значительное число больных при тех же затратах на медицинскую помощь. Из таблицы 2.1. четко видно, за счет чего произошло увеличение стоимости (и будет дальше возрастать) одного вызова скорой медицинской помощи. Это произошло из-за практически полного разрушения муниципального здравоохранения, уменьшения финансирования муниципальной скорой помощи на 30.3 млрд. руб., т.е. на 66.2%, уменьшения числа вызовов на 26 млн. (на 59.3%). Скорую медицинскую помощь передали на уровень субъектов федерации, что в силу больших расстояний значительно увеличило расходы на ее содержание (на 36.5 млрд. руб.) при меньшем числе вызовов и обслуженных лиц, т.е. снизило доступность. Поскольку в анализируемых материалах нет данных об обоснованности вызовов, мы этого вопроса касаться не будем. Между тем, по отдельным территориям число вызовов СМП на одного жителя отличается в 2.1 раза, по посещениям- в 2.5 раза, по койко-дням- в 2.7 раза, по пациенто- дням в дневных стационарах- 7.5 раз, по стоимости одного вызова СМП- в 6.9 раз, по стоимости одного посещения- в 130.9 раз, по стоимости одного койко- дня- в 8.2 раза, по стоимости одного пациенто-дня- в 9.1 раза, а расходы на территориальные программы государственных гарантий отличаются в 10.7 раза.

Складывается впечатление, что мы живем не в одной единой стране, и что какая-то общая политика в сфере здравоохранения отсутствует. Если в таблицах показана значительная дифференциация территорий по линии ОМС, то зачем перекачивать деньги в этой системе снизу вверх и обратно. И, вообще возникает вопрос, нужна ли нам такая система ОМС. Кстати, возникают также вопросы относительно целесообразности такой ПГГ.

Кроме того, видимо авторы доклада предполагают, что все виды помощи, обозначенные в ПГГ, оказываются на бесплатной для пациентов основе. Однако, это далеко не так, и хорошо известно, насколько легко и просто заменить бесплатную и гарантированную медицинскую помощь на платную. К сожалению из результатов реализации ПГГ не ясно, что и кому государство гарантирует, за что оно платит и что в результате получает, и нужна ли такая программа вообще. Тем более, что введенное с 2013 г. одноканальное финансирование по «подушевому принципу» опять должно быть разделено, отдельно на медицинскую помощь и диспансеризацию. Как заявила замминистра Яковлева, «нам Правительство и Президент поверили и дали 80 млрд. на диспансеризацию, но на местах не развернулись и потому если мы не освоим эти 80 млрд., то будет плохо». И опять же, эти средства, скорее всего, выделены на проведение профилактических осмотров, а не в целом на диспансерное наблюдение. **Отсюда видно, что деньги выделяются, но сложившаяся бюджетно- страховая модель не в состоянии их переварить с пользой для пациентов.** Поэтому необходимо поэтапно отказаться от системы ОМС (средства на нее — не страховой взнос, а целевой налог, т.е. это не система страхования с рисками), как оправдавшей себя в условиях частной медицины и в переходном периоде, когда нужно было сохранить принципы социальной справедливости в условиях дефицита бюджета, в пользу чисто государственной (национальной) модели охраны здоровья с финансированием из бюджетных средств, собираемых путем налогов. Это важно, поскольку даже в некоем оптимальном варианте (до которого у нас предстоит огромная реформаторская работа) система ОМС затратна и будет постоянно требовать роста расходов, поскольку направлена на оплату медицинской помощи, потребность в которой будет непрерывно возрастать. При формировании бюджетов всех уровней должна быть предусмотрена защищенность расходных статей, связанных с охраной здоровья. Это позволит ввести договорные (контрактные) взаимоотношения, **обеспечить эффективное управление, планирование и контроль над общественными средствами, реализацию общенациональных приоритетов, содействовать охране здоровья и здоровому стилю жизни, обеспечить медицинскую помощь в полном объеме всем нуждающимся, устранить излишнее число субъектов управления, значительно упростить систему, снизить административные расходы почти в 2 раза, повысить координацию медицинской помощи, упразднить раздробленность финансово-организационных структур, ликвидировать немалые издержки на посредников, обеспечить этапность и многоуровневость оказания медицинской помощи, создать более благоприятный микроклимат в медицинских учреждениях и, по примеру**

других стран, затем сдерживать рост расходов на здравоохранение. В условиях ОМС и частной медицины это практически невозможно.

По данным Комиссии по макроэкономике и здоровью ВОЗ, во многих странах с недостаточным финансированием здравоохранения потери от высокой заболеваемости и смертности настолько велики, что составляет более высокий процент от ВВП, чем расходы на здравоохранение, а перенос части платежей на население существенно ограничивает доступность медицинской помощи и приводит затем к еще большим затратам. В подавляющем большинстве стран ($^2/_3$ экономически развитых государств) исторически, особенно после Второй мировой войны, сложилось финансирование здравоохранения из бюджета (Дания, Финляндия, Швеция, Норвегия, Ирландия, Италия, Испания, Португалия, Великобритания и др.) и только в некоторых (в $^1/_3$) странах (Франция, Германия, Нидерланды, Швейцария, Люксембург и др.) — на основе социального страхования. Кстати, именно страны с медицинским страхованием (США, Швейцария, Франция, Германия, Бельгия, Австрия и др.) расходуют на здравоохранение самую большую долю ВВП, именно в этих странах наиболее развито частное медицинское страхование (ДМС) и в них на медикаменты приходится наибольшая доля всех расходов на здравоохранение. Во многих из них в оплате труда обязательно присутствует рыночный принцип «гонорар за услугу» (fee-for-service), который значительно увеличивает стоимость медицинской помощи. В условиях бюджетного финансирования здравоохранения ДМС и прямые платежи населения являются дополнительными источниками финансирования и применяются для высокодоходной части населения (от 3000 евро и более в месяц), либо за определенные, более комфортные или необязательные виды помощи, при этом соплатежи потребителей имеют ограниченное применение из-за нарушения принципа социальной справедливости. В любом случае от прямых платежей освобождаются социально уязвимые группы населения (с низким доходом, безработные, пенсионеры), беременные, инвалиды и хронически больные.

Во всех странах Запада именно местным органам власти предоставляют большую финансовую автономию (оставляя там большую часть налогов) при оказании медицинской помощи и эта ответственность относится к округам (областям, землям, провинциям, ленам и т.д.) и муниципалитетам с тенденцией переноса акцентов со стационарной помощи на амбулаторную и далее на ПМСП и помощь на дому. И это правильно, поскольку именно на местном уровне

создаются все необходимые условия для повседневной жизни людей. Конечно, для восстановления в стране муниципального здравоохранения и наиболее приближенной к населению медицинской помощи общего типа потребуется пересмотр соответствующих полномочий, налоговой политики и денежных потоков. Уже сейчас принято решение о выделении 300 млрд. руб. на развитие сельских территорий.

Агентство Bloomberg (Bloomberg rankings — The World's Healthiest Countries. Bloomberg, 2012), исходя из данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка, составило рейтинг здоровья жителей 145 стран. При этом учитывались ОПЖ, младенческая и материнская смертность, причины смерти, курение и потребление алкоголя, физическая активность, излишний вес, уровень артериального давления, уровень глюкозы, распространение ВИЧ и других заболеваний, уровень загрязнения окружающей среды и др. Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования (рыночная, страховая модель) и с бюджетным здравоохранением (социальная модель) показал, что в группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности. Сравнивались 18 стран, разделенных на группы методом «копия–пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близкие показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например, ВВП на душу населения. В результате оказалось, что по соотношению затраты / управляемые показатели здоровья Италия более эффективна, чем Франция (а по рейтингу Bloomberg на основании данных ВОЗ, ООН и ВБ соответственно на 2-м и 13-м месте); Швеция более эффективна, чем Австрия и Германия (меньшие затраты и лучшие результаты); Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем Швейцария; государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США; Куба при затратах в 2,5–3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты с Чили и Коста-Рикой; Сирия, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в 6 раз меньше Турции, опережает ее в рейтинге Bloomberg; Украина и, особенно, Беларусь, тратя меньше России средств на душу населения на здравоохранение, имеют с ней близкие показатели здоровья. Из изложенного следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную

модель, демонстрируют более высокую эффективность по сравнению со странами со «страховой» моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны.

Государственная бюджетная модель, но не мобилизационная, распределительная, авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации, имеет множество преимуществ перед другими. Контракты или договора между органами управления и медицинскими учреждениями (вместо системы простого распределения средств по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы, возможность штрафов и другие условия, т.е. фактически должны содержать в себе **государственное задание**. Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, снизилась очередность на плановые госпитализации. При этом государство как бы выполняет функцию всеобщего страховщика. К преимуществам также относятся возможность установления и реализации национальных приоритетов, планирования медицинской помощи, профилактики, раннего выявления и своевременного лечения выявленных нарушений здоровья, в то время как в рыночной модели в приоритетном порядке финансируются острые заболевания или обострения хронических болезней, по которым больные обращаются за медицинской помощью. Неопределенность в бюджетной модели сведена к минимуму. При этом роль государства в охране здоровья и отрасли в планировании и организации медицинской помощи активна, а в рыночной модели роль общества (государства) должна быть максимально ограничена. **Самое главное отличие- это отношение к здоровью граждан**: если в рыночной модели здоровье- это личное дело каждого потребителя свободного рынка медицинских услуг, неисчерпаемый источник потребностей в медицинских услугах и роста рынка, то в бюджетной модели здоровье- это социальный актив, объект активного планового управления, важный фактор эффективности общественного производства (производительности труда и непроизводственных издержек), а основная часть населения не способна (или не имеет возможностей) самостоятельно заботиться о своем здоровье и некомпетентна как потребитель рынка медицинских услуг. В итоге, если критериями эффективности в рыночной модели является соотношение между затратами и субъективной оценкой степени удовлетворенности пациентов, то в бюджетной модели субъективная

удовлетворенность хоть и важна, но вторична, а эффективность должна оцениваться по соотношению затрат и управляемых объективных показателей здоровья. Последние критерии приобретают особую государственную значимость в связи с умеренным прогнозом Росстата о том, что в перспективе доля лиц в возрасте 65 лет и старше будет нарастать (сейчас-13%), а с 2015 по 2017 гг. численность трудоспособного населения будет ежегодно сокращаться на 1 млн. чел. Отсюда **роль здоровья как государственного ресурса резко возрастает.**

Некоторые эксперты считают, что государственно-бюджетная модель — это «тупик» и как бы возврат к советской системе здравоохранения, но это далеко не так, и многие не возражали бы против такого «тупика» в здравоохранении, как в Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Швеции, Финляндии и др., где нуждающимся оказывается весь спектр медицинской помощи. В качестве далеко не самого лучшего примера приведем Великобританию. В ней национальная (государственно-бюджетная) система здравоохранения финансируется из налогов по прогрессивной шкале, что ведет к относительной социальной однородности населения. Она отличается хорошо продуманной структурно-функциональной организацией и рациональным распределением обязанностей между отдельными компонентами. Известные и критикуемые недостатки этой системы (в том числе очереди) полностью компенсируются всемирно признанным высоким качеством медицинской помощи, ее эффективностью и абсолютной доступностью для всего населения, что позволяет реализовать принцип, заложенный еще в 1948 г. — Cradle to grave (с пеленок до могилы). Там все клиники юридически принадлежат местной общине, т.е. всем жителям — пациентам и персоналу одновременно, что позволяет более полно и точно учитывать местные специфические потребности и приоритеты, которые не всегда предусматриваются общенациональными стратегиями. Между уровнем общины и Департаментом (министерством) здравоохранения находятся 28 региональных стратегических управлений, которые интегрируют общенациональные приоритетные программы. В их подчинении находятся местные подразделения, именуемые трастами, которые подразделяются на оказывающие ПМСП и специализированную медицинскую помощь. Трастов по ПМСП 155, они потребляют 80% (!) всего бюджета здравоохранения, охватывают 30 тыс. врачей общей практики и 18 тыс. государственных стоматологов. Они также организуют первичную и вторичную профилактику, оказывают неотложную помощь, контролируют местную эпидемиологическую ситуацию и проводят вакцинацию. Они имеют право

«аутсорсинга», т.е. привлечения частных медицинских организаций, **но не всегда**, а лишь в случае возникновения неотложной потребности и отсутствия в данный момент возможности ее удовлетворения в государственных клиниках. Трасты также управляют работой большинства больниц и отвечают за оказание специализированной помощи. Трасты (и подчиненные им больницы) могут быть автономными, но входящими в состав всей национальной системы и оказывающими медицинскую помощь бесплатно. Автономность в данном случае означает меньший контроль со стороны государства и чиновников и большую свободу в управлении ресурсами. Активную роль в организации медицинской помощи играет Британская медицинская ассоциация, имеющая свои периодические издания. В Великобританию мигрируют врачи из системы медицинского страхования Германии (а там это восполняется врачами из России, Украины и других восточно-европейских стран), поскольку на новом месте им предоставляется большая самостоятельность при меньшем давлении бюрократизации и более высокая оплата труда.

В некоторых странах Восточной Европы, ставших на путь медицинского страхования, отмечаются серьезные проблемы в здравоохранении. Так, медики Чехии, Словакии, Венгрии и Польши выступили с объединенной акцией протеста против недофинансирования здравоохранения, низкой заработной платы, нехватки персонала, переработок, недостаточности объемов выплат от страховых компаний. Кстати, в Чехии, где средняя зарплата врачей в государственных больницах составляет 2,3 тыс. евро в месяц, профсоюз медработников требует увеличения зарплаты втрое превышающей средний по стране уровень, т.е. до 3,0 тыс. евро. В Чехии власти запланировали сократить число коек в государственных больницах, что равносильно ликвидации почти 30 больниц из 150, совершенно необоснованно мотивируя это тем, что в Швеции при той же численности населения число коек для тяжелобольных в государственных больницах вдвое меньше. Это сравнение некорректно, т.к., во-первых, нужно сравнивать число тяжелобольных, а во-вторых, в Швеции квалифицированная медицинская помощь оказывается, в основном, на догоспитальном уровне, система здравоохранения и его структура — иная, другой и порядок финансирования здравоохранения.

В Латвии профсоюз медицинских работников считает, что власти разрушают систему здравоохранения, требует увеличения зарплаты на 20% (до уровня 2009 г.) и в связи с этим обратился к руководству Евросоюза за поддержкой своих требований.

Даже в Германии, первой ставшей на путь медицинского страхования в условиях частной медицины (модель Отто Эдуарда Леопольда Бисмарка фон Шёнхаузена), сложилась сложная структура здравоохранения, основанная на многоступенчатой иерархии федеральных, земельных и корпоративных уровней, усложненная саморазвивающаяся система финансирования, что приводит к сложному набору ведомственных механизмов на разных уровнях. Они препятствуют проведению централизованной политики в стране, в т.ч. кадровой и в установлении общенациональных приоритетов в сфере здравоохранения.

Таким образом, рыночная (страховая) модель финансирования медицинской помощи априори обходится значительно дороже социальной (бюджетной) модели и не соответствует реалиям территориального, демографического, экономического и культурного развития России, что привело к вынужденному управленческому компромиссу- к созданию гибридной бюджетно-страховой модели. В этих условиях использование рыночной (страховой) модели закономерно ведет к деградации системы здравоохранения России даже на фоне увеличения его финансирования. Страны, сходные по своим условиям, достигают высокой эффективности, используя государственно- бюджетную модель. И потому в данной работе в том числе был использован и их опыт. Вопрос об отказе от системы ОМС в перспективе и о переходе в нашей стране на государственно- бюджетную модель является вполне обсуждаемым как в среде пациентов, так и среди организаторов здравоохранения (в медицинской среде), политиков, экономистов и юристов. Кстати, освобождающуюся нишу от обязательного медицинского страхования может частично занять индивидуальное добровольное и корпоративное медицинское страхование, которое пока развито в стране крайне недостаточно. Так что работа не только для фондов ОМС, но и для страховых медицинских организаций найдется.

Переход на государственно- бюджетную модель с договорными отношениями между органами здравоохранения и медицинскими учреждениями может быть относительно легким и безболезненным (в отличие от перехода в 1990-ые годы на систему ОМС) для всех участников этого процесса по следующим причинам:

-источники и объемы финансирования практически не меняются ибо у нас вместо страхового взноса по сути введен целевой налог

-функция сбора и аккумуляции налогов передается в существующие налоговые органы, которые могут быть усилены за счет соответствующих подразделений фондов ОМС

-страховые медицинские организации будут заниматься индивидуальным добровольным и корпоративным страхованием

- в органах управления здравоохранением из части работников фондов ОМС образуются отделы финансирования

-система значительно упрощается, повышается ответственность за здоровье и здравоохранение всех органов власти.

-на пациентах это практически не отразится, ибо как они должны были получать медицинскую помощь бесплатно для себя (по законам), так они в реальности и будут ее получать в государственных, муниципальных и частных (работающих по договору с органом управления) организациях при альтернативных вариантах ее получения в частных клиниках за непосредственную плату или по частному страхованию.

Что должно при этом улучшиться:

-уменьшается число участников процесса финансирования и организации медицинской помощи при повышении их ответственности

-у медицинских учреждений появляется мотивация того, чтобы люди были здоровыми, а не больными.

-значительно упрощается вся система финансирования

-исчезают посредники на пути движения государственных средств.

Возможно также рассмотрение и других моделей финансирования здравоохранения с учетом дифференциации населения и видов медицинской помощи, что особенно важно в условиях дефицита бюджета, т.е. для решения этих проблем возможны развилки, т.е. разнообразные варианты, которые могут быть вынесены на широкое обсуждение. При этом можно не виды медицинской помощи делить на платные и бесплатные (в программе госгарантий), а, как это имеет место в ряде стран (Нидерланды, Германия, Австрия и др.), делить население в зависимости от доходов и возможностей оплаты. В нашем случае уже сегодня граждане могут быть разделены на 3 группы по оплате медицинской помощи: из бюджета (дети, пенсионеры, неработающие, инвалиды), из системы ОМС (работающие с не очень высоким доходом и члены их семей), из системы ДМС, платных услуг и соплатежей —состоятельные с высоким доходом (при эффективной фискальной функции государства) при одних и тех же медицинских

стандартах, но возможно разных условиях их выполнения. Другой вариант, когда все мероприятия по оказанию медицинской помощи делятся на три группы: жизненно необходимые для всех граждан, оказываемые в первую очередь и за счет бюджета (т.е. бесплатно для граждан), важные по жизненным показаниям с возможностью соплатежей и желательные, полностью оплачиваемые самим пациентом, но с предоставлением налоговых льгот. Третий вариант уменьшения давления на бюджет состоит в разделении видов помощи. Например, медицинская помощь общего типа (ПМСП, скорая, неотложная и паллиативная), которая должна быть максимально приближенной к населению, независимо от его численности, может быть полностью бесплатной для граждан, а специализированная медицинская помощь, включая высокие медицинские технологии, может финансироваться из бюджета, платных медицинских услуг, системы ДМС или соплатежей в зависимости от доходов граждан. Возможен и такой вариант, представляющий собой сочетание людей с разной градацией дохода (70% — со слабо выраженной платежеспособностью, 10% — средний класс по нашим меркам, 20% — состоятельные люди) и видов помощи (массовым общего типа — ПМСП, СМП, амбулаторная и специальным — стационарная, узкоспециализированная, дорогостоящая). Для каждой такой сочетанной группы могут использоваться разные источники финансирования. Возможно также разделение медицинской помощи исходя из значимости для здоровья пациентов: жизненно необходимые, угрожающие жизни и здоровью, финансируемые на 100%, важные, финансируемые с учетом соплатежей пациентов, и желательные, оплачиваемые пациентом. Возможны и иные варианты. И, тем не менее, наилучшим выходом из нынешнего положения, по мнению авторов данной Стратегии, является переход на государственно-бюджетную модель, отличную от существовавшей ранее советской модели и имеющей сходство с моделью Великобритании и Испании, но обязательно с учетом выделенных (как в данной Стратегии) приоритетов. Это тоже может способствовать снижению бюджетной нагрузки на здравоохранение. Вместе с тем, не стоит забывать, и эта мысль проходит красной нитью через весь этот документ, что в стратегическом плане финансирование медицинской помощи, необходимой для восстановления здоровья и трудоспособности,- почти тупиковый путь, поскольку без воздействия на первопричины, т.е. на охрану здоровья (сохранение и улучшение здоровья) потребность в увеличении объемов медицинской помощи, улучшении ее качества, обновлении медицинских технологий (а каждая последующая технология всегда в

разы дороже предыдущей) будет только нарастать, что потребует дополнительного финансирования из различных источников. Вот почему в выделенных в Стратегии приоритетных направлениях (по крайней мере, в четырех из пяти) ведущая роль отводится именно системе охраны здоровья. Представляется, что изложенное послужило одной из причин возведения здравоохранения (в широком понимании) в ранг государственной приоритетной политики во многих странах с ответственностью за него первых лиц государства.

Сам страховой механизм финансирования медицинской помощи в России и принцип «оплаты за пролеченного больного» делают медицинские учреждения и фармацевтическую сеть, и об этом уже упоминалось, экономически заинтересованными в ухудшении здоровья граждан и в росте числа больных, даже в тяжелом состоянии, поскольку они проведут больше времени в медицинских стенах и потребят большее число медицинских услуг, включая лекарства. Отсюда видно, что медицинские учреждения никак сейчас не заинтересованы в росте числа практически здоровых лиц и в профилактических программах, чего не может быть в условиях государственно-бюджетной модели. А принцип «деньги следуют за пациентом» имеет гораздо больше изъянов, чем преимуществ. В условиях малых и средних городов, сельской местности, где наблюдается выраженный дефицит кадров и медицинских учреждений этот принцип является декларативным, не подкрепленным реальными условиями и может вызвать только раздражение у пациентов. Нельзя возводить в закон (ФЗ № 323, статья 21) то, что возможно осуществить только в крупных городах, да и при определенных условиях. Все это противоречит долгосрочным интересам государства и населения. Получается парадокс: с одной стороны гражданам разъясняют, что якобы на здравоохранение средств не хватает (хотя они есть и не на граждан тратятся), но при этом выбирают изначально самый затратный вариант, отрицая относительно менее затратную бюджетную систему.

Отсутствие какой-либо внятной стратегии охраны здоровья и развития здравоохранения ведет к тому, что рынок платных медицинских услуг ежегодно возрастает на 15–17% по причине плохого качества и низкой доступности бесплатной медицины. Платные услуги подразделяются на формальные, т.е. официальные по утвержденному прейскуранту, через кассу и неформальные, т.е. из рук в руки, которые не могут быть учтены и относятся к теневой стороне платных медицинских услуг. Принципы расчета с врачами и медсестрами из наличных средств от пациентов подробно представлены в работе Института

независимой социальной политики. Пациентов во многих случаях просто вынуждают платить за медицинскую помощь. При этом в подавляющем большинстве случаев пациенты не жалуются в вышестоящие инстанции и не обращаются в суд в соответствии со статьями 124, 125, 293 и др. УК РФ из-за значительных потерь времени и бюрократической волокиты. **Пока медицину спасает неразвитость судебной системы и правовая необразованность пациентов.** Только вопиющие случаи доходят до суда при особой настойчивости заявителей, однако, деликтная система нам не совсем подходит по разным причинам. Поэтому по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения и более эффективного использования ресурсов необходимо в соответствии с Конституцией РФ полностью отменить платную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. В этих условиях вместо ПГГ по оказанию бесплатной медицинской помощи может появиться ПГГ бесплатных сервисных услуг при оказании бесплатной для пациентов медицинской помощи. Однако, это может не повлиять на психологию пациентов, которые из пассивных получателей медицинской помощи, должны стать активными и ответственными участниками этого процесса и выдвигать необходимые требования. А для этого, по мнению Лиги пациентов (Саверский А.В.), должны быть по примеру ряда стран (Швеция, Ирландия, Чехия, Греция, Нидерланды) введены какие-либо соплатежи пациентов при получении ими амбулаторной или стационарной помощи. Вот только остается вопрос: эти соплатежи должны быть вместо платных услуг или в дополнение к ним? В любом случае проблема требует серьезного обсуждения. Как показывают опросы, платными медицинскими услугами в государственных и муниципальных учреждениях в стране воспользовались 82 млн. россиян, однако большинство из них недовольно качеством оказанной помощи. Людей просто насильно приучают к мысли, что за медицину надо платить. Из числа пациентов, получивших медицинскую помощь на платной основе, 77.6% оплачивали ее наличными, 11.9% за счет корпоративного полиса ДМС и 11.5% за счет личного полиса ДМС. 33% пациентов не пользовались платными услугами вообще. Наиболее часто за платной медицинской помощью обращаются к стоматологам, гинекологам, терапевтам, окулистам, косметологам. К другим специалистам несколько реже. Обращались за платными медицинскими услугами в основном люди с достаточно высоким уровнем дохода и образования, чаще имеющие хронические заболевания, среди них преобладали женщины. Некоторые считают платные

услуги вынужденной мерой, их должна заменить система ДМС или система соплатежей. Но, к сожалению, эта временная и вынужденная мера становится повсеместной действительностью и полностью вытесняет бесплатную медицинскую помощь. Например, государство гарантирует бесплатную помощь беременным и в родах, но каждый родильный дом предлагает услуги по платным родам, рядом с родильными домами группируются частные фирмы, а в женских консультациях часть обязательных исследований также проводится за отдельную оплату. Родовые сертификаты никак не повлияли на оплату родов и деньги взимаются под видом сервисных и дополнительных услуг, что как бы гарантирует лучшее отношение персонала. А серьезное заболевание потребует от пациента больших денег. При этом невозможно установить, какая часть личных средств является платой за услугу, а какая –взяткой за получение гарантированной помощи. Кстати сказать, платные услуги не гуманны, но они официально восполняют произведенные расходы (полностью, с избытком или частично), поскольку они не возмещаются государством. Тем более, что основными статьями расходов в медучреждениях является не лечение больных, а зарплата и, в меньшей степени, оплата коммунальных услуг. Таково мнение многих врачей. Отсюда возникает вопрос, если платная медицинская помощь так интенсивно развивается, то куда, кому и на что идут наши налоги и страховые «взносы»? Исследования показывают, что в Москве за расширение платных медицинских услуг для улучшения материального положения медицинских работников выступают 6.1% врачей, главным образом, молодые врачи со стажем работы до 5 лет, хотя квалификационные навыки обычно приобретаются на 12 году работы. Видимо, молодежь уже приучили к тому, что за все нужно платить самим, хотя медицинская помощь уже оплачена. Врачи с большим стажем также не возражают против платных услуг, имея в виду не медицинские, а сервисные и транспортные услуги. Кстати сказать, благодаря платным услугам государство получило возможность отложить на длительное время адекватное повышение финансирования здравоохранения, а медицинским учреждениям стало легче поддерживать свою деятельность. С.В. Калашников (2013) считает, что решение проблемы отказа от платных медицинских услуг в государственных учреждениях является краеугольным камнем в создании национальной модели здравоохранения, однако считает ненужным поспешное внесение поправок в ФЗ №323. С такой позицией вполне можно солидаризироваться. Вместе с тем, платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях

здравоохранения не должны, по нашему мнению, иметь место в силу следующих причин:

✓ страх перед болезнью, ее последствиями — незнание, как в таком случае нужно действовать, делает пациента полностью зависимым от врача, от его квалификации, порядочности, добросовестности. Отсюда следует, что пациенту можно «навязать» дорогостоящие обследования, дополнительные лекарства, и это становится повседневной практикой не только в частных клиниках. Недобросовестные медицинские работники понимают, чтобы помочь ближнему, люди готовы отдать все, даже остаться без жилья, а государство этому только способствует. Еще более 100 лет тому назад Флоренс Найтингейл (1820-1910) сказала: «Больше всего пациента беспокоит не сама болезнь, а страх перед неизвестностью»;

✓ бесплатную медицинскую помощь довольно несложно заменить на платную, делая назначения, не входящие в программу госгарантий, или заявляя о наличии очередей, об отсутствии талонов и т.п. Это явление достаточно широко распространено и захватило даже медицинские учреждения федерального подчинения. Кстати, программа госгарантий, в основном, работает на бумаге, а на практике положение иное и более сложное, и иногда пациентам со скандалом (вплоть до суда) приходится добиваться того, что им положено. Если совместить бесплатную медицинскую помощь с платной в рамках одного учреждения, то у врачей появляются соблазны получать деньги с пациентов. Не случайно пациенты шутят, что главная задача платной медицины- перевести острую боль в хроническую;

✓ пациенты лишены защиты в сфере платных услуг и неформальных платежей и потому неизбежно переплачивают за медицинские услуги, продавцом которых является врач (дополнительные и не всегда нужные консультации, исследования, койко-дни и т.д.);

✓ 70% наших граждан являются неплатежеспособными и балансируют между средним (по нашим меркам) классом и гранью выживания (при этом треть россиян относится к беднякам, они проживают в малых городах и на селе) и из-за отсутствия необходимых средств могут быть лишены даже гарантированной бесплатной помощи;

✓ платная помощь не является синонимом качественной помощи, ибо ее оказывают врачи с одним и тем же уровнем подготовки (только 30% россиян

считают, что наши врачи обладают должным уровнем квалификации, а 46%- уверены в обратном);

✓ платность медицинской помощи означает ее недоступность, и потому многие больные предпочитают лечиться самостоятельно и обращаются за медицинской помощью в запущенном состоянии. Это все создает недовольство пациентов и известное напряжение в обществе и приводит затем к весьма значительным затратам;

✓ платные услуги оказываются в государственных медицинских учреждениях, с использованием медицинской аппаратуры и реактивов, приобретенных за бюджетные средства, в том числе по программе модернизации; при этом 70% услуг оказывается на бесплатной основе и 30%- за плату, но беда в том, что бесплатные услуги обеспечиваются на 65-75% государственными средствами, а недостающие деньги забираются из платных услуг;

✓ отдельные категории граждан (например, работающие) вынуждены несколько раз платить иногда за одну и ту же помощь (из страховых взносов за счет недоплаченной зарплаты, из косвенных налогов, которые в конечном итоге включаются в цены, из своих прямых налогов и из своего кармана);

✓ платежи населения, особенно неформальные, никак не связаны с общественными приоритетами развития здравоохранения и эти средства не поддерживают профилактику болезней, ПМСП. Напротив, они содействуют росту объемов специализированной помощи и во многих случаях искусственно поддерживают излишние мощности медицинских организаций;

✓ в сфере платных услуг сейчас сосредоточены большие деньги, существенно выходящие за рамки статистической отчетности и государственного контроля. Происходит скрытая коммерциализация, а иногда и фактическая приватизация наиболее привлекательных для населения медицинских учреждений и служб с обратной стороной этого процесса- расслоением врачебного корпуса по доходам;

✓ внедрение платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях полностью противоречит Конституции РФ, международному опыту и рекомендациям ВОЗ. Несмотря на это платные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских учреждениях допускаются, если это обозначено в учредительных документах, которые, как выходит, имеют преимущество над Конституцией РФ.

Как известно, формальные платежи легко перевести в неформальные и это еще одна причина, по которой нужно отказаться от платных медицинских услуг вообще. Если платежи осуществляются официально через кассу, то врач от них получит не более 30%. Допустим, УЗИ в поликлинике стоит 600 рублей, врач из них получит 200 руб. Поэтому, когда пациент приходит к врачу, врач ему говорит: с вас 400 руб. И это выгодно врачу, который больше получит, и пациенту, который меньше заплатит, а в каждом кабинете видеокамеру не установить. Известны случаи, когда врачи направляют в кассу каждого 3-5 пациента для оплаты медицинских услуг. Все это может развращающее действовать на врача и в каждом пациенте он может видеть не больного, которому нужно помочь, а основной источник своих доходов, и в итоге это может привести к «похоронам» традиционного медицинского гуманизма. Врач должен, и об этом многократно подчеркнуто в данной работе, получать достойную оплату в зависимости от тяжести, напряженности, ответственности и результативности своего труда.

Европейское бюро ВОЗ (2012) рекомендует странам Европы постепенно сокращать до полного исчезновения непосредственные платежи пациентов. Это может сопровождаться одновременным развитием системы ДМС, на долю которой в европейских странах приходится 10% расходов на здравоохранение и которой пользуются лица с доходом выше среднего по стране (в России это начиная с верхней части среднего по нашим меркам класса). Непосредственная оплата населением в РФ сможет сохраниться в случаях приобретения медикаментов без назначения (рецепта) врача или при плановом поступлении на обследование или лечение в медицинские организации без направления врача, а также в частных клиниках. Кстати говоря, Агентство стратегических инициатив при Президенте РФ считает, что частные клиники должны лечить бесплатно по системе ОМС, а при ее отмене- посредством госзадания. Вводя платные услуги, власть, манкируя своими социальными обязательствами, постепенно урезает бюджетное финансирование здравоохранения, отнимает деньги у работающих и у непосредственных пациентов. Между тем, не все врачи однозначно относятся к платной медицине, но если бы они были уверены в увеличении расходов на здравоохранение и в повышении своих доходов, то практически все они стали бы сторонниками предлагаемых в Стратегии решений. Вместе с тем, складывается впечатление, что если сразу запретить платные услуги в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, где они составляют достаточно

приличную долю в общем финансировании, то здравоохранение может «рухнуть», и потому отказываться от платных медицинских услуг следует не одномоментно, а постепенно, по мере роста бюджетных расходов на здравоохранение. Как известно, Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) объединяет частнопрактикующих врачей, являющихся субъектом права, имеющих лицензию и работающих в рыночных медицинских условиях. Российское медицинское общество стало членом ВМА по договоренности, поскольку российская (и не только) медицина не соответствует уставным требованиям ВМА. Рыночное здравоохранение- это бизнес на болезнях, чего допустить никак нельзя с социально-гуманных (Конституция РФ) и даже экономических позиций, поскольку рыночная модель исключительно дорога и неэффективна, что хорошо видно на примере США, где уровень организации медицинской помощи весьма резко контрастирует с высоким уровнем развития медицины и немалыми выставляемыми счетами. Так по данным Truven Health Analytics Report, стоимость обычных родов в США составляет 30 тыс. долл., что вдвое дороже родов в элитной клинике под Лондоном, где в прошлом году родился наследник британского престола, а в случае кесарева сечения стоимость может возрасти до 50 тыс. долл. За 1.5 часа послеродового ухода придется выложить более 2000 долл., за сутки пребывания в больнице- 6 тыс., за кардиограмму для новорожденного-1500 и т.д. Стоимость пломбирования одного зуба превышает размер пенсии в 1200 долл. Здравоохранение в США- это гигантский бизнес и в течение десятилетий система там выстраивалась так, что во главе угла стоит забота не о здоровье пациента, а о его кошельке. На здравоохранение там тратится около 3 трлн. долл., большая часть которых (не менее 8% ВВП из 17%) –за счет пациентов, но эти деньги идут не столько на развитие медицины, сколько на бесконечные фонды, страховые компании, чиновников. Именно поэтому для нашей страны достойным примером может быть более социализированное европейское здравоохранение. Конечно, руководству нашего территориального здравоохранения проще купить за бюджетные и страховые средства медицинские услуги у частных клиник (и такие соблазны имеют место у нас в стране), чем содержать и обеспечивать государственные медучреждения. Однако пока этому препятствует целый ряд достаточно серьезных барьеров, и это хорошо. Тенденция на развитие платной медицины и постепенное замещение ею бесплатного здравоохранения с последующей приватизацией (или с передачей в долгосрочную концессию в

частные руки хорошо оснащенных государственных и муниципальных медицинских учреждений) губительна для нашей страны. Дело дошло до того, что 30 июля 2013 г. на заседании президиума Госсовета РФ Президент вынужден был заявить о недопустимости замещения положенной бесплатной медицинской помощи на платную, что существенно подрывает доверие населения к власти. Приветствуя такое заявление, можно к этому добавить, как отмечалось ранее, целесообразность полного отказа от платной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, что следует проводить постепенно по мере роста бюджетных расходов на здравоохранение. Буквально на следующий день после выступления Президента РФ с комментариями на радио «Эхо Москвы» выступила М.Гайдар. Вначале она привела данные ВОЗ о том, что по ППС в России в расчете на душу населения тратится на здравоохранение 1277 долл., в том числе 62.3% (т.е.796 долл.) за счет государства и 37.7%- из частных источников, среди которых более 80%- непосредственно от пациента, остальные- из корпоративной или частной страховки. Это дало возможность утверждать, что платная медицина- это свершившийся факт и неизбежность. Тем более, что проведенный параллельно опрос радиослушателей показал, что 71.6% из них при последнем визите к врачу платили деньги. С неизбежностью полностью платной медицины согласиться никак нельзя по многим указанным выше причинам. Затем речь шла о том, что в России избыточно много коек (97 на 10 000 населения) и врачей, а в других странах- в 2 раза меньше. Действительно, это чрезмерно для других стран, но не для России, с ее масштабами, разнородностью, климатическими зонами, расстояниями, дорогами, коммуникациями и плотностью расселения, где этого всего не хватает. Далее почему-то обсуждался вопрос об оплате за койко-дни. Да это порочный принцип (и это известно достаточно давно), при котором возникает заинтересованность в госпитализации больных с легкими случаями заболеваний, равно как порочен принцип оплаты за пролеченного больного, и это ранее подчеркивалось, поскольку он делает медицинскую и фармацевтическую сеть экономически заинтересованной в росте числа больных (а не здоровых), в том числе в тяжелом состоянии. На материалах заседания президиума Госсовета, которые частично перекликаются с рекомендациями настоящей Стратегии, вывешенной в Интернете и доступной для использования, нужно остановиться более подробно. Следует отметить, что это второе заседание Госсовета (первое было в 2003 г.), которое посвящено вопросам здравоохранения. Интересно то, что

вопрос этот обсуждался только чиновниками высшего уровня без присутствия специалистов. Поэтому, многие из них делали для себя открытия, например, в необходимости создания службы санитарной авиации или в расширении дневных стационаров. Дневные стационары хороши и экономны для легких случаев заболевания или для предупреждения обострений у хронически больных, причем для местных, а не приезжих или живущих на приличном расстоянии от дневного стационара. Как правило, там работают медсестры, умеющие ставить капельницы и проводить противорецидивное лечение. Затем, уже более 20 лет без каких-либо подвижек рассматриваются вопросы о платном- бесплатном здравоохранении, о финансовом дефиците, об улучшении уровня подготовки, о частной медицине и т.д. Ну, во-первых, просто ликвидация платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях без дополнительного замещающего финансирования не выгодна ни чиновникам, ни главным врачам, ни медработникам. Даже многих пациентов приучили к тому, что если они заплатят врачу, то он их вылечит. Во-вторых, теперь не муниципалитеты, а субъекты федерации являются собственниками многих медицинских учреждений. И, конечно же, главы этих субъектов уделяют им повышенное внимание. Теперь им же вменяется развитие частной медицины, к которой они никогда не будут относиться так же, как к сфере своей непосредственной ответственности. Реально Президент РФ для решения поставленных задач использует не потенциал общества, а вертикаль бюрократии, которая во многих случаях работает не эффективно. Президент РФ подчеркнул, что система ОМС не стала страховой, страховые организации служат посредниками, не отвечающими за результаты, и поставил перед Минздравом РФ мало реальную задачу по серьезным изменениям в ОМС. Гораздо проще и дешевле будет от нее совсем отказаться. Наконец-то прозвучал вопрос о некоей системе отбора к врачебной профессии, о запрещении замены бесплатных услуг на платные, с чем каждый из авторов данной Стратегии выступает давно. Ошибочно связывать наличие платных услуг только с недостаточной информированностью населения. На заседании мягко говорилось о необходимости совершенствования организации медицинской помощи, которую, на самом деле, нужно не совершенствовать, а кардинально менять. Многие произносимые слова были правильными, но их наполнение, содержание и исполнение может исказить смысл. Раньше ведь тоже правильные слова произносились, а здравоохранение довели до ручки. Министр здравоохранения на Госсовете с гордостью говорила об ускоренном развитии ВМП, но это путь

тупиковый и вектор развития здравоохранения должен быть, в первую очередь, развернут в прямо противоположном направлении. Нет уверенности в том, что все население воспримет с восторгом, когда основные средства направлены на помощь, которой могут воспользоваться менее одного процента пациентов. Прозвучали и интересные предложения об использовании средств, полученных в результате контрольных мероприятий в ОМС, пустить часть акцизных сборов от табака на нужды здравоохранения. Вызывает сомнение перспективность так называемого «государственно-частного партнерства», с помощью которого надеются на приток инвестиций в государственное здравоохранение. Из выступления министра здравоохранения было видно, сколько «дров» наломали за последние годы, какие усилия требуются для привлечения врачей на село, как и чем заменить почти полностью разрушенное сельское здравоохранение и т.д. В ее выступлении все время звучало «мы», видимо, подразумевая Минздрав. Так вот, Минздрав собирается разрабатывать клинические рекомендации, которые в других странах создаются в специальных исследовательских центрах, разрабатывать национальные клинические протоколы, которые должны носить не национальный, а локальный характер, адаптированный к каждому медицинскому учреждению. Благодаря программе «земский доктор», естественно, к земству никакого отношения не имеющей, на село приехали работать почти 8 тыс. специалистов. Но это капля в море. И не столько деньгами следует привлекать врачей и медсестер, а комплексом мероприятий, включающих социальный пакет, возможности для профессионального роста, соответствующее оснащение и транспорт и т.д. Минздрав отрапортовал, сколько и чего сделано для села, но правильно ли будет все это организовано во взаимодействии и правильное ли будет содержание всей работы- это очень большой вопрос. Опять позвучали успокаивающие средне-зарплатные показатели, весьма далекие от реального положения. Значительная ошибка допущена в трактовке результатов работы медицинских учреждений: для стационаров- это клинико-статистические группы, которые на самом деле не являются результирующими, а исходными для оплаты стационарной помощи; для амбулаторий- «по законченному случаю лечения», что противоречит любой логике. Во-первых, пациент может закончить лечение в другом месте, во-вторых, иногда, когда лечение заканчивается, наступает летальный исход. В третьих, что считать «законченным случаем» и т.д. Нужны совсем иные результирующие показатели, сравниваемые со стандартами на результат. И оплата труда должна ставиться в зависимость не от качества работы,

как считает Минздрав, а от ее результатов. Предложение о том, чтобы профессорско –преподавательский состав клинических кафедр принимал участие в консультативно-лечебном процессе на базе клиник, а работники этих медицинских учреждений имели бы возможность участвовать в обучении, - далеко не ново, и вначале нужно было полностью разрушить это взаимодействие, а теперь ставить вопрос о его восстановлении. Точно также предлагается создать систему отбора и подготовки кадрового резерва для управления здравоохранением, которая ранее существовала, а затем была разрушена. Видимо, люди ее предлагающие, не знакомы с имевшимся позитивным опытом, и это ни один раз подчеркивается в данной Стратегии. Нельзя было все разрушать, позитив нужно было сохранить, а негатив- изменить. Опять у нас возникает путаница в вопросах аккредитации и лицензирования. У предлагающих переход на «эффективный контракт» медработников, видимо, нет ощущения, что контрактный работник становится субъектом права, а это требует выдачи ему разрешения на деятельность, т.е. лицензии. Есть также опасения, исходя из предшествующих историй, что те средства, которые выделяются для здравоохранения, будут потрачены на приоритетные направления, на реальное (не мнимое) улучшение здоровья людей, на повышение удовлетворенности массовых пациентов. Хорошее предложение о трехстороннем договоре на обучение (субъект федерации, абитуриент и вуз), но в силу статьи 43 Конституции РФ (пункт 3), которой гарантируется высшее бесплатное образование на конкурсной основе, этого пока делать нельзя. Правда, с введением целевой контрактной подготовки на бюджетной основе с выпускника, нежелающего ехать по назначению, можно будет вернуть дополнительные средства социальной поддержки и ежемесячные стипендии, выплаченные его будущим работодателем. Не платы за обучение, которое должно быть бесплатным, а дополнительных выплат. На заседании Госсовета прозвучало также, что «система организации медицинской помощи нуждается в дальнейшем совершенствовании». Но, видимо, совершенствовать нечего, а требуются кардинальные преобразования на пользу гражданам и массовым пациентам.

Если паллиативная медицинская помощь всем больным в терминальном состоянии должна быть бесплатной, то интегрированный медицинский уход вполне может быть частично платным в зависимости от дохода семьи.

С другой стороны, тот, кто может и хочет платить за медицинскую помощь, может обратиться в частные клиники, видя в услугах частного сектора

альтернативу государственному здравоохранению. При платных медицинских услугах (формальным или неформальным путем) врачи в государственных и муниципальных учреждениях в погоне за количеством пациентов могут упустить вопросы качества, которые, естественно, страдают. Это происходит независимо от того, где врач работает — в государственной или частной клинике, поскольку примерно один и тот же уровень качества работы обусловлен не столько условиями труда и формой собственности, сколько подготовкой врачей, т.е. их образованием в широком смысле этого слова. И многие из врачей расценивают эти платежи от пациентов в качестве нормы поведения и жизни в современных условиях и закономерной платы за их усилия.

Пожалуй, только у зрелых врачей развивается внутренний конфликт и синдром хронической усталости (перегорания — burn-out syndrome) как следствие противоречия между клятвой Гиппократа, моральным долгом врача, врачебной этикой, с одной стороны, а с другой — повышенной нагрузкой, низкой оплатой труда и необходимостью унижать себя платежами пациентов. Указанный термин был впервые введен в 1974 г. американским психиатром H. Frendenberger, изучавшим эмоциональное истощение, а через 2 года K. Maslac включила в синдром эмоционального выгорания также утрату физического и психологического благополучия с потерей интереса к своей работе, негативно влияющего на социальное взаимодействие и приводящего к истощению жизненных сил. У многих молодых врачей моральные тормоза либо приглушены, либо отсутствуют вообще. Именно поэтому в процессе образования должны присутствовать и воспитательные элементы, и немалое внимание должно быть уделено этическим и деонтологическим принципам. Медицина и гуманизм — неразлучны. Ведь не случайно в медицинском образовании в США значительное число часов отводится психологическим проблемам, но не общего или теоретического характера, а в прикладном аспекте, например, инвалид и его психология, больной с язвой желудка и его психология и т.д. Врачей учат, как им нужно расположить к себе пациента, найти с ним нужный контакт, сделать так, чтобы он им доверился и стал их партнером в своем выздоровлении. В Великобритании врачей учат, как им взаимодействовать с местными органами власти, и это должно быть включено в программу обучения и у нас.

В здравоохранении, как и в любой системе, существуют определенные экономические отношения. Однако не все экономические отношения, как подчеркивалось, являются рыночными. Поэтому одновременно необходимо

постепенно отказаться от большей части рыночной терминологии в здравоохранении, поскольку целью любого рынка является получение прибыли, что является наряду с конкуренцией, соотношением спроса–предложения, торгом, выбором и ценой движущей силой развития экономики, а к социальной сфере это не вполне подходит. Нельзя делать бизнес на болезнях. Не нужно искать рынок там, где его нет и быть не должно в современных условиях. Рыночные механизмы неизбежно будут способствовать созданию условий, когда нарушится равный доступ к качественной медицинской помощи (это касается пенсионеров, малоимущих, длительно болеющих и др.), что автоматически приведет к нарушению прав пациентов и большей части населения. Не случайно в рыночной частной модели здравоохранения США появились специальные программы поддержания неимущих, пожилых и учащихся. Не может быть в обозримом будущем и повсеместной конкуренции медицинских учреждений и врачей, мало реален принцип повсеместного создания конкурентной среды. Пока же получается, что мы все дальше отходим от общественного характера здравоохранения, которое предназначено, в основном, для бедных и людей со средним доходом (а обеспеченные могут сами позаботиться о своем здоровье, в т.ч. через систему ДМС). К сожалению, система ДМС пока не получила в стране должного развития и ею в 67% случаев пользуются те, у кого есть корпоративная страховка, кто ранее имел частную страховку, либо получал медицинскую помощь непосредственно за плату. В любом случае должен быть определен объем и характер медицинских услуг в системе ДМС, что позволит уже к 2018 г. увеличить ее рынок в 4–5 раза.

3. **Увеличить доступность первичной медико-санитарной помощи, лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, и восстановить систему муниципального здравоохранения.**

Необходимо в определенной мере восстановить муниципальное здравоохранение в стране, что сделает медицинскую помощь намного более доступной для граждан и позволит снизить затраты на последующих уровнях ее оказания. Этому будут способствовать предполагаемые (по мнению Кудрина А.Л.) изменения в налоговой политике: перераспределение налогов в пользу муниципалитетов, возрастание налога на имущество и земельного налога, исходя из рыночной их стоимости, финансовое выравнивание со стороны субъекта федерации. Кроме того, муниципальные образования, в которых создаются

непосредственные условия жизни, имеют право самообложения (т.е. квазиналога), сбрасываясь на полезные общественные работы. И хотя муниципальные образования значительно отличаются друг от друга по финансовым и другим возможностям, это не может служить препятствием для восстановления муниципального здравоохранения или создания его в обновленном виде.

В крупных самодостаточных муниципалитетах (как правило, в городах) целесообразно сохранить орган управления здравоохранением, в них нужно активно развивать ПМСП, укрупненные консультативно-диагностические центры (КДЦ), или межрайонные, скорую и неотложную помощь, интегрированный уход, хосписы и стационарную медицинскую помощь общего типа, а специализированная помощь (диспансеры, больницы и центры высоких медицинских технологий — ЦВМТ) должна отойти на уровень субъекта федерации. На селе орган управления — это региональный департамент здравоохранения или региональное министерство субъекта федерации, а во всех муниципальных образованиях должны по минимуму присутствовать начальные и конечные этапы системы здравоохранения — ПМСП с дневным стационаром и интегрированный уход. На несколько мелких и средних муниципалитетов при наличии дорожно-транспортных коммуникаций могут создаваться больницы общего типа с амбулаторными отделениями, филиалы централизованной в регионе скорой медицинской помощи и хосписы, а основная часть специализированной амбулаторной и вся специализированная стационарная должна сосредотачиваться на уровне субъекта федерации. Центральной фигурой на селе является правильно подготовленный врач общей практики (ВОП), который во многих случаях может заменить собой узких специалистов и который организует работу на врачебном участке фельдшеров, акушерок, медсестер, парамедиков и волонтеров. ВОП осуществляет консультативные выезды на ФАПы. Формы организации работы ВОП зависят от численности прикрепленного населения, расстояний и сообщений, подготовленности персонала: индивидуальная общая врачебная практика с круглосуточным оказанием неотложной помощи и с дневным стационаром, Центры врача общей практики — на более чем 3000 населения. Специализированная медицинская помощь должна быть выездной с передвижной стоматологией, флюорографией, лабораторией и т.д. Все это должно сочетаться с применением современных технических и технологических возможностей, электронного здравоохранения, Интернета, дистанционных телемедицинских коммуникаций и дистанционного

консультирования, мобильных телекомплексов, скринингов, домашнего мониторинга, медицинского транспорта и всей транспортной инфраструктуры. В отсутствии достаточного транспортного сообщения не спасут селян разовые выезды в село ФАПа на колесах, оснащенного портативным УЗИ, простейшим электрокардиографом, средствами экспресс- диагностики, аппаратами для измерения АД и внутриглазного давления. И хотя такой комплекс стоит дешевле (3.5 млн. руб.) чем стационарный ФАП, заменить его никак не может, поскольку стационарный ФАП ведет профилактическую работу и оказывает помощь ежедневно, а передвижной- только диагностику, к тому же от случая к случаю. Многие горячие головы в отдельных территориях (например, в Новгородской области) решили заменить передвижные ФАПы на стационарные, не понимая, что передвижные виды помощи- это дополнительная работа, которая не может заменить собой ни полноценный ФАП, ни ОВП, ни больницу, ни скорую помощь. Совершенно не следует полагать, что современные организационные и информационные технологии могут применяться, как у нас некоторые полагают, вместо лечащих врачей- врачей общей практики и врачей в относительно небольших больницах общего профиля. В развитых странах такие системы используются в дополнение к этим врачам, содействуя более точной и качественной диагностике и обоснованному лечению, а скрининговые системы- более раннему обнаружению заболеваний. И тогда возникнет стройная система оказания медицинской помощи на селе, которая придет на смену разрушенному муниципальному здравоохранению.

Необходимо ликвидировать возможные противоречия между муниципальными образованиями и субъектами федерации в плане финансирования и оказания общей и специализированной медицинской помощи населению. Возможны варианты в зависимости от конкретных местных условий, в т.ч. от плотности и особенностей расселения, состояния дорог, транспортных сообщений и т.д., но при этом обеспечивая максимально возможную доступность медицинской помощи, ее этапность и оптимальную маршрутизацию пациентов.

Однако в первую очередь следует исходить из необходимости создания условий для охраны здоровья, осуществления первичной и вторичной профилактики болезней, выявление предболезни (донозологическая диагностика), проведение диспансеризации и оздоровления. Предболезнь- это переходный этап от здоровья к болезни (характерен для большинства населения), может протекать быстро, а может продолжаться годами и десятилетиями, постепенно приводя к

истощению имеющихся резервов и при отсутствии предупредительных мер к развитию болезни. Потому именно на местах и должна создаваться комплексная система охраны здоровья. Это не означает, что все должно завершиться к 2020 г., поскольку изложенное отражает перспективную нацеленность Стратегии.

Представленная модель здравоохранения, в первую очередь, на селе продиктована тем, что у большинства муниципальных образований всегда было недостаточно средств на оказание многих видов медицинской помощи.

Поскольку этот вопрос остро дискутируется, следует привести аргументы в защиту централизации финансирования и управления здравоохранением на региональном уровне. Во-первых, большинство стран сегодня свои системы финансирования здравоохранения ориентируют на достижения равенства различных регионов в финансовом обеспечении медицинской помощи. Во-вторых, «бедные» системы здравоохранения (как в РФ) должны быть централизованы: так легче ими управлять и их контролировать.

Некоторые эксперты выступают против централизации управления здравоохранением, мотивируя это тем, что это приведет к снятию ответственности с муниципалитетов за содержание инфраструктуры медицинских организаций, в том числе к закрытию районных больниц, включая центральные, и, как следствие, к снижению доступности медицинской помощи. Правда, ПМСП и интегрированного ухода это не коснется. В ответ можно однозначно сказать, что большинство муниципалитетов в РФ – бедные и всё равно получают средства на муниципальные нужды из регионального бюджета, т.е. для них это выглядит как упрощение процедуры финансирования. В дискуссиях, проведенных по этому вопросу в Государственной Думе, возражали против централизации полномочий только богатые муниципалитеты – в основном большие города, поскольку это во многом ограничивает их власть над распределением финансовых ресурсов в здравоохранении. Видимо, в них и можно сохранить муниципальное здравоохранение. Что касается ответственности региональных Правительств за доступность медицинской помощи во всех своих муниципалитетах, то для этого необходимо установить для каждого региона и муниципалитета целевые показатели по улучшению здоровья населения и по доступности и качеству медицинской помощи. Более того, в законе должно быть предусмотрено требование ответственности региональных органов власти за достижение этих установленных целевых показателей и публичной отчетности данных органов, однако это пока не предусмотрено.

В ПМСП должно быть занято не менее 45% всех врачей. ПМСП, хотя и не является самым дешевым разделом здравоохранения, но, по последним данным ВОЗ, обеспечивает лучшее соотношение цены и качества, затрат и результатов. Правильно организованная ПМСП с подготовленным в соответствии с международными требованиями персоналом общей врачебной практики должна занять ведущее место в перспективной системе охраны здоровья. В Алма-Атинской Декларации 1978 г., которая еще долго будет служить ориентиром для развития ПСМП в мире, поскольку пока ни одна страна не достигла высокой планки всеобъемлющего характера ПСМП, записано, что первичная медико-санитарная помощь – это зона первого контакта отдельных лиц, семьи и общины с системой **охраны здоровья.** Она максимально приближает медико-санитарную помощь (то есть первичную заботу о здоровье) к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса **охраны здоровья** народа. Она нацелена на решение медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации. Отсюда следует, что, во-первых, ПМСП фокусирует свое внимание на общине (коммуне), то есть на компактно проживающих людях, например, в микрорайоне. Во-вторых, ПМСП является всеобъемлющей, представляется всем слоям населения, учитывает и опосредованно влияет на факторы, находящиеся вне пределов прямого контроля со стороны традиционного здравоохранения.

Однако нередко многие рассматривают только медицинскую составляющую ПМСП, что является принципиально неверным и даже вредным, поскольку ПМСМ является составной частью системы охраны здоровья, её первичным уровнем, а не первичным уровнем только организации медицинской помощи. В пункте 3 главы 8 Алма-Атинской Декларации представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащих решению именно на этом уровне системы охраны здоровья, от контроля за рациональным питанием и доброкачественным водоснабжением до лечения, восстановления здоровья и трудоспособности. Такая широкая деятельность как раз и характеризует систему охраны здоровья и служит отличием от традиционного здравоохранения, которое фактически занимается, в основном, медицинской деятельностью. В западных медицинских школах при университетах врачей учат так, чтобы они понимали и учитывали социальные и внешнесредовые факторы, определяющие здоровье, и чтобы знали, как они влияют на пациентов и сообщества с тем, чтобы

осуществлять необходимые действия. Организация и координация всей ПМСП, реализующей межведомственный, межсекторальный подход к охране здоровья компактно проживающего населения, а также вовлечения в эту работу парамедиков, добровольцев и активистов ДЭЗов, кондоминиумов и муниципальных образований остается за главным институтом ПСМП — общей врачебной практикой (ОВП). Исходя из отмеченных выше задач, в ОВП не менее 60% объемов работ и затрат времени должно отводиться на всю профилактическую и координирующую деятельность, для чего ОВП должна поддерживать постоянные контакты с местными органами власти, социальной службой, санэпидслужбой, аптечной сетью, центрами медицинской профилактики и другими лечебно-профилактическими учреждениями.

Иначе говоря, главное лицо в ОВП — врач общей практики (ВОП) — это не просто врач, ведущий первичный прием пациентов по широкому спектру проблем, его функции гораздо более широкие и они ориентированы на охрану здоровья граждан, проживающих в курируемой им общине (микрорайоне, поселении). Работа ВОП должна основываться на трехстороннем договоре с вышестоящей медицинской организацией (создание и оснащение ОВП, подбор кадров, организация профосмотров и диспансеризации, контроль и обеспечение качества, прием пациентов по направлению ВОП, консультативная помощь) и местными органами власти (задание на объемы работ по охране здоровья и оказанию медицинской помощи, текущее содержание ОВП), в котором должны быть прописаны все взаимоотношения. Получая финансирование из бюджета, ВОП имеет право как самостоятельно хозяйствующий субъект использовать эти средства на расширение и улучшение своей деятельности без каких-либо согласований и разрешений. В Нидерландах очень сильно развита ПМСП, она имеет основательное научное сопровождение в виде Национального института ПМСП (NIVEL). Врачи общей практики проходят специальную трехгодичную последипломную подготовку, обслуживают в среднем 2.5 тыс. жителей и используют в своей практике стандартные диагностические и лечебные приемы, основанные на принципах доказательной медицины. Только ВОП могут направить пациента на консультацию к врачу- специалисту или на госпитализацию, даже если пациент готов платить сам за себя. Это помимо удобств для пациентов и разумной организации медицинской помощи позволяет сдерживать затраты за счет необязательных госпитализаций. Как отмечалось, в зависимости от дохода 70% голландцев имеют обязательную медицинскую

страховку, оплачиваемую работодателем или фондом социального страхования, а 30% получают помощь по частному медицинскому страхованию (ДМС). Непосредственные затраты на получение медицинской помощи застрахованному пациенту возмещаются по любой из медицинских страховок. Если больничная помощь финансируется через оплату за услуги, то при получении ПМСП пациенты оплачивают ее сами с последующим возмещением. Благодаря своей центральной и сильной позиции врач общей практики играет ключевую роль в профилактике. Структура посещений ОВП в Нидерландах такова: 74% пациентов приходят непосредственно на прием к ВОП, 18% удовлетворяются консультациями по телефону и 8% приходится на посещения на дому. Что касается непосредственно лечебной работы в ОВП, то помимо функции привратника (gatekeeper) она имеет существенные отличия от таковой в участковой службе. Если участковый терапевт должен вначале поставить диагноз (на диагностические исследования уходит не менее трёх дней, а болезнь на этот период не приостанавливается), а затем назначить адекватное лечение, то врач общей практики (ВОП) за счет более широкой подготовки при первом же контакте с пациентом старается облегчить его состояние, воздействуя на симптомы и синдромы.

В классификацию WONCA (Всемирной организации по семейной медицине) входят разнообразные симптомы и синдромы, многим из которых (например, боль в спине) посвящены многочисленные конференции и симпозиумы. Этим самым данная классификация принципиально отличается от МКБ-10. В классических учебниках по ОВП приводится перечень наиболее часто встречаемых проблем (симптомов и синдромов) у пациентов: боль в животе, диспепсия, беспокойство, тревожность, боль в спине, боль в груди, кашель, дерматиты, головная боль, боль в ушах, инфекции мочевых путей, ожирение, гипертензия и другие. Другим не менее важным отличием в лечебной деятельности ВОП является то обстоятельство, что в других странах (например, в Голландии) он несет ответственность (моральную, правовую и материальную) за пациента, где бы тот не находился. В Голландии ВОП не посылает своего пациента в больницу по направлению (то есть по бумажке, которой не поверит ни один врач стационара и начнет обследование заново), а сам его отвозит. Вместе с будущим лечащим врачом больницы, который впервые видит данного пациента, они совместно назначают план стационарного обследования и лечения. Без согласования с ВОП врач стационара не имеет права внести в него какие-либо

коррективы. Более того, без ВОП он не может выписать больного из стационара, так как ВОП может не принять выписываемого под своё наблюдение, поскольку в стационаре больного не долечили. При такой системе больницы представляют собой не «лежбище» как это нередко бывает у нас, а место для интенсивного круглосуточного лечения и ухода, и там не станут, как у нас, делать операции в стационарных условиях, которые можно произвести в дневной хирургии (а таких не менее 20–25% всех операций).

В принципе в общей врачебной практике помимо ВОП могут работать также фельдшер, акушерка, зубной врач со средним образованием, психолог, медсестры (на приеме, патронажная, физиотерапевтическая, обученная медико-санитарной работе, в дневном стационаре, по интегральному уходу или совмещающие эти функции), санитарки и другие. Тогда это будет соответствовать Центру общей врачебной практики (ЦОВП), о чем говорилось в приказе Минздрава РФ № 112 от 21 марта 2003 г., хотя содержащиеся в приложениях к нему штатные нормативы требовали пересмотра. Также нуждается в совершенствовании и примерный табель оснащения ОВП, утвержденный приказом Минздрава РФ № 350 от 20 ноября 2002 г.

Исследование, проведенное Л. Ши в 50 штатах и округе Колумбия (США), показало, что именно количество врачей первого контакта (а не общее число врачей или врачей-специалистов) тесно связано с показателями здоровья населения, в частности, со смертностью и средней продолжительностью жизни. Когда в Финляндии в 1990-е годы разразился финансово-экономический кризис, там были вынуждены значительно сократить все социальные службы, включая и здравоохранение, оставив в неизменном объеме лишь ПМСП, что не привело к ухудшению здоровья населения.

Согласно хорошо известному Левенхорстскому определению 1974 г. (Leewenhorst group), ВОП — это выпускник медицинского колледжа (вуза), имеющий лицензию, который оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную помощь отдельным людям, семьям и обслуживаемому населению, независимо от пола, возраста и вида заболевания. В этом определении фактически подчеркнуто, что ВОП имеет дело со всеми прикреплёнными пациентами (детьми, подростками, взрослыми и пожилыми) и практически со всеми проблемами пациентов. Однако это возможно лишь при условии соответствующей до- и последипломной подготовки по широкому спектру дисциплин и наличия соответствующего разрешения на самостоятельную

деятельность в виде лицензии. Более точным, хотя и не совсем полным, является определение F. Olesen, опубликованное в 2000 г. в Британском медицинском журнале (BMI). Из этого определения следует, что ВОП является подготовленным специалистом для работы на линии фронта системы охраны здоровья и для принятия первоначальных шагов по обеспечению помощи по тем проблемам здоровья, которые имеются у населения. И далее «ВОП осуществляет профилактику, диагностику, лечение, уход и облегчение, используя и интегрируя биомедицинские науки, медицинскую психологию и медицинскую социологию».

Европейское региональное бюро ВОЗ неоднократно подчеркивало, что ОВП занимается проблемами здоровья (и факторами на него влияющими) всего обслуживаемого населения и одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь. Это ещё раз подчеркивает, что ВОП — это не только, и не столько клиницист. И если такой врач будет хорошо подготовлен по педиатрии (что позволит ему рассматривать проблемы здоровья семьи в целом), а педиатр наряду с другими специалистами будет выступать в качестве консультанта для такого врача, то все скептические мнения относительно развития ОВП в стране просто исчезнут. Тем более, что в тех странах, где именно в таком виде существует ПМСП, уровень здоровья людей намного выше. Там, напротив, стараются не допускать выявления заболеваний в запущенных стадиях, хронизации патологии, перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание, что требует очень дорогостоящего лечения в высокотехнологических центрах. Таким образом, главными задачами врача общей практики помимо чисто медицинской деятельности являются координация усилий различных ведомств для создания системы охраны здоровья на уровне небольшой и компактно проживающей группы населения (общины) и осуществление там необходимых мероприятий по первичной профилактике болезней, как в сельской, так и городской местности. В Московской области, по свидетельству областного министра здравоохранения Н.В.Суслоновой, большие надежды возлагаются на ВОП, но в том, что там будет правильно организована ПМСП, имеются некоторые сомнения.

Поскольку в современных условиях имеется выраженная необходимость интегрального видения проблем пациентов с самых первых контактов с системой охраны здоровья, то альтернативы общей врачебной (семейной) практике в этом отношении фактически нет. Кроме этих задач врач общей практики (семейный врач) оказывает необходимую врачебную помощь общего типа по семейному

принципу, что делает её более приближенной и доступной для населения. Поэтому на самом деле речь не идет о разрушении каких-либо сложившихся медицинских специализированных служб. Напротив, благодаря внедрению общей врачебной (семейной) практики авторитет и эффективность специализированных служб должны значительно возрасти.

Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь должна быть сосредоточена в консультативно-диагностических центрах (КДЦ), преобразованных из поликлиник и амбулаторий в сочетании с центрами здоровья. Пациенты должны поступать в эти центры по направлениям ВОП. Врачи-специалисты (включая педиатров и интернистов) при этом ведут не только лечебно-диагностическую работу, но и выступают в роли консультантов для ВОП и помогают им в проведении медицинских профилактических мероприятий и диспансеризации. В развитых странах широкое развитие получает превентивная медицина, которая включает не только (как у нас) прививки против целого ряда инфекционных заболеваний, но и вакцинацию против весьма распространенного рака шейки матки, генетический анализ, позволяющий выявить предрасположенность к отдельным заболеваниям, профилактические хирургические вмешательства. У нас же в стране созданы 700 центров здоровья, выделены на них, на их рекламу, на создание сайтов немалые деньги, а посещаемость их оставляет желать лучшего, тем более, что дальнейшая судьба обследованных пациентов неизвестна. Не удивительно, что даже главный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине смешивает понятия осмотра и диспансеризации и сообщает, что выполнение плана по осмотрам не влечет за собой оздоровление выявленных пациентов с отклонениями от нормы.

Среди всех видов осмотров ведущая роль принадлежит профилактическим осмотрам, которые подразделяется на периодические (не разовые), комплексные и массовые, и целевые (в т.ч. скрининги), ориентированные на «донозологическую диагностику» и раннее выявление у предрасположенных или лиц с повышенным риском тех заболеваний, для которых раннее лечение может дать хороший результат, например, целевой скрининг на некоторые формы онкопатологии. Обследования при этом должны включать в себя специфические и чувствительные тесты. В некоторых странах, да и отдельные специалисты стали говорить о неэффективности профилактических осмотров, о гипердиагностике при них и т.д. Однако В.М. Шипова (2013) показала, что в соответствии с приказом Минздрава РФ №1011н профилактические осмотры являются

функциональной обязанностью участковых врачей, а по приказу Минздрава РФ № 1006н расширен контингент, подлежащий профилактическим осмотрам, изменен перечень лабораторных и инструментальных исследований, определена периодичность осмотров, расширен перечень врачей-специалистов, по итогам-проводится оценка состояния здоровья. Кроме того, В.М.Шипова показала себестоимость медицинских осмотров. Затраты на проведение осмотров окупаются за счет последующей диспансеризации взятых под диспансерное наблюдение, в том числе за счет их оздоровления. В течение года от момента выявления рака у нас погибает 61% больных с раком пищевода, 54% — с раком легких и трахеи, 53% — с раком желудка, 30,5% — с раком прямой кишки, 22,6% — с раком молочной железы и 20% — с раком матки. Например, рак желудка в 42% случаев выявляется на самой поздней IV стадии, когда лечение неэффективно и умирающие нуждаются в паллиативной помощи, домах сестринского ухода и хосписах, т.е. в достойных условиях для смерти. В Японии 90% случаев рака желудка (а рак желудка и инсульт там являются «краевой патологией») выявляются на самой ранней первой стадии, а в России- на первой и второй стадиях только 10%. Рациональное питание (овощная диета без жареной, острой и соленой еды) в сочетании с отсутствием стресса и депрессии позволяют снизить частоту рака желудка в 1.5 раза. А это означает, что основная проблема сосредоточена не в лечении рака, а в системе охраны здоровья, профилактике и раннем выявлении. Из 500 тыс. ежегодно выявленных и учтенных больных с раком 30,5% умирают в тот же год, и только 30% имеют неплохие шансы на будущее. Характерно, что среди заболевших раком, мужчины чаще умирают, чем женщины, что обусловлено более высоким изначальным риском и более поздним выявлением заболевания. Каждый год в РФ умирают от рака 300 тыс. больных из числа выявленных в текущем году (это 152,5 тыс.) и в предыдущие годы, но больше 50% из них могли бы остаться в живых при раннем их выявлении и адекватном лечении инновационными препаратами, не для всех доступными. Если же рак выявляется на самом начальном этапе, то до 80% больных прожили бы еще 5 лет и более. Поэтому для раннего выявления этого заболевания необходимо использовать все возможности: самообследование, профилактические осмотры, скрининги (общие и целевые), доврачебный осмотр медсестрой, первичный осмотр любым врачом, как это было организовано ранее и т.д. Однако из всех больных раком в стране не менее трети находится под риском снижения финансирования лечения в 2 и более раза, не говоря уже о том, что по

ФЗ №94 для онкобольных должны приобретаться не эффективные, а наиболее дешевые препараты. То есть, помимо выявления случаев рака возникает не менее важная проблема, как и чем лечить таких больных.

Одной из самых распространенных форм рака у женщин является рак молочной железы (РМЖ), ежегодно в РФ регистрируется свыше 50 тысяч новых случаев этого рака, причем пик этого заболевания приходится на 45–50 лет. Заболеваемость за последние 10 лет выросла на 20%. Каждый год от рака молочной железы умирает более 22 тыс. женщин, а их дети остаются сиротами. К факторам риска обычно относят возраст, наследственность, половые гормоны, а роль пролактина до конца не изучена. Большинство опухолей молочных желез обнаруживают при самопроверке. Если РМЖ выявляется на начальной стадии, то выживаемость достигает 94%, если на второй стадии, то она снижается до 70%, если на третьей — до 40%, а если на четвертой — до 15%. Однако, к сожалению, женщины не идут на профилактические осмотры, хотя в Москве, например, задействован скрининг на 86 компьютерных маммографах, на которых можно пройти бесплатное обследование, и все женщины, которым при РМЖ положены противоопухолевые препараты, их получают. Стоимость такого лечения составляет 1,2 млн. руб. в год и оно, как считает главный онколог Москвы А. Махсон, увеличивает 5-летнюю выживаемость на 20%. Кроме того, в Москве онкологическая служба организуется по такому принципу: в каждом округе — хорошо оснащенный онкодиспансер, который затем становится поликлиническим отделением стационара. Таким образом, ранняя диагностика помогает предотвратить риск дальнейшего развития рака молочной железы, а своевременное выявление и лечение эндокринных заболеваний снижает риск возникновения этого вида рака на 50%. Именно так считают специалисты-участники конференции «Актуальные вопросы патологии репродукции» (Барнаул, сентябрь 2011 г.). Основными факторами, увеличивающими риск развития РМЖ, являются ранние и частые аборты, отказ от кормления грудью, раннее начало менструаций и поздний климакс, нарушения функции яичников, нарушения гормонального фона, сильные потрясения заболевания родственников по материнской линии. Поэтому каждая женщина после 20 лет должна регулярно проводить самопроверку молочных желез (наличие уплотнений, изменения размеров, ассиметричность, сморщивание кожи или ямочки на ней, язвочки, втягивание соска, сыпь, эрозия, выделения, увеличение лимфоузлов, отечность рук, боль), проходить врачебный осмотр (до 40 лет- 1 раз в 3 года, после 40 лет-

каждый год), регулярно посещать маммолога и проходить маммографию. В последние годы в 54 регионах России созданы условия для бесплатного маммологического обследования и частично для лечения препаратами нового поколения. Но женщины не идут, не понимая, что выявленный на 4 стадии рак лечится всего в 13–18% случаев. В России онкоскрининг регулярно проходят не более 20% женщин, а в Швеции — 80%. Между тем в Великобритании, где национальная программа скрининга на рак молочной железы действует 25 лет, рассматривается вопрос о гипердиагностике при маммографии и даже стоял вопрос об отмене скрининга.. В последнем (июнь 2013) номере Journal of the Royal Society of Medicine показано, что регулярные исследования снижают смертность от РМЖ на 20%, но участие женщин в этой программе должно быть добровольным, а не обязательным. Однако проблему РМЖ нужно рассматривать только в комплексе — профилактика, ранее выявление, лечение, доказанное мировой практикой, реабилитация, интегрированный уход на дому, в домах сестринского ухода, в хосписах. Даже в Москве имеется всего 8 хосписов на 240 коек при, как отмечалось, ежегодном числе умирающих от рака в 18 тыс. больных. Необходимо возобновить отмененные Минздравом РФ целевые скрининги на отдельные формы рака. Например, среди заядлых курильщиков и рабочих горячих цехов целесообразно проводить скрининг на рак легкого, при наличии наследственной предрасположенности, хронических воспалительных болезнях кишечника и дисфункциях- скрининг на раннее выявление рака кишечника. На начальной стадии почти все злокачественные новообразования поддаются лечению. Даже на второй стадии неплохие результаты достигаются при лечении рака молочной железы, яичников, простаты, головы и шеи, лимфомы и др. Плохо поддаются лечению злокачественные опухоли легкого, трахеи и бронхов, желудка, поджелудочной железы. А если появляются отдаленные метастазы, то прогноз крайне неблагоприятный.

Если здравоохранение начинается с ПМСП, то заканчивается оно медицинским уходом и паллиативной медицинской помощью. Медицинский уход- комплексная система поддержки пациентов, их семей, групп населения и общества в целом, включающая в себя медицинский, психологический и социальный компоненты. Различают общий медицинский уход (младшая медсестра), специальный медицинский уход (сестринский уход), восстановительный или реабилитационный уход, паллиативный уход как часть паллиативной медицинской помощи. Пациентами медицинского ухода являются, как правило,

неизлечимые или трудно излечимые больные после инсульта, инфаркта, тяжелого заболевания органов дыхания и др., которые нуждаются в повседневном медицинском наблюдении и оказании поддерживающей терапии. В последнее время для более оперативного слежения за такими пациентами применяются специальные датчики и анализаторы, позволяющие вести наблюдение дистанционно, что позволяет более качественно осуществлять уход, подобрать адекватную терапию и увеличить нагрузку на одну медсестру. На основе медицинского ухода в развитых странах появилась так называемая «интегрированная помощь», объединившая усилия медицинских и социальных служб в уходе за тяжело больными и престарелыми, что по сути означает медико-социальную помощь, которая активно развивается в Европе при поддержке ВОЗ. Сейчас интегрированная помощь трактуется не только как практика, но и как научная дисциплина. С 2000 г. стал регулярно выходить соответствующий международный журнал «International Journal of Integrated Care», организуются международные симпозиумы и конференции. Очередная конференция «Интегрированная помощь на практике» прошла 13 апреля 2013 г. в Берлине. К сожалению, в России такой подход не получил своего развития, а объединение Минздрава с социальными службами (в отличие от других стран) оказалось в наших условиях неэффективным. В России эта помощь имеет глубокие исторические корни, особенно после принятия христианства, когда немощные, больные и убогие могли найти приют при монастырях с бескорыстным уходом сестер-монахинь. Затем появились общины сестер милосердия, традиции которых и легли в основу паллиативной помощи. Большую роль в научно- практическом развитии этого направления играли представители царской династии и известные российские меценаты (братья Елисеевы, Морозовы, Солдатенковы и многие другие), которые в отличие от многих нынешних олигархов жили и работали в своей стране и старались помогать простым людям. Уход за больными и умирающими людьми существовал еще в древние времена, отношение к неизлечимому больному в процессе исторического развития многократно менялось: от полного невнимания к умирающим больным, поскольку необходимо было помогать имеющим какие-либо шансы на выздоровление (этот подход наиболее полно описан Гиппократом), до оказания неизлечимому или умирающему больному особой помощи, поскольку такие больные способны чувствовать, слышать, реагировать и понимать до самого конца. В самостоятельную медицинскую специальность паллиативная медицина была

выделена из медицинского ухода в 1987 г. в Великобритании- родоначальнице хосписного движения. Тогда же было обозначено, что паллиативная медицина изучает и оказывает помощь пациентам с активными, прогрессирующими и далеко зашедшими формами заболеваний, чей прогноз длительности жизни ограничен, а помощь сфокусирована на создании лучшего качества оставшейся жизни. Практически повсеместно за рубежом паллиативная помощь бесплатна для пациентов и оплачивается за счет бюджета, как в Великобритании, или за счет благотворительных пожертвований. И это абсолютно правильно со всех точек зрения, ибо за то, чтобы родиться или умереть, платить нельзя. Паллиативная помощь предназначена, в основном, для тяжелых больных в терминальном состоянии. Это в полной мере относится к умирающим онкологическим больным, и не только. В среднем в зарубежных хосписах находятся до 80% больных с онкопатологией, которые остро нуждаются в обезболивании, и 20%- с другими неизлечимыми заболеваниями. К сожалению, в российских хосписах (а их более 200) паллиативная помощь оказывается только онкобольным. В хосписах должны создаваться, по возможности, комфортные условия в оставшееся для жизни больных время: вместо палат могут быть крохотные однокомнатные квартирки с незапирающимися дверями, выходящие на сестринский пост, столовая, клуб и т.д. Для детей должны быть палаты- трансформеры, которые легко трансформируются для удобства больных детей. Конечно, стационарный хоспис намного эффективней, чем хосписы на дому, но и они также нужны. Сразу же нужно сказать, что в связи с крайне недостаточной социальной профилактикой и поздним выявлением злокачественных новообразований потребность в хосписных койках будет только возрастать. Во многих странах введена специализация для врачей и медсестер по паллиативной медицине, а в США введено даже такое понятие, как «уличная медицина» (street medicine), по которой нужно сдавать экзамен и которая предназначена не только для умирающих больных, но и бездомных, психически больных (вне клиник) и др. Мировая статистика (World Cancer Research Fund) показывает, что сейчас началась мировая эпидемия рака и каждый год в мире регистрируются 12 млн. случаев рака, что обусловлено постарением населения, усиливающимися факторами риска, некачественным питанием, изменениями в образе жизни в разрастающихся мегаполисах. Меньше, чем за 10 последних лет, число больных раком выросло на 20%, причем почти в четверти случаев (23.3%) рак можно было предотвратить. Успехи в лечении рака

не столь впечатляют, несмотря на появление все новых методов и противоопухолевых препаратов.

Практически все отмеченные выше онкологические больные (97%) нуждались в паллиативной медицинской помощи либо в стационарных условиях (хосписы, дома сестринского ухода и т.д.), либо в уходе на дому, но только 10% из них могут ее получить. Исходя из расчетов ВОЗ, в России число коек в хосписах в 7-8 раз меньше имеющейся потребности в них. Более того в соответствии с приказами министерства № 19 от 1991 г. и № 944 от 2009 г. расчетное число ставок медсестер (при крайне низкой зарплате) составляет 32.2 на 10 хосписных коек, что в 3-4 раза меньше по сравнению со стандартами созданной в 1988 г. Европейской ассоциации паллиативной помощи. Не повлиял на ускорение развития паллиативной помощи и приказ Минздрава РФ № 1334н от 21.12.2012 г., утвердивший порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению. А как быть с умирающими детьми, ведь для них должны быть созданы специальные детские хосписы. Не спасает пациентов и действующая с 2009 г. национальная онкологическая программа, в которую включились 49 регионов и на нее за три года выделено 22.1 млрд. руб. из федерального бюджета на условии софинансирования. Этих средств может не хватить даже для проведения целевого скрининга на раннее выявление онкопатологии. С 2015 г. все дорогостоящее лечение, в т.ч. онкологических больных, Минздрав планирует перевести в систему ОМС и тогда такие пациенты могут быть обречены. В статье 36 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья» приведено не совсем точное и полное определение паллиативной помощи, поскольку в нем не содержится необходимость поддержания физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациентов, а также психологическая помощь их семье в течение болезни и в период утраты. Кроме того, этим законом не преодолеваются бюрократические затруднения для облегчения страданий пациентов, в частности, для устранения острейшего болевого синдрома. Паллиативная помощь представляет собой конгломерат проблем медицинского, правового, социального и психологического характера. Например, вопрос об эвтаназии: впервые поднял и ввел это понятие английский философ Френсис Бэкон еще в 1605 г. Тогда еще не было сильно действующих обезболивающих препаратов и эвтаназия, т.е. лишение жизни, преподносилось как способ сделать смерть более легкой и спокойной. В современном мире в большинстве стран эвтаназия запрещена.

Фактически паллиативная помощь направлена на обеспечение спокойного ухода из жизни умирающим больным и потому в западных странах получили развитие хосписы. В России они тоже появились, но в крайне недостаточном количестве, т.к. потребность больных в этом виде помощи в масштабах страны не изучалась.
По данным Е.А.Вороновой уровень развития паллиативной помощи в г. Перми не соответствует реальной потребности, только 10% нуждающихся пациентов смогли получить квалифицированную паллиативную помощь.

Остальные пациенты находились либо дома, что создавало дополнительные трудности как для специалистов амбулаторно-поликлинической службы, так и для родственников пациента, особенно работающих, либо в стационарах общетерапевтического профиля, а в экстренных ситуациях к ним выезжала бригада скорой медицинской помощи. Наиболее полное развитие паллиативная помощь получила в США, и этот опыт может быть полезным для нашей страны. Такая помощь оказывается на дому, в хосписах, в больницах и медсестринских подразделениях. В книге «Hospice Care in America-2012» показано, что паллиативная помощь оказывается 1.65 млн. чел. в год и из 2.5 млн. умерших в стране в хосписных условиях заканчивают свою жизнь 44.6%, при этом средние сроки оказания краткосрочной паллиативной помощи составили 19.1 дня, а долгосрочной- 69.1 дня. 83,2% больных, получающих хосписную помощь, -лица старше 65 лет (65-74 г.-16.3%, 75-84 г.-27.6%, 85 лет и ст.-39.3%). Поскольку больные находятся, в основном, в пожилом возрасте, то за дни оказанной им паллиативной помощи оплачивает федеральная программа Медикэр (т.е. медицинская помощь пожилым)- 87.9%, за счет частного страхования и федерально-штатной программы Медикейд (т.е. медицинская помощь малоимущим)- по 5%, из благотворительных фондов-1%, за счет самооплаты-0.5% и других источников- 0.6%. Фактически паллиативная помощь в США умирающим больным бесплатна. С момента начала оказания паллиативной помощи в течение недели умирают 35.8%, до месяца доживают 27%, до 3-х месяцев-17.2%, до полугода-8.7%, свыше полугода-11.4%, по месту смерти-больше всего умирают в домашних условиях и стационарных хосписах. В США действуют 5300 хосписных программ в 50 штатах, округе Колумбия, в Пуэрто-Рико, на Гуаме и Виржинских островах, в основном хосписы являются самостоятельными учреждениями (57.5%), частью больничной помощи (20.3%), частью агентств по помощи на дому (16.8%), частью домов сестринского ухода (5.2%). Наиболее часто хосписами пользуются белые (82.8%), реже-

афроамериканцы и другие. Когда хосписная помощь в 1970-х годах была организована в США, то ею пользовались преимущественно онкобольные, на долю которых сейчас приходится только 37.7%, а 62.3% составляют больные с соматической патологией- болезни сердца, легких, печени и почек, инсульт или коматозное состояние, старческая деменция, боковой амиотрофический склероз, ВИЧ/СПИД и др. Для каждого состояния разработаны свои алгоритмы ведения больных. Например, больной с хронической сердечной недостаточностью, конечная стадия (Congestive heart failure, end stage) с фибрилляцией желудочков. Ему показана имплантация бивентрикулярного дефибриллятора. Это 226 группа DRG с относительным весом в 6.7354 и стоимостью в 36 тыс. долл. Это оплата учреждению, а труд врача оплачивается отдельно. В случае осложнений будет рассмотрен вопрос о пересадке сердца, а это уже 139 тыс. долл., хотя и пересаженное сердце может быть отторгнуто. Получаются значительные государственные затраты и немалые страдания больных даже при полном обезболивании, в этом случае или после героической но безрезультативной борьбы за выживание многие больные сами выбирают хоспис, где в основном сестринский уход, социальная поддержка и полное обезболивание. Цена такой помощи для государства неизмеримо меньше (в стационарном хосписе- 1000 долл. в день), а для больного бесплатно. Вот, как примерно, должны работать хосписные программы и в нашей стране.

Из-за бюрократических препон в РФ возникают огромные сложности в получении больными болеутоляющих препаратов. Врачи, как отмечалось, просто боятся выписывать рецепты на обезболивающие из-за сложной системы оформления и контроля со стороны проверяющих на наркотики органов. Родственники умирающих больных, пытаясь часто бесполезно получить нужный препарат, оказываются под подозрением, а на врачей наркополицейские смотрят как на наркодиллеров. Кроме того, врач не может просто выписать нужное лекарство, он должен это делать на специальном бланке, получаемом по расписку, а выписанный рецепт утвердить на комиссии и у главного врача. И это не говоря уже о значительной отчетности и необходимости сдавать ампулы от использованных препаратов.

Коммерческим аптекам невыгодно их отпускать из-за относительной дешевизны и необходимости огромных вложений в оборудование специальной комнаты для хранения наркотиков в соответствии с установленными требованиями- стальные решетки 16 мм на окнах, сейфовая дверь,

железобетонные стены, сигнализация и три тревожные кнопки, видео контроль, охрана, сейфы из спецстали и т.д. (в западных странах для этого достаточно сейфа). Однако расход этих препаратов настолько ничтожен, что практически не представляет каких-либо интересов для нелегального оборота наркотиков. В результате только 18% онкобольных получают морфин в последние месяцы жизни, а остальные умирают в муках, стонах и слезах. Вместе с ними «умирает» и их семья. Такого положения с болеутоляющими средствами нет ни в одной стране мира. Даже в нашей стране ранее препараты группы А и Б хранились в запертых сейфах, велся строгий учет их выдачи в соответствии с назначениями в истории болезни с последующим сбором пустых ампул. И этого оказывалось достаточным. В 2013 г. Минздрав РФ утвердил новый порядок назначения наркологических и психотропных препаратов, что может в какой-то степени облегчить страдания больных. Так, теперь эти препараты может назначать не только врач-специалист, но и лечащий врач по месту жительства, при выписке из стационара позволительно выписывать эти препараты на 5 дней, увеличен срок действия рецептов, однако некоторые действия врача должны быть утверждены специальной комиссией. Тем не менее, многие сложности получения необходимых обезболивающих остаются, в частности, связанные с аптечной сетью.

Во всем мире РМЖ считается онкозаболеванием, которое хорошо поддается лечению, но, конечно, максимально позитивный результат получается только в случае своевременного лечения. У нас же в стране чуть больше 30% женщин получают лечение высокоэффективными препаратами по международным стандартам, основанным на доказательной медицине. Пятилетняя выживаемость при РМЖ: в США — 99% (в 1950 гг. — 80%), Западной Европе — 80%, Восточной Европе — 66%, в России — всего 56,7%. Это обусловлено тем, что первичная диагностика рака молочной железы на поздней четвертой стадии в России в 2 с лишним раза выше, чем в США. За последние 8 лет смертность от этой формы рака в России возросла на 13%, в то время как в других странах она уменьшилась (в США — на 23%, в Англии — на 20%).

На примере онкологии тут показана медицинская и экономическая целесообразность раннего выявления заболеваний. Как известно, в некоторых странах, например в Дании, считают траты на профосмотры неэффективными. И действительно, в Дании с ее дорогами и расстояниями медицинская помощь является весьма доступной, а граждане — более сознательными и

коммуникативными, прикрепленными к определенному врачу общей практики. В России ситуация иная и без применения диспансерного метода не обойтись. **Диспансеризация**, как метод перманентного слежения за состоянием здоровья и оздоровления, включает в себя отбор под диспансерное наблюдение по результатам массовых периодических или целевых профилактических осмотров, обследований населения или обращений за медицинской помощью, индивидуальную постановку на диспансерный учет и собственно диспансерное наблюдение врачом общей практики при консультациях врачами-специалистами за выявленными при осмотрах и обследованиях случаями отклонений от нормы или заболеваний с подразделением диспансеризуемых на группы и с дифференциацией периодичности наблюдения и оздоровления. До конца 1980-х годов по результатам обследований на диспансерный учет брались специалисты ведущих профессий, в том числе занятые на тяжелых и опасных работах, дети и подростки в организованных коллективах, лица с наличием у них факторов риска и страдающие определенными хроническими заболеваниями для предупреждения у них возможных обострений и ухудшения состояния. Например, на селе периодическим профилактическим осмотрам подлежали механизаторы, животноводы, доярки и другие ведущие профессиональные группы, дошкольники и школьники. В случае выявления у них каких-либо нарушений, они брались на диспансерный учет и оздоравливались. Кроме того, регулярно профилактически обследовались хронически больные по отдельному списку заболеваний, которые уже состояли на диспансерном учете и которым проводилось адекватное противорецидивное оздоровление. К сожалению, у работников Минздрава РФ нет понимания того, что представляет собой диспансеризация, и потому во многих документах под диспансеризацией понимаются периодические профилактические осмотры. Профилактическими осмотрами с использованием информативных, специфичных и чувствительных тестов должно быть охвачено не все население, что практически невозможно, да и нерационально, а, в первую очередь, три группы: дети (лучше организованные контингенты), поскольку многие болезни начинаются с детства; ведущие профессиональные группы населения, составляющие основу экономики страны; и хронически больные отдельными заболеваниями для предупреждения у них сезонных и других обострений (противорецидивное лечение), перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание. Это позволит эффективно использовать общественные средства и своевременно предотвращать обострения заболеваний в

группах риска. Так, проведенный в 2012 г. в Красноярске ранний онкоскрининг показал высокую эффективность в смысле раннего выявления рака молочной железы, легких, кожи, кишечника, простаты, яичников, шейки матки и последующего лечения со снижением уровня летальных исходов. Возникает необходимость в заинтересованности врача в предупреждении и раннем выявлении заболеваний, но не напрямую следует связать эту работу с материальным стимулированием, а опосредованно через соответствующие показатели результатов деятельности или через систему баллов для последующего лицензирования. По данным американского Центра по контролю и профилактике болезней (СДС) 75% расходов на здравоохранение в стране, а это около 2 трлн. долл., приходится на хронические болезни, которые могут быть предотвращены. В результате огромные бюджеты в США теперь перенаправляются на предупреждение, раннее выявление и эффективное лечение этих заболеваний. Мы же продолжаем вкладывать немалые средства в ВМП, что стратегически ничем не обосновано.

В таком случае этот подход (профилактика, профосмотры, скрининги) является обязательным для подлежащих диспансеризации контингентов. Для всех остальных граждан это дело добровольное и проверить состояние своего здоровья на бесплатной основе они могут в действующих центрах здоровья. В целях создания единого технологического диагностико-оздоровительного процесса необходимо центры здоровья объединить с поликлиниками или врачебными амбулаториями.

Из изложенного вытекает острая необходимость в ускоренном развитии служб медицинского ухода и паллиативной медицинской помощи, потребность в которых возрастает в связи с постарением населения.

Исследования показывают, что треть всех посещений к врачам-специалистам являются не обоснованными, а ещё 40% посещений к ним мог бы взять на себя правильно подготовленный ВОП (в Эстонии — от 30 до 70%) и это ведет к сокращению объема стационарной помощи на 20–45%. Поэтому по мере увеличения численности ВОП число врачей-специалистов в КДЦ со временем может быть значительно уменьшено, и при сохранении того же фонда оплаты труда плата врачам может быть существенно повышена. При общих врачебных практиках и КДЦ должны быть организованы дневные стационары, а в КДЦ дополнительно еще и дневная хирургия. Для обеспечения медицинской помощи населению в отдаленных территориях и сельских районах необходимо

предусмотреть развитие санитарной авиации и передвижных мобильных диагностических и лечебных комплексов в автомобильном и железнодорожном вариантах, а также возможности телекоммуникационной связи. На селе ОВП с врачом и средним медперсоналом, оснащенная и имеющая автотранспорт, должна приходиться на 1000–1500 человек населения. В городах ОВП должна приходиться на 1500–2000 человек населения, но наиболее прогрессивной формой в городах является не индивидуальная, а групповая практика. Поэтому существующие городские поликлиники должны быть разделены на общую врачебную (групповые практики) и специализированную врачебную помощь (КДЦ). Постепенно участковые терапевты и участковые педиатры должны переквалифицироваться во врачей общей практики. ВОП являются подготовленными профессионалами по широкому кругу вопросов и в подавляющем большинстве случаев могут не направлять больных к врачам-специалистам, а решать их проблемы самостоятельно. В результате соотношение ВОП и врачей-специалистов должно быть 45 : 55, то есть если сейчас врачей общей практики у нас всего 10 тыс. и на перспективу их число нужно увеличить в 30–35 раз, то врачей-специалистов, работающих в КДЦ и стационарах, должно быть, по нашей оценке, около 430 тыс., конечно же, при соответствующем оснащении и информатизации.

Необходимо и в городах, и на селе из КДЦ организовать консультирование врача общей практики силами врачей-специалистов КДЦ путем выезда на места или организации дистанционной телесвязи. Вызовы на дом должны обслуживаться медсестрами, которые в случае необходимости обращаются к врачам. Медицинские сестры должны также вести доврачебный прием пациентов и иметь право выписки рецептов на медикаменты по ограниченному перечню. Вообще необходимо шире и полнее использовать потенциал медицинских сестер в профилактике, лечении, реабилитации, в медицинском уходе и в паллиативной помощи. Необходимо утвердить стандарты сестринского дела и придать правовой статус таким понятиям, как «сестринская помощь», «сестринский уход» и другим, имеющим отношение к работе среднего медицинского персонала. При каждой общей врачебной практике должен создаваться актив здравоохранения (волонтеры) и группа подготовленных парамедиков, особенно в тех местах, где отсутствуют ФАПы.

Таким образом, не население должно быть в нашей стране приближено к медицинской помощи, как это происходит сейчас, а амбулаторная помощь общего

типа должна быть максимально приближена к населению. В данном случае речь идет о специально подготовленном враче общей практики (терапия, педиатрия, гериатрия, мелкая хирургия, акушерство, гинекология, социальная и медицинская профилактика, медицинский уход). Врачи-специалисты, занятые в КДЦ, могут находиться на расстоянии от ОВП (в зависимости от состояния дорог и транспортных сообщений). Они консультируют пациентов по направлению ВОП и дистанционно, осуществляют выезды на места, т.е. помощь по принципу «от себя». Многопрофильная и специализированная стационарная медицинская помощь, а также Центры ВМП могут быть сосредоточены в областных центрах и крупных городах с консультативно-лечебными выездами, а на межрайонном уровне должны находиться больницы общего типа (до 5-6 отделений- терапия, общая хирургия, педиатрия, акушерство, гинекология, возможно инфекции). Медицинская помощь по экстренным медицинским показаниям (острый аппендицит, прободная язва, ущемленная грыжа, внематочная беременность, острый холецистит, почечная колика, острый панкреатит, острое нарушение мозгового кровообращения и т.д.) должна оказываться немедленно ибо от сроков доставки больного в нужный стационар от начала заболевания (до 6 часов, 6-12 часов, 12-24 часа, позже 24 часов) зависит его жизнь. При расстояниях (до 100 км) и хороших дорогах это может осуществить скорая медицинская помощь, в остальных случаях- санитарная авиация. Правда, Минздрав отменяет нормы по времени приезда скорой медицинской помощи, полагая, что они должны носить региональный характер. Но это принципиально неверно, и временные нормативы должны быть установлены не в зависимости от регионов или состояния дорог, а должны включать в себя сроки спасения больных и под них в регионах будут учитываться радиус обслуживания скорой помощи, состояние дорог, наличие аэродромов и вертолетных площадок с санитарной авиацией и т.д. Так, в марте 2013 г. в Ганновере прошел медицинский курс по вертолетной транспортировке больных в критических ситуациях. Это говорит о том, что в Европе даже при наличии прекрасных дорог и регулярных транспортных сообщениях думают о том, как бы побыстрее доставить тяжелого больного в место для оказания ему адекватной медицинской помощи. Такой должна быть типовая рациональная схема организации медицинской помощи. В Правительстве РФ рассматривается вопрос о более активном использовании вертолетов скорой помощи, для чего выделены пилотные регионы. Однако, при этом речь шла о «золотом часе», в течение которого должна быть оказана такая помощь. С этим нельзя полностью

согласиться, ибо столько времени больные с прободной язвой, инфарктом миокарда, внематочной беременностью и мозговым инсультом могут не прожить без оказания им своевременной помощи. Все это требует особой организации медицинской помощи и без максимально приближенной к населению медицинской помощи общего типа тут не обойтись.

Необходимо при медицинских учреждениях повсеместно организовывать школы для пациентов (здоровых и больных) под руководством медсестер. Кроме того, следует более интенсивно развивать информатизацию здравоохранения и телемедицинское консультирование на расстоянии, а в городах — телефонную поддержку пациентов по типу «горячей линии». Будут широко внедрены базовые онлайн-сервисы, позволяющие осуществлять самозапись на прием, организовать обмен информацией, вести электронную медицинскую документацию, осуществлять учет и анализ.

Подготовлен проект Федеральной целевой программы по телемедицине, который будет рассмотрен в ГД и который значительно расширит возможности дистанционного консультирования пациентов врачами-специалистами. Реализация ее предусматривается на примере Дагестана. К этой программе могут присоединиться и страны СНГ. Но, при этом не следует забывать, что такие консультации пациентов не заменят лечащего врача, который должен быть доступным и приближенным к пациентам, они как раз и предназначены для лечащих врачей, которые и будут выполнять консультативные предписания и назначения.

Уже сейчас можно по Интернету записаться на прием к врачу. Существует и электронная система записи на прием, однако талончики при этом выдаются на неделю и более вперед, что далеко не всегда устраивает пациентов и может не соответствовать их состоянию. Вроде бы это сделано для удобства пациентов, однако они считают, что электронная запись введена для сокрытия очередей в поликлиниках, т.е. очереди на прием к врачам не исчезли и они из поликлиник просто перешли в виртуальное пространство. Кстати, получение талончика вовсе не означает, что все мытарства пациентов остались в прошлом. Напротив, как показывают выложенные в Интернете истории и судьбы больных людей, многие их проблемы общения с медициной только начинаются. «Электронное здравоохранение» (eHealth) постепенно внедряется в Европе и в России, а для международного медицинского консультирования (Cross-border Health Care), как посчитали на 15-м Европейском форуме по здравоохранению (октябрь 2012 г.),

необходима многолетняя подготовительная работа, к которой следует вернуться после завершения кризиса. В США идет постепенный процесс, начавшийся 30 лет тому назад, внедрения электронных медицинских карт в больницах (уже в 40% больниц они внедрены) и в медицинских сетях страны, что позволяет улучшить качество медицинской помощи и повысить безопасность пациентов.

В Москве создана Единая медицинская информационно-аналитическая система, для чего практически все государственные медицинские учреждения оснащены компьютерным оборудованием. При увеличении доступности ПМСП и всей амбулаторной помощи, при которых должна существовать неотложная медицинская помощь, должны значительно снизиться нагрузки на более дорогую СМП, которая должна быть усилена автотранспортом, авиатранспортом (санитарная авиация) и высоко квалифицированным персоналом. Следует иметь в виду, что и врачи ПМСП, и СМП должны руководствоваться синдромальной классификацией WONCA — Всемирной организации по семейной медицине.

Необходимо сохранить этапность медицинской помощи в лучших ее традициях, разработать обоснованные «маршруты» движения пациентов, вычислить объемы по каждому маршруту, что позволит определить обоснованное государственное задание и осуществить переход от лечения болезней к лечению больного с использованием доказательной медицины и международных стандартов ИСО. Клинические рекомендации и протоколы диагностики и лечения должны обрести силу нормативно-правового акта, медицинского стандарта, рекомендательного для врачей при наличии у них права отступить от стандарта лечения, если это отступление обосновано интересами здоровья конкретного пациента и доказано.

Больничная помощь должна состоять из нескольких уровней: больницы общего типа (до 5-6 отделений), больницы многопрофильные и специализированные, центры высоких медицинских технологий. Для каждого типа больничных учреждений должны быть разработаны показания для госпитализации, разные DRG, табель оснащения, медицинские стандарты и результирующие показатели. При этом нужно учитывать степень интенсивности лечебно-диагностических процессов как между отдельными стационарами, так и внутри самих больниц. Кроме того, отдельные маломощные сельские и городские больницы могут быть преобразованными в реабилитационные центры с подготовленными медицинскими сестрами. В связи со старением населения будет постепенно возрастать потребностях в койках интегрированного ухода и домах

сестринского ухода, а также в койках для паллиативной помощи при одновременном и постепенном сокращении числа лечебных коек. К каждой больнице должны быть прикреплены несколько амбулаторий или КДЦ при единой аккредитованной лабораторно-инструментальной и диагностической базе, где должны производиться повседневные текущие обследования. Более тонкие и эксквизитные (уникальные) обследования и диагностические процедуры должны осуществляться в специальных, созданных по приказу Е.И. Чазова Диагностических центрах там, где есть для этого возможности.

В целом объемы стационарной помощи могут быть значительно сокращены при условии достаточного развития ПМСП за счет сокращения пустующих коек, уменьшения числа необоснованных госпитализаций, сокращения сроков пребывания на койке вследствие более интенсивного лечения.

Лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях должно быть увеличено в 3 раза (на 200 млрд. руб.). Далее, по мере увеличения финансирования здравоохранения, все лекарства по рецепту врача должны отпускаться пациентам полностью бесплатно, либо с частичной компенсацией затрат (в среднем не менее 60% средств на лекарства должно покрываться за счет государственных источников). Необходимо активнее развивать фармакоэкономику и фармакоэпидемиологию.

Необходимо восстановить школьную и дошкольную медицину и гигиену путем создания социально-экономической мотивации для этой группы врачей и медсестер. Совместно с работодателями восстановить на производстве медико-санитарные части (МСЧ), систему доверенных врачей, здравпункты и профилактории. Кстати, в развитых странах сейчас отмечается активное развитие производственной медицины по типу МСЧ с добавлением электронных технологий. К сожалению, необходимое взаимодействие между отдельными медицинскими службами практически пока практически отсутствует, что ведет к их разобщенности и только при реализации данной Стратегии благодаря этапности медицинской помощи и маршрутизации потоков пациентов указанная разобщенность может быть преодолена и восстановлена система.

4. **Уменьшение диспропорций в структуре медицинских кадров, повышение их квалификации.**

Увеличение финансирования здравоохранения **в 2 раза** позволит существенно повысить оплату труда медицинских кадров. Средняя зарплата

врачей должна быть не меньше 60 тыс. руб. в месяц в ценах 2012 г., а минимальная заработная плата медицинского персонала — 30 тыс. руб. В принципе, повышение зарплаты, которого все ожидают и на которое надеются, вовсе не означает параллельный рост качества, поскольку этому нужно учить. Однако качественная врачебная и медсестринская помощь не должна быть дешевой. Происшедшее с 2013 г. так называемое «повышение зарплаты врачам» в связи с отменой доплаты за модернизацию и уменьшением надбавки за стаж даже при росте основного оклада снизило доходы врачей в стационарах на 21%, в поликлиниках — на 38%. И это при том, что за год средняя зарплата чиновников Минздрава выросла на 19% и достигла 100 тыс. руб. Формально власти выполнили обязательства по повышению зарплаты врачам, а по существу их доход значительно уменьшился. Получается, что властям даже не потребовалось изыскивать дополнительные средства. Напротив, они еще сэкономили на «повышении» зарплаты врачам. В этих условиях, проведенный в Интернете опрос врачей показал, что только 4% согласны от безысходности продолжать работать при такой низкой зарплате; 62,5% считают, что нужно бастовать; 22,7% — необходимо увольняться; 5,7% — повеситься. А так у нас в здравоохранении, по заявлениям руководства Минздрава, все замечательно.

Все недостатки додипломного образования у нас, к сожалению, устраняются на уровне последипломного образования. Увеличение оплаты труда медицинских работников должно обязательно сопровождаться привязкой к качеству и результатам труда в виде специальных индикаторов и стандартов, как мерилом их оценки. Необходимо обеспечить оптимальную структуру медицинских кадров путем создания системы социально-экономической мотивации (обеспечение бесплатным жильем, подъемные, льготы по оплате тарифов ЖКХ, надбавки к заработной плате, льготные кредиты и др.) для привлечения их к работе по определенным специальностям, а также в сельские и отдаленные районы с предоставлением автотранспорта. Правительство РФ, реализуя программу «Земский доктор», систематически, начиная с 2012 г., занимается выделением и перераспределением денег из средств ОМС (по 1 млн. руб. на каждого врача) на привлечение молодых врачей для работы в сельской местности. Правда, не все территории озабочены состоянием здравоохранения на селе, и в Челябинске, например, врачи за положенные им деньги были вынуждены судиться с областным министерством здравоохранения. Вместе с тем, только денежное стимулирование будет мало эффективным, к нему должен прилагаться весомый

социальный пакет и условия для профессионального роста. Это позволит значительно усилить первичное звено здравоохранения и повысить доступность медицинской помощи в этих территориях. В Эстонии, к примеру, врачам, желающим в течение 5 лет работать в провинции, выплачивается единовременное пособие в 15 тыс. евро, а в РФ утвержден размер компенсаций сельским медикам за коммунальные платежи в размере 1200 руб. ежемесячно. Отсюда видно, что в РФ выплаты молодым врачам выше, правда, глубинка в Эстонии и России несколько отличается.

Необходимо изменить соотношение между врачами и средним медперсоналом до 1 : 4 (сейчас в амбулаторном звене 1 : 1,6, в стационарах — 1 : 2,8), в том числе существенно повысить роль медицинских сестер в процессе оказания медицинской помощи. Необходимо добиться, чтобы в ПМСП это соотношение составляло бы 1 : 5, а на остальных уровнях здравоохранения — 1 : 3. В Великобритании, Канаде и в ряде других стран на 1 врача приходится даже более 5 медицинских сестер. В общественное здравоохранение, как отмечалось, должны быть также включены парамедики и активисты из числа простых граждан. Правда, нельзя забывать, что по многим причинам врачи, медсестры, фельдшера и акушерки также «бегут» из медицинской практики и число медсестер снизилось до 92,6 на 10 000 населения (в Великобритании — 128, Канаде — 101). Поэтому крайне необходимы стимулирующие меры и значительное увеличение числа выпускников. Обучение в медицинском вузе должно вестись на бесплатной основе, поскольку в росте численности врачей есть прямая заинтересованность государства, и получение второй отраслевой специальности также должно быть бесплатным.

В части повышения квалификации медицинских кадров необходимо ввести рекомендательную систему отбора к профессиям врача и медицинской сестры с помощью специального анкетирования и проверки личностных качеств будущего врача. В додипломном образовании целесообразен постепенный переход от единого массового к индивидуальному образованию с акцентом на развитии клинического мышления. Не менее важно обучать будущего врача навыкам работы в команде, когда каждый человек (врач, медсестра, санитарка и т.д.) знает, что в каждую единицу времени он должен делать, за что отвечает, а это особенно требуется в экстренной ситуации. Необходимо развивать базовое, обязательное послевузовское и непрерывное медицинское образование в соответствии с международными стандартами, принятыми на Всемирной конференции по

медицинскому образованию в марте 2003 г. в Копенгагене и которые ориентированы на потребности здравоохранения. Для решения этой задачи потребуется: минимально **в 2 раза** повысить заработную плату профессорско-преподавательского состава с учетом результатов их труда; обеспечить условия для профессионального развития преподавателей; способствовать размещению клинических кафедр вузов в медицинских организациях, а также активному участию профессорско-преподавательского состава кафедр в лечебно-консультативной работе медицинских организаций. Сроки обязательной послевузовской подготовки для врачей всех специальностей должны быть не менее 2 лет, причем эту подготовку можно поэтапно перенести из вузов в аккредитованные для последипломного обучения медицинские организации. Не случайно в своем послании Федеральному собранию от 12 декабря 2012 г. Президент РФ отметил необходимость публичного мониторинга за качеством медицинского образования. Переход в медицинском образовании на Болонскую систему имеет больше негативных, чем позитивных последствий, и потому в ближайшие годы от этого следует воздержаться. Аналогичным образом должны проходить аккредитацию медицинские образовательные учреждения и кафедры, а профессорско-преподавательский состав должен получать лицензию раз в 3 года.

Вузы должны иметь обоснованное госзадание, сколько и каких врачей нужно готовить, обладать своим рейтингом по индексу цитируемости работ и публикаций, из них исходящих, по уровню преподавания, по квалификации преподавателей, по соотношению между педагогами и студентами, по квалификации и востребованности выпускников, по защищенным диссертациям и т.п. На одного преподавателя должно приходиться не более 4 студентов, которые, начиная с 4–5 курсов, должны привлекаться заинтересованными медицинскими учреждениями и выполнять необходимую практическую или исследовательскую работу.

Видимо, назрела пора создать в медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по несколько иным программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA) и с учетом требований, предъявляемых к такого рода специалистам. Врач общей практики должен быть хорошо подготовленным по основным специальностям (терапия, педиатрия, гериатрия, акушерство, гинекология, мелкая хирургия, социальная и медицинская профилактика, общественное здоровье и здравоохранение, деонтология), а также по общим вопросам в узких

специальностях (неврология, психиатрия, офтальмология, ЛОР, травматология и др.). К сожалению, подготовка врачей общей практики, в том числе и для Москвы, оставляет желать лучшего и требует кардинальных преобразований. Именно поэтому необходимо внести коррективы в образовательный стандарт врача общей практики (семейного врача) в соответствие с новыми требованиями к их подготовке. Так, экспертами WONCA разработаны новые определения специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина», ее основополагающие признаки и описаны требования к объему оказываемой такими врачами медицинской помощи. Всемирной федерацией медицинского образования (WFME) разработаны стандарты по повышению качества последипломного образования, Советом Европейской академии преподавателей ОВП (EURACT) подготовлены рекомендации по подготовке ВОП. Согласно принятым документам ВОП помимо лечебно-диагностических, медико-профилактических и реабилитационных вопросов, а также принципов оказания неотложной помощи должен владеть законодательством по охране здоровья, знать структуру и основные принципы здравоохранения, хорошо разбираться в условиях жизни и здоровья прикрепленного населения, осуществлять первичную (социальную) профилактику болезней, знать свои права, обязанности и ответственность, владеть методами планирования и анализа работы ПМСП, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, знать и соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии. В процессе обучения необходимо увеличить число часов на синдромальную диагностику, на педиатрию, психиатрию, гериатрию, ЛОР-болезни, неврологию, дерматовенерологию, офтальмологию, акушерство с гинекологией, мелкую хирургию, ввести курс социальной профилактики болезней и охраны здоровья, деонтологии, учить взаимодействию с местными органами власти, с населением и группами пациентов. Знаний, которые он сейчас получает по болезням детей и подростков (99 часов), по здоровью пожилых и т.д., явно недостаточно. Нужно перестать готовить ВОП только как клинициста, он должен стать главной фигурой в организации ПМСП, т.е. не просто лечащим врачом, но и важным действующим лицом в низовой системе охраны здоровья, организатором всей профилактической и лечебной работы прикрепленному населению. В связи с этим возникают следующие требования к объему его знаний: клинические дисциплины-60%, в т.ч. общего типа-65%, специализированные-35% Среди клинических дисциплин общего типа по 30% должно приходиться на терапию и

педиатрию, 20%- на акушерство и по 10% на гинекологию и хирургию. Из специализированных дисциплин (т.е. из 35% объема знаний) по 15% должно приходиться на гериатрию и неотложную помощь, по 10%-на неврологию, травматологию и .реабилитологию, включая интегрированный уход, по 5%- на ЛОР, офтальмологию, дерматологию, кардиологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, психиатрию, инфекции. Из параклинических дисциплин (40%) треть знаний должна приходиться на социальную профилактику, систему охраны здоровья и работу с населением, остальные на правовые, экономические и организационные вопросы работы ПМСП, этику, психологию пациентов, экологию и т.д. Крайне важно, чтобы отдельные разделы преподавали бы не узкие специалисты, а специально подготовленные преподаватели из числа ВОП, как это имеет место за рубежом. Не следует забывать, что при общении с пациентом, основной задачей ВОП является не столько постановка клинического диагноза, сколько решение проблем пациента, с которыми он обратился за медицинской помощью.

Если на Западе врачами становятся вполне осознанно, понимая всю сложность, благородство и гуманность этой профессии, то в России это выглядит иначе. Почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и высокий ее риск, особенно в специальностях хирургического профиля. Еще треть выпускников, хотя и затем работают в медицинских учреждениях, но являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные нам не нужны. Если человек в детстве издевался над сверстниками или животными, то ему нельзя идти в медицину, в лучшем случае из него может получиться патологоанатом. А сданные даже на отлично вступительные экзамены не являются гарантией того, что из абитуриента может получиться хороший врач. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь (внимание, благородство, нравственность, культура, доброта, милосердие, доброе отношение к людям, умение выслушать другого человека и т.п.). Исходя из этого, целесообразно создать, как отмечалось, специальную систему предварительного

тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, требующихся будущему врачу, в результате чего могут даваться соответствующие рекомендации. Это будет как бы рекомендательная система отбора к врачебной профессии.

В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволит очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом ставится вопрос не одно десятилетие, но пока что понимания важности этой простой системы нет. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи нельзя. За рубежом сложилась несколько иная система профессиональных ценностей и профессионального отбора. Однако, зарубежные специалисты согласны с тем, что помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более объективно и системно оценивать состояние организма в норме или при той или иной патологии.

Системное мышление — это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей средой в норме и патологии, но также означает системный подход к профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно по фон Берталанфи «за деревьями не пропустить лес». Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ISO, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д.

Кроме того, необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не требует каких-либо организационно-структурных

преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс с тем, чтобы знания не распылялись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное с большой долей самостоятельного обучения. При этом четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (т.е. стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную подготовку. Кстати, там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты.

Квалификация российских специалистов (набор компетенций) должна быть приближена к 2020 г. к квалификации специалистов в странах ЕС. Одной из проблем, возникших после распада СССР, явилась невозможность сохранения существовавшей ранее системы распределения выпускников. В результате оказалась полная неразбериха в расстановке врачебных кадров: значительный их дефицит в первичном звене здравоохранения и на селе при переизбытке в стационарной медицинской помощи. Между тем, решение проблемы достаточно простое: необходимо абитуриенту выдавать кредит на обучение, который при выпуске он должен вернуть либо отработать там, где это требуется обществу. Кроме того, выпускникам, направляемым к месту работы, необходимо не деньги давать, а предоставлять соответствующий социальный пакет. В этот пакет, как было ранее, должны входить подъемные в достаточном размере с оплатой провоза багажа, бесплатные жилье с возможной передачей врачу в собственность, коммунальные и многие другие услуги, надбавки, льготные кредиты, стимулирующие выплаты, местные надбавки к зарплате и пенсии, льготы для членов семьи, в том числе предоставление возможности детям следовать по стопам родителей и т.д. Все это должно найти отражение в договоре. Сейчас Правительство РФ решает вопрос с перепроизводством экономистов и юристов и нехваткой инженерных кадров. В этой связи есть намерение вернуть систему целевого набора и последующей «отработки». А выпускники, отказавшиеся от такого «распределения», не только должны будут компенсировать все затраты на обучение, но и выплатить штрафы в двукратном размере от средств поддержки. Возможно, такой подход будет распространен и на выпускников медицинских вузов.

ВОЗ считает, что на селе обязательно должен быть врач, для чего ему нужно создать все условия для профессионального роста, участия в профессиональных сетях, непрерывном медицинском образовании, обеспечить соответствующим оснащением и литературой, законодательной поддержкой и оказывать необходимую материальную поддержку. ВОЗ также рекомендует применять целевой набор в ВУЗы из сельской местности с прохождением практики на селе, с включением в программы обучения вопросов потребности и особенностей сельского здравоохранения, акцентируя внимание на самостоятельность в принятии решений и ответственности за них. Необходимо отработать разнообразные механизмы, способствующие возвращению выпускников на село.

Особый акцент необходимо сделать на развитии непрерывного медицинского образования, в том числе путем внедрения симуляционных и дистанционных образовательных технологий, системы зачетных единиц (кредитов), привлечения к этому образованию профессиональных врачебных ассоциаций, обучения на рабочем месте и на специальных курсах, а также внедрения системы наставничества. Необходимо обеспечить медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах, включая литературу по профилю работы, доступом к современным образовательным ресурсам через Интернет, использовать «трансляционную медицину» для дистанционного обучения и консультаций. Минздрав РФ начал в 9 регионах пилотный проект по непрерывному медицинскому образованию врачей, для этого созданы комиссии, рабочие группы, Координационный совет. Удивительно, но в проект включено все то, что сейчас действует, в т.ч. 144- часовое обучение с выдачей сертификата. Единственное новшество- это мотивация врача непрерывно учиться, а до этого мотивом обучения было получение сертификата специалиста один раз в 5 лет. Этот пилотный проект, который является компромиссом между тем, что есть, и тем, как должно быть, трудно пока назвать системой непрерывного медицинского образования в связи с отсутствием периодической стажировки на рабочем месте в вышестоящем учреждении, двух- и трехзвеньевой системы, когда врачи поликлиник периодически по графику стажировались в стационарах, системы наставничества для молодых врачей и т.д. А главное- врачи должны непрерывно повышать свою квалификацию, постоянно набирать баллы для сертификата или для лицензии (в перспективе), участвуя в конференциях, семинарах, публикуя свои работы и т.п. Вот все это вместе взятое (обучение,

стажировки, баллы) и составляет основу непрерывного медицинского образования.

Большое внимание должно быть также уделено подготовке средних медработников, для чего потребуется расширение сети колледжей. Нужно бы к 2020 г. создать в стране по крайней мере несколько школ общественного здравоохранения для подготовки актива здравоохранения и парамедиков. Крайне необходимо сделать так, чтобы позитивный отечественный опыт непрерывного медицинского образования был сохранен и усовершенствован. Существующие в настоящее время пятилетние циклы сертификационного обучения не отвечают требованиям времени, поскольку медицинская информация обновляется гораздо чаще. Думая о врачах, об их образовании, нельзя забывать и о возрастающей роли медицинских сестер, об их самостоятельной работе с достойной оплатой труда, о разумном их соотношении с врачами, когда в среднем на 1 врача должно приходиться 4 медсестры, а не 2, как сейчас.

Только сочетание всех перечисленных подходов, включая отбор к врачебной профессии, изменения в технологии обучения, замену системы распределения выпускников, предоставление социального пакета наряду с повышением средней зарплаты врачей, восстановление в улучшенном виде системы непрерывного последипломного образования, изменения в системе лицензирования и аккредитации, будут содействовать решению задач, стоящих перед современным здравоохранением. Необходимо способствовать достижению высоких этических принципов во взаимоотношении врачей с пациентами и контролировать их соблюдение.

Подчеркнем еще раз, что для улучшения качества и безопасности медицинской помощи необходимо со временем превратить врача из объекта права в субъект права, что даст ему возможность самостоятельного принятия решений, создать систему лицензирования врачей (в первую очередь, врачей ПМСП), обязательной аккредитации медицинских организаций (на базе международной системы аккредитации медицинских организаций), внедрить систему оценки качества медицинской помощи с учетом международного опыта и систему управлением качества. Если выдача разрешения на деятельность (лицензия) — прерогатива уполномоченных органов государственной власти, то подтверждение лицензии (по балльной системе) — ответственность профессионального врачебного сообщества. Выдавать лицензию должен государственный орган, а продлевать ее и подтверждать — профессиональная медицинская организация. В

Германии и США, например, лицензия обновляется каждые три года и врач должен набрать 150 баллов за участие в конференциях, статьи, обучение и т.д. (45 минут обучения дает 1 балл).

Страховать профессиональные риски должно принимающее врача на работу по контракту медицинское учреждение, и это должно быть обозначено в договоре. В связи с тем, что в реализации перспективной модели охраны здоровья и оказания медицинской помощи, а также в реализации приоритетных направлений Стратегии ведущая роль принадлежит руководителям органов государственной и муниципальной власти, руководителям органов и учреждений здравоохранения, то им должно быть уделено особое внимание в плане обучения и подготовки к новым условиям и требованиям работы. Для этого должны использоваться школы общественного здравоохранения, специальные целевые семинары, усовершенствование и повышение квалификации. Минздравом РФ подготовлен законопроект «Об обязательном страховании пациента при оказании медицинской помощи». Такой подход полностью не соответствует мировой практике, поскольку предметом страхования должны стать профессиональные риски врачебной деятельности. Защитниками же пациентов должны быть пока страховые медицинские организации, закон о правах потребителей и так и не созданный закон о правах и ответственности пациентов. Со временем произойдет кадровое разделение административных и медицинских функций и всю административную, хозяйственную, финансовую работу и материально-техническое обеспечение возьмут на себя специально подготовленные менеджеры, а руководители здравоохранения и главные врачи займутся организацией профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и ухода, уделив особое внимание повышению доступности, улучшению качества, росту квалификации медицинских кадров, реализации медицинских программ и взаимодействию с другими службами по критерию здоровья. Многие из этих вопросов должны решаться совместно с профессиональными общественными объединениями.

В целях повышения инновационности практического здравоохранения необходимо опережающее развитие медицинской науки, для чего нужно существенно увеличить объемы ее финансирования, прежде всего в медицинских вузах и на конкурсной основе, повысить качество научных разработок, обеспечить ориентированность научных работ на достижение целей Стратегии, на текущие и перспективные нужды практического здравоохранения, а также

качество их приема и экспертизы. Необходимо восстановить исследования здоровья, приуроченные к переписям населения, и на их основе определять потребности населения в различных видах охраны здоровья и медицинской помощи. Важно также создать научно обоснованную систему мониторинга здоровья.

Для преодоления структурных диспропорций медицинских кадров есть несколько способов. Во-первых, это возможное развитие рынка медицинских кадров, который постепенно ликвидирует имеющиеся диспропорции. Однако, в силу особенностей российского менталитета и особых условий жизни наши граждане в отличие от жителей других стран в большей степени «привязаны», как отмечалось, к месту жительства, чем к месту работы. А это означает, что рынок рабочей силы появится в полном виде очень не скоро. Другой способ заключается в определении перспективной потребности в медицинских кадрах (по специальностям и по месту работы) с последующим планированием (при поступлении, обучении, распределении) врачебного и медсестринского персонала.

5. **Обеспечить доступность высокотехнологичной медицинской помощи, реабилитационной и паллиативной помощи, а также услуг по долговременному уходу для пациентов, не способных к самообслуживанию.**

В 2012 г. ВМП получили 460 тыс. больных, однако в связи со слабым развитие профилактики, ПМСП и редких случаях раннего выявления заболеваний число сложных и тяжелых заболеваний нарастает, что значительно повышает потребность в дорогостоящей ВМП.

В связи с возрастающей потребностью объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) необходимо в ближайшие годы увеличить в 2–3 раза в уже действующих лечебных учреждениях (на 50–100 млрд. руб.). Для этого потребуется поддерживать материально-техническую базу здравоохранения на современном уровне, для чего нужно будет выделить с 2013 г. не менее чем по 40 млрд. руб. ежегодно. При этом необходимо обеспечить прозрачность закупок такого оборудования и эффективность его последующего использования, поскольку по данным Счетной палаты выявлено значительное число нарушений в этой сфере деятельности, в т.ч. платность ВМП, строительство новых центров ВМП без достаточного обоснования, которые во многих случаях остаются на уровне областных больниц, бюрократическая волокита при получении необходимой ВМП

и др. Однако следует иметь в виду, что вектор перспективного развития должен быть направлен в противоположную сторону от дорогостоящей ВМП в направлении предупреждения и раннего выявления болезней. И потому вместо открытия бесконечных новых центров ВМП было бы лучше и в итоге дешевле наладить работу ПМСП и всей амбулаторной помощи. Образно говоря, нужно всю систему здравоохранения развернуть лицом к массовому пациенту.

Для обеспечения доступности реабилитационной и паллиативной помощи необходимо провести реструктуризацию коечного фонда стационаров, с выделением коек реабилитации и восстановительного лечения, хосписных и долговременного ухода. Требуется разработать стандарты их оснащения (табель оснащения), провести переоснащение и подготовить необходимые медицинские кадры. Реализация этого направления в части создания услуг по долговременному уходу должна осуществляться совместно с социальными службами.

6. **Повысить эффективность управления здравоохранением, в том числе совершенствовать законодательную базу.**

Для этого с учетом положений настоящей Стратегии необходимо разработать долгосрочную Национальную программу охраны здоровья граждан РФ. В этой программе должны быть: цели, задачи, приоритеты, конкретные мероприятия со сроками исполнения и ответственными лицами, показатели с целевыми значениями для мониторинга, а также обоснование эффективности предлагаемых мероприятий. Необходимо ежегодно публиковать доклад об эффективности и результативности деятельности системы здравоохранения на всех уровнях, измеренной по международным показателям. Следует повысить прозрачность и научную обоснованность принимаемых решений, для чего целесообразно создать при Минздраве РФ экспертные Советы по направлениям с участием высококвалифицированных экспертов, а не только чиновников и избранных ими специалистов. Необходимо внедрить экономически эффективные нерыночные инструменты управления: составление рейтингов медицинских организаций, внедрение дифференцированной системы оплаты труда с учетом его тяжести и напряженности и результатов деятельности, расширить возможности государственных и муниципальных медицинских организаций (при условии увеличения их финансирования). Для руководителей здравоохранения всех уровней необходимо организовать современные курсы специальной подготовки и переподготовки, в т.ч. с использованием дистанционных технологий.

Необходимо также в самое ближайшее время совершенствовать (изменять и дополнять) законодательную базу, имея в виду Федеральные законы №№ 83–ФЗ, 94–ФЗ, 323–ФЗ и 326–ФЗ и принятие новых законодательных актов.

Развитие здравоохранения должно сопровождаться внедрением информатизации, в том числе медицинских информационных систем в медицинских организациях, интегрированных в единую информационную систему. Рабочие места врачей должны быть полностью компьютеризированы, что позволит снять с них нагрузку, связанную с бумажным документооборотом, а также значительно повысить качество сбора и анализа первичной информации о пациентах. Для этого необходима программа информатизации отрасли, которая вскоре будет разработана.

Реализация этого направления также включает приведение медицинской и медико-демографической статистики к единым международным требованиям, в том числе переход на международную систему Национальных счетов (по учету расходов системы здравоохранения), внедрение международно сопоставимой номенклатуры медицинских и врачебных специальностей и медицинских организаций. В каждом субъекте РФ необходимо создать систему мониторинга за состоянием здоровья населения с использованием единых показателей, отражающих состояние и динамику этих показателей.

7. **Развивать независимые профессиональные общественные и медицинские организации.**

Крайне важно добиться того, чтобы в сфере охраны здоровья и организации медицинской помощи все стратегические решения принимались бы не кулуарно, а в режиме диалога с гражданским обществом Однако, до сих пор общественного договора нет и в этих условиях власть без обратной связи нередко допускает ошибки, а гражданское общество не стало равноправным партнером власти. Конечно, далеко не всегда интересы власти и гражданского общества могут совпадать, однако таки случаи не следует доводить до противостояния, а искать компромиссы. Все это имеет отношение к охране здоровья и к организации оказания медицинской помощи. В первом случае специально выделенные структуры гражданского общества должны контактировать с властью на всех ее уровнях, а во втором случае профессиональные общественные медицинские объединения, как часть гражданского общества,- с органами управления здравоохранением. За основу такого взаимодействия можно взять концепцию государственно-общественного управления здравоохранением, разработанную

Российской медицинской ассоциацией и одобренной на Всероссийском Пироговском съезде врачей. Необходимо создать условия для их активного участия в формировании политики в области охраны здоровья граждан и решении практических вопросов здравоохранения на всех уровнях. Реализация этого направления включает также внедрение институтов профессионального саморегулирования и лицензирования врачей и широкое участие самого населения в решении задач в сфере охраны здоровья. В первую очередь нужно заняться взаимоотношением «пациент–врач», что составляет основу здравоохранения. Одни пациенты уверены в том, что каждый второй врач — убийца в белом халате, а каждый третий — невежда. Но все они приходят к врачу с надеждой вылечиться. Врач же в большинстве случаев рассматривает пациентов как потенциальную для себя угрозу, как человека, который в половине случаев не будет выполнять рекомендации, и, нередко, как источник своих доходов. Отсюда ясно, что крайне необходимо восстановить доверие к врачам, врачебному сообществу очиститься от случайных людей, повысить авторитет и престижность врачебных профессий. Корень этих проблем находится в самой системе здравоохранения, которая одинаково неудобна и унизительна и для пациента, и для врача. Исправлению этой ситуации может способствовать реализация настоящей Стратегии.

Поскольку у нас система создается и в определенной степени авторитарно (через законы, ведомственные нормативные акты, инструкции, порядки, стандарты и т.д.) управляется сверху, далеко не всегда обоснованно и правильно, то роль профессионального сообщества возрастает и она состоит не только в защите профессиональных интересов и не столько в противодействии не просчитанным и не конструктивным решениям и действиям, сколько в организации более тесного взаимодействия с органами управления, т.е. в сотрудничестве профессионалов с чиновниками в интересах пациентов и медицинских работников. Правда, у представителей Минздрава РФ, в частности у заместителя министра Т.Яковлевой, есть свое мнение, чем должны заниматься профессиональные медицинские объединения: «Иногда мы создаем законы, которые трудно реализовать (А зачем их создавать?). Чтобы этого не было, нам (т.е. чиновникам, а не врачам) нужны общественные организации». В принципе общественные организации должны быть независимыми, саморегулируемыми, представлять общественные интересы, осуществляя контроль за деятельностью органов власти и содействуя им в их деятельности. Между тем, читаешь: «Министр Вероника Скворцова провела заседание Совета общественных организаций по защите прав пациентов». Негоже чиновнику даже высокого ранга руководить деятельностью общественных организаций. Это говорит о том, что в стране пока не сложилось понимания партнерской, а не подчиненной роли и места общественных организаций в

системе государственно-общественного управления. В настоящее время существует несколько крупных и не связанных между собой практически однотипных профессиональных медицинских организаций, одна из которых возродила Пироговское движение врачей в стране (после многолетнего забвения), имеет много наработок и проводит периодические Пироговские съезды врачей, другая- активно участвует в международном профессиональном медицинском движении (в мире и в Европе) и имеет также свои наработки, третья, наиболее молодая по возрасту, но агрессивная по развитию, акцентировала внимание на создании региональных отделений и на более тесном сотрудничестве с властью и отраслевым министерством, для чего был создан Координационный совет. Она также имеет немало наработок и активно позиционирует свои возможности. Однако, в нынешнем разрозненном виде профессиональные медицинские объединения не готовы в полном виде выполнить положенные им функции (по примеру ассоциаций других стран), и самым лучшим способом избавиться от каждой из них является передача им ряда функций, которые сейчас выполняет административное здравоохранение. Поэтому на первом этапе следует объединить разрозненные усилия ассоциаций и обществ, невзирая на признанные авторитеты. Такая попытка уже была- создать объединение в виде Всероссийского Пироговского движения врачей, однако она не оказалась успешной. Если государство заинтересовано в создании в стране гражданского общества, то оно должно содействовать созданию объединенной профессиональной медицинской организации. Она будет иметь множество отличий от деятельности профсоюза медицинских работников, защищающего трудовые, а не профессиональные интересы работников. В развитых странах медицинские профсоюзы играют значительно меньшую роль, чем профессиональные ассоциации. Кстати говоря, некоторые, не схожие между собой профессиональные медицинские организации, вполне могут существовать самостоятельно и независимо, например, ассоциация частных врачей, или ассоциация больничных учреждений и т.д. На втором этапе следует создать в пределах объединенной организации рабочие группы по подготовке к передаче ряда функций, о чем речь пойдет ниже. На третьем этапе следует создать группы, в какой-то мере повторяющие структуру министерства, для их более тесного взаимодействия.

В целом, профессиональные медицинские объединения должны участвовать в разработке: норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил; порядков оказания медицинской помощи и медицинских стандартов; программ подготовки и повышения квалификации врачей и предоставлении образовательных услуг; принимать участие в лицензировании врачей; разрабатывать и одобрять клинические

рекомендации (протоколы лечения) и этические нормы взаимодействия медицинских работников и пациентов; участвовать в заключении соглашений по тарифам на медицинскую помощь; в разработке территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; защищать профессиональные интересы врачей, содействовать их профессиональному росту, организовывать им необходимую финансовую поддержку, проводить профессиональную экспертизу проектов принимаемых решений и т.д. В ряде стран правительство даже выделяет средства таким организациям для повышения квалификации, усовершенствования и специализации врачей. При этом профессиональное сообщество самостоятельно решает, кого и куда за выделенные средства следует направить. Иначе говоря, работа объединенной общественной медицинской организации не должна сводиться только к самоуправлению и саморегулированию профессиональной медицинской деятельности. Она должна совместно с пациентскими и другими общественными организациями участвовать в государственно-общественном управлении системой охраны здоровья и организации медицинской помощи. Кроме того, профессиональные медицинские и пациентские организации наряду с чиновниками, специалистами, экономистами и юристами должны активно участвовать в работе Национального совета по охране здоровья при Президенте РФ и в профильных советах при Минздраве РФ, в т.ч. в Совете по кадровой политике. Такое широкое участие независимых профессиональных медицинских организаций будет способствовать повышению квалификации медицинских работников и, как следствие, повышению качества медицинской помощи населению, более ответственному и гуманному отношению медицинских работников к пациентам, повышению эффективности управления здравоохранением в целом.

ПОРЯДОК РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ СТРАТЕГИИ

Из всего изложенного следует, что главные акценты должны быть сделаны на системе охраны здоровья и развитии ПМСП с тем, чтобы существенно улучшить состояние здоровья населения и значительно снизить нагрузку на дорогостоящую вторичную и третичную медицинскую помощь. В данной Стратегии большое внимание уделено перспективам развития здравоохранения, в том числе потому, что именно со стороны здравоохранения должны быть сформулированы требования к системе охраны здоровья, поскольку только врачи могут выявить позитивные или негативные влияния сторонних факторов на здоровье граждан.

Медицинская помощь общего типа, в том числе врачебная, должна быть массовой и наиболее приближенной к месту проживания граждан, а специализированная медицинская помощь может быть более отдаленной. К медицинской помощи общего типа можно отнести Общую врачебную практику с правильно подготовленным врачом общей практики, который ведет широкую профилактическую работу, курирует прикрепленное население, в т.ч. в дневном стационаре, и частично может заменить собой отдельных врачей-специалистов, лекарственное обеспечение широкого назначения, скорую медицинскую помощь общего типа (специализированные бригады- уровень субъекта федерации), зубоврачебную помощь, оказываемую средним медицинским персоналом-зубными врачами (врачебная стоматологическая помощь- на субъектном уровне), простейшие и массовые лабораторно-инструментальные исследования, акушерскую помощь, оказываемую акушерками (помощь при осложненных беременностях или подозрениях на них- на субъектном уровне), амбулаторный медико-социальный уход. Все это должно относиться к ПМСП, а по уровню- к муниципальному здравоохранению. На специализированную амбулаторную помощь и на госпитализацию пациенты направляются, преимущественно, ВОП, а консультативно-методическая помощь организуется сверху: от областных медицинских учреждений к межрайонным, от межрайонных — к районным, от районных — к врачебным участкам (ВОП), от ВОП — к ФАП и ФП. Врачи-специалисты в КДЦ консультируют пациентов: по направлениям ВОП, при выездах на места (в том числе для помощи в массовых обследованиях населения), с помощью дистанционных телекоммуникаций. В ведении субъекта федерации в зависимости от состояния дорог и транспортных сообщений на районном, межрайонном и городском уровнях должны быть сосредоточены амбулаторно-

поликлинические учреждения, в перспективе в виде групповых общих врачебных практик и КДЦ, объединенных с центрами здоровья, специализированная скорая медицинская помощь, стоматологические поликлиники общего профиля, родильные дома, больницы общего назначения (на 4-6 отделений), паллиативная медицинская помощь, интегрированный медицинский уход на специальных койках (отделениях) по уходу, в домах сестринского ухода или на дому, санатории-профилактории, медико-санитарные части, а на областном уровне (или в крупных городах и республиканских центрах)- консультативные поликлиники, диспансеры, стоматологические поликлиники специализированные, многопрофильные и специализированные стационары, диагностические центры, перинатальные центры, реабилитационно-восстановительные центры, медицинский информационно-вычислительный центр, санитарная авиация, медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях. В ведении федерального уровня должны быть научно-клинические центры ВМП, санатории и система непрерывного медицинского образования. Таким образом, основные и массовые объемы медицинской помощи должны оказываться, как и во всем мире, на муниципальном и территориальном (в других странах- провинции, лены, земли, кантоны и т.п.) уровнях. При этом, начиная с районного уровня, медицинские учреждения должны работать по договору с медицинским департаментом субъекта федерации, в котором изложено госзадание по объему, качеству и управляемым показателям. В связи с ожидаемым значительным ростом числа пожилых людей, родившихся в начале 1950-х годов, должно к 2020 г. вырасти число коек сестринского ухода (в т.ч. в ДСУ) при возможном уменьшении численности больничных коек. Таким образом, в государственных и муниципальных медицинских учреждениях медицинская помощь должна оказываться бесплатно (при условии роста замещающего финансирования), а вся платная помощь должна сместиться в частную медицину. При этом желательно, чтобы преимущественное развитие получили солидарные системы (частное индивидуальное страхование и корпоративное страхование).

В таком случае институциональная структура здравоохранения будет выглядеть следующим образом:

На селе, в малых городах и поселках, в отдаленных районах.

1. ПМСП, в т.ч. медицинская помощь общего типа:

- ✓ волонтеры, парамедики;
- ✓ ФП — до 500 жителей, ФАП — на 500–800 жителей;

- ✓ общая врачебная практика, врачебная амбулатория (с дневным стационаром) — 1300–2500 жителей.

2. Амбулаторная специализированная медицинская помощь:

- ✓ выездные специализированные бригады, в т.ч. для проведения профилактических осмотров и рекомендаций по оздоровлению, передвижные установки;
- ✓ дистанционное консультирование с выдачей рекомендаций ВОП;
- ✓ поликлинические отделения межрайонных и областных больниц, КДЦ.

3. Стационарная медицинская помощь общего типа:

- ✓ участковые больницы в труднодоступных местностях и отдаленных районах;
- ✓ районные и центральные районные больницы (на 4–6 отделений).

4. Стационарная многопрофильная и специализированная медицинская помощь:

- ✓ межрайонные и областные больницы, специализированные диспансеры, диагностические центры, центры высоких медицинских технологий.

5. Скорая медицинская помощь:

- ✓ бригады парамедиков, фельдшерские и врачебные общие и специализированные бригады;
- ✓ санитарная авиация.

В средних и крупных городах.

1. ПМСП, в т.ч. медицинская помощь общего типа:

- ✓ волонтеры, парамедики;
- ✓ ОВП, центры групповой общей врачебной практики.

2. Амбулаторная специализированная медицинская помощь:

- ✓ консультативно-диагностические центры (КДЦ), объединенные с центрами здоровья;
- ✓ частные поликлиники;
- ✓ женские консультации;
- ✓ стоматологические поликлиники (отделения).

3. Стационарная медицинская помощь:

- ✓ городские больницы общего типа, специализированные и многопрофильные, диспансеры и медицинские центры;
- ✓ частные клиники.

4. Скорая медицинская помощь:

- ✓ фельдшерские и врачебные бригады общего типа и специализированные;
- ✓ служба перевозки.

Детское здравоохранение в организованных коллективах:

- ✓ фельдшерский кабинет — до 300 детей, в т.ч. в школах;
- ✓ врачебный кабинет школьного врача и кабинет зубного врача — от 300 детей, в т.ч. в школах.

Производственное здравоохранение:

- ✓ доверенные врачи;
- ✓ здравпункты фельдшерские и врачебные;
- ✓ медико-санитарные части (при специфике производства).

Медицинский уход и реабилитационная помощь:

- ✓ организация медсестринского ухода на дому;
- ✓ отделения (дома) сестринского ухода;
- ✓ отделения (больницы) восстановительного лечения;
- ✓ медицинские профилактории и санатории.

Паллиативная медицинская помощь:

- ✓ межрайонные, городские и областные хосписы из расчета 1 койка на 10 тыс. населения.

Таким образом, представленная организационно-функциональная и финансовая модель здравоохранения никак не укладывается в предлагаемую Минздравом РФ трех уровневую схему, поскольку каждый из указанных выше видов медицинской помощи имеет свою специфику в плане воздействия на болезни и результаты, подготовки необходимых кадров, оснащения и т.д. и, представляя собой самостоятельный вид, может функционировать только в системе. Эта структура базируется на результатах значительного числа научных исследований и разработок, выполненных в последние десятилетия, имеет определенное сходство с существующими моделями в Великобритании и Испании и только в отдельных чертах напоминает о позитивном отечественном опыте предшествующих лет.

Как видно, новое изобретение Минздрава о трех уровневой системе лишено смысла, поскольку в первый уровень наряду с ПМСП (в которую по Минздраву входит и первичная специализированная помощь) необоснованно включена стационарная помощь, которая может быть не столь приближенной к населению (в соответствии с маршрутизацией пациентов) и не соответствует целям и задачам

первого уровня. Весь цикл медицинской помощи начинается с ПМСП и заканчивается реабилитацией, т.е. речь идет о частичном или полном восстановлении здоровья в случае его утраты (и трудоспособности по медицинским причинам у работающих), интегрированным медицинским уходом или паллиативной помощью.

Проект настоящей Стратегии должен пройти широкое обсуждение в общественных организациях, в объединениях пациентов, в профессиональных медицинских объединениях, в региональных органах управлениях здравоохранением, затем скорректирован с учетом высказанных пожеланий и замечаний, после чего он может быть представлен в 2013 г. в органы государственной власти.

Для реализации заявленных положений Стратегии необходим комплексный (межсекторальный, межведомственный) подход. Для этого важно при Президенте РФ создать **Национальный совет по охране здоровья** с участием квалифицированных экспертов (медицинских демографов, организаторов здравоохранения, экономистов, социологов, экологов, юристов, представителей общественных организаций и др.). В течение 2013–2014 гг. необходимо разработать и представить Президенту, Правительству и ГД РФ Национальную программу охраны здоровья граждан РФ до 2020 г. и на последующие годы. Эта целевая программа должна быть опубликована и быть понятной населению (то есть сопровождаться соответствующими обсуждениями и пояснениями).

Должна быть налажена обязательная отчетность по реализации Программы: **ежегодно** должен представляться отчет министерств и ведомств, региональных органов управления здравоохранением и федерального Министра здравоохранения о ходе реализации программы и динамике достижения целевых показателей по улучшению здоровья населения. **Ежеквартально** должны проходить заседания «Национального совета по охране здоровья» с представителями заинтересованных министерств и ведомств по мониторингу ситуации. **Ежемесячно** должны проводиться очные расширенные коллегии Минздрава с руководителями региональных органов управления здравоохранением по мониторингу ситуации. Связь с региональными руководителями здравоохранения должна осуществляться **еженедельно** в режиме on-line. В процессе реализации Стратегии не должно быть сторонних наблюдателей и все должны нести свое бремя ответственности за реализацию Стратегии.

Обязанности органов государственной и муниципальной власти:

✓ повышение внимания к человеку с его желаниями быть здоровым и не болеть, постановка его в центр государственной политики во всех ее многочисленных проявлениях, обеспечение прав граждан на охрану здоровья;

✓ повышение ответственности за здоровье граждан, создание условий для существенного улучшения охраны здоровья и возможностей для ведения здорового образа жизни, выделение для этого необходимых ресурсов и мощностей, в первую очередь, для социально уязвимых групп населения;

✓ создание и реализация национальных общегосударственных и муниципальных программ в соответствие с выделенными в Стратегии приоритетами, увеличение финансирования здравоохранения в 2 раза.

Обязанности граждан:

✓ повышение ответственности (в т.ч. финансовой) граждан за свое здоровье, наиболее полное использование условий и возможностей, предоставляемых органами государственной и муниципальной власти для охраны здоровья и ведения здорового образа жизни;

✓ участие граждан в виде добровольцев, активистов и парамедиков во всех аспектах охраны здоровья, включая проведение массовых оздоровительных мероприятий, дней здоровья и т.п.;

✓ осуществление гражданского контроля за создание и использование возможностей и условий для охраны здоровья и ведения здорового образа жизни;

✓ участие в работе попечительских советов и санитарного актива, в выработке перспектив развития медицинских учреждений, в лоббировании их интересов, разъяснении попечительских советов через СМИ особенностей и результатов их работы, использование открытого бюджета, перспектив и намерений, представление их интересов во властных структурах, финансирующих и других органах, привлечение инвестиций и осуществление гражданского (общественного) контроля за административно-хозяйственной деятельностью, финансовыми потоками и их использованием.

Обязанности отраслевых органов управления здравоохранением:

✓ проведение эффективной политики в отрасли (организационно-управленческой, законодательно-правовой, кадровой, финансовой, материально-технической, информационной, в области повышения качества медицинской помощи и т.д.);

✓ включение в качестве базового принципа во все программы здравоохранения взаимоотношение «пациент–врач» с переориентацией системы на пациентоцентризм;

✓ обеспечение прав пациентов на получение в государственных и муниципальных медицинских учреждениях бесплатной для них медицинской помощи в необходимых объемах и при должном уровне качества, постепенная ликвидация платной медицинской помощи в указанных медицинских учреждениях во всех ее проявлениях, и по мере увеличения государственно-бюджетного финансирования здравоохранения отказ от системы ОМС и от части рыночной терминологии;

✓ заключение договоров с медицинскими учреждениями на оказание ими медицинской помощи с указанием объемов, качества и результатов (госзадание);

✓ организация государственного задания на развитие медицинской науки, в сфере общественного здоровья и здравоохранения и клинической медицины.

Обязанности медицинских работников:

✓ содействовать реализации Стратегии на всех уровнях здравоохранения и во всех типах медицинских учреждений;

✓ оказывать медицинскую помощь пациентам высокого качества с учетом клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов, минимизировать возможные врачебные ошибки, улучшить отношение к пациентам и повысить их удовлетворенность, соблюдая гуманизм, этические и деонтологические принципы медицины;

✓ участвовать в работе профессиональных медицинских объединений.

Обязанности профессиональных медицинских объединений:

✓ защищать корпоративные медицинские интересы;

✓ участвовать в общественном и профессиональном контроле за деятельностью органов и учреждений здравоохранения;

✓ содействовать реализации основных положений Стратегии и выполнять свои уставные функции.

Обязанности пациентов:

✓ осуществлять слежение за состоянием своего здоровья, активно участвовать в программах диспансеризации, выполнять назначения медицинских работников и служить партнером врача при оказании медицинской помощи;

✓ уважительно относиться к ответственному труду медицинских работников;

✓ вступать в пациентские объединения, позволяющие отстаивать интересы пациентов.

Обязанности бизнеса и работодателей:

✓ оказывать повышенное внимание здоровью работающих и членов их семей, следить за состоянием их здоровья, улучшать условия труда и социальные условия работающих; нести финансовую ответственность за здоровье своих работников;

✓ по возможности содействовать восстановлению института доверенных врачей, здравпунктов, профилакториев, медико-санитарных частей, заключать договора с медицинскими учреждениями для оказания медицинской помощи работающим и членам их семей, организовать для них систему ДМС;

✓ увеличение частных адресных инвестиций в систему охраны здоровья и в развитие медицинской помощи, в дорогостоящее лечение редких и тяжелых заболеваний, в развитие информационных технологий;

✓ организация финансовой поддержки приоритетным направлениям Стратегии и разработанным на их основе национальных программ;

✓ участие в благотворительных программах и мероприятиях в сфере здравоохранения.

Рекомендации по механизмам организации финансирования для РФ

1. Вопрос о необходимости перехода в РФ на «бюджетную модель» финансирования здравоохранения необходимо решить после серьезного и широкого обсуждения с участием профессиональных медицинских и пациентских организаций.

2. При бюджетном планировании необходимо законодательно установить, что общие государственные расходы на здравоохранение в РФ не должны быть меньше 7% ВВП текущего года. Минимальный подушевой норматив финансирования должен быть рассчитан исходя из вышеуказанного общего уровня финансирования государственной системы здравоохранения.

3. Источниками финансирования государственной системы здравоохранения должны стать бюджеты 2-х уровней: федеральный и региональный, а муниципальный – лишь частично. В этих бюджетах должны быть предусмотрены нормированные и защищенные статьи расходов на здравоохранение. Причем на региональном уровне отчисления на здравоохранение должны нормироваться исходя из размеров ВРП и доли в бюджете. Например, не менее 30% в бюджете

региона и не менее 15% от ВРП. Если этих средств будет недостаточно для достижения установленного норматива, то источником покрытия дефицита расходов на здравоохранение должен быть законодательно закреплен федеральный бюджет.

4. Основные расходы на медицинскую помощь (до 70%) должны происходить за счет федерального бюджета. Это облегчит процесс управления денежными средствами и выравнивания расходов на оказание медицинской помощи в регионах. За счет средств бюджетов субъектов РФ могут быть предусмотрены расходы на инвестиции в здравоохранение и некоторые отдельные статьи расходов на медицинскую помощь. В инвестиционную политику может быть вовлечен и частный капитал.

5. Распорядителями средств должны стать федеральный и региональные органы управления здравоохранением. Существующие фонды ОМС могут быть трансформированы в финансовые отделы органов управления здравоохранением (которыми они, по сути, являются сегодня в большинстве субъектов РФ).

6. Федеральный фонд ОМС должен в усеченном виде войти в состав Минздрава РФ в качестве управления финансирования здравоохранения, а территориальные фонды ОМС — в отделы финансирования; страховые медицинские организации могут активно заняться ДМС, а территориальные и оставшиеся муниципальные органы управления — единообразно трансформироваться в департаменты здравоохранения, и только в республиках могут сохраниться региональные министерства здравоохранения.

7. Медицинские организации всех форм собственности должны заключать контракт на оказание медицинской помощи с органами управления здравоохранения. Контракт должен быть долгосрочным, а средства медицинским учреждениям переводиться не в зависимости от их мощности (числа коек или числа посещений), а в соответствии с выполняемыми ими государственными заданиями, лежащими в основе договорных отношений (контрактов) между учреждениями и органами здравоохранения. Там должны быть указаны объемы медицинской помощи, уровень ее доступности и качества, желаемые управляемые результаты, а также условия их достижения с обязательствами сторон.

Общий итог.

Из обоснования и представления перспективных направлений Стратегии вытекают следующие итоги:

1.Несмотря на некоторые взаимосвязи, следует раздельно рассматривать систему охраны здоровья и систему традиционного здравоохранения как систему оказания медицинской помощи, включая медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, медицинский уход, паллиативную медицинскую помощь. За сохранение и укрепление здоровья населения и создание условий для здорового образа жизни- ответственность государства и органов власти всех уровней, за восстановление (полное или частичное) утраченного здоровья и восстановление трудоспособности по медицинским причинам- ответственность отраслевая, всех ее уровней. Это означает необходимость осуществления разных по целям, задачам и ресурсам мероприятий. Человек с его желаниями быть здоровым и не болеть должен быть в фокусе внимания государства, а пациент с его факторами риска и больной с его надеждами на выздоровление- в центре внимания здравоохранения.

2.Низовой основой этих взаимосвязей является правильно организованная ПМСП, в которой аккумулируются социальная профилактика и традиционное здравоохранение, ориентируемые на компактно проживающих граждан. Как ее правильно организовать, изложено в Стратегии.

3.Без учета системы охраны здоровья необходимо финансирование традиционного здравоохранения увеличить в 2 раза, сделав акцент на предупреждении и возможно раннем выявлении болезней, на преимущественном развитии доступной и качественной медицинской помощи общего типа. Целесообразно широкое внедрение информационных технологий, включая системы мониторинга за здоровьем.

4.Необходимо отказаться от неэффективного бюджетно- страхового гибрида при оплате медицинской помощи и перейти на менее затратную и более результативную государственно-бюджетную модель финансирования здравоохранения.

5.Следует постепенно (по мере роста финансирования) ликвидировать возможность оказания платной для пациентов медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

6.Необходимо воссоздать преемственность и этапность медицинской помощи в интересах пациентов путем организации взаимодействия между ПМСП (включая скорую медицинскую помощь), специализированной амбулаторной, общей и специализированной стационарной, дорогостоящей медицинской

помощью, а также медицинской реабилитацией, интегрированным уходом и паллиативной помощью.

7.Не следует пытаться одновременно развивать все службы здравоохранения и решить все проблемы в здоровье и в организации медицинской помощи. Поэтому роль приоритетов на каждые временной период существенно возрастает.

8.Поскольку клиническая медицина в стране развита на достаточно приличном уровне, а основные проблемы здравоохранения лежат в плоскости его организации, то лидирующая роль в реализации Стратегии охраны здоровья должна принадлежать специалистам по общественному здоровью и организации территориального здравоохранения. У нас же почему-то считается, что любой врач и клиницист может руководить здравоохранением. Однако даже не любой главный врач, считаясь организатором здравоохранения, может стать успешным руководителем территориального здравоохранения. Это настолько разные и далекие друг от друга виды деятельности что они требуют различных личностных и деловых качеств, навыков и профессиональных знаний, сопоставимых с занятиями микро- и макроэкономикой.

9.Необходимо внести существенные коррективы в подготовку и усовершенствование медицинских кадров (врачей, фельдшеров, медсестер, акушерок, санитарок), определить их необходимые соотношения по уровням медицинской помощи, специальностям и т.д., а также установить для них достойную дифференцированную оплату исключительно важного и полезного труда.

10.Для реализации Стратегии необходимо при Президенте РФ создать Национальный совет по охране здоровья, ввести практику ежегодного отчета о состоянии здоровья нации, привести нормативную и законодательную базу в соответствие с основными положениями Стратегии охраны здоровья.

Все изложенное позитивно отразится на моральном климате в стране, единении, патриотизме, на общей и санитарной культуре, а, главное, на здоровье. Кроме того, это будет способствовать сближению населения и медицины (смещение акцентов с кастовой медицины на медицину народную), разрешению возможных конфликтных ситуаций, повышению авторитета медицинских работников и престижности медицинских профессий, развитию государственно-общественного управления здравоохранением и, в итоге, становлению в стране гражданского общества.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Перспективные рекомендуемые схемы потока пациентов.

Таблица 1.

Распределение потока пациентов %

	есть	будет
ПМСП	40	75
Специализированная амбулаторная	35	15
Стационарная общая	20	8
Стационарная специализированная	5	2

Примечание: через ПМСП должны проходить все 100% пациентов, а 75%- начинать и заканчивать лечение именно на этом уровне.

Таблица 2

Распределение численности врачей, %

	Есть	**Будет**
ПМСП	**10**	**50**
Специализированная амбулаторная	**20**	**10**
Стационарная общая	**40**	**25**
Стационарная специализированная	**30**	**15**

Таблица 3

Распределение финансовых средств, %

	Есть	**Будет**
ПМСП	**10**	**40**
Специализированная амбулаторная	**20**	**15**
Стационарная общая	**30**	**20**
Стационарная специализированная	**40**	**25**

Сравнительный анализ стран с бюджетным финансированием здравоохранения и медицинским страхованием

Таблица 4.

Место в рейтинге BLOOMBERG	**Страна**
1.	СИНГАПУР
2.	ИТАЛИЯ
3.	АВСТРАЛИЯ
4.	ШВЕЙЦАРИЯ
5.	ЯПОНИЯ
6.	ИЗРАИЛЬ
7.	ИСПАНИЯ
8.	НИДЕРЛАНДЫ
9.	ШВЕЦИЯ
10.	ГЕРМАНИЯ
11.	КИПР
12.	АВСТРИЯ
13.	ФРАНЦИЯ
14.	КАНАДА
15.	НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ
16.	ГРЕЦИЯ
17.	ГОНКОНГ
18.	НОРВЕГИЯ

19.	ИРЛАНДИЯ
20.	БЕЛЬГИЯ
21.	ВЕЛИКОБРИТАНИЯ
22.	ФИНЛЯНДИЯ
23.	ПОРТУГАЛИЯ
24.	КОСТА-РИКА
25.	СЛОВЕНИЯ

Страны с бюджетной системой финансирования здравоохранения

Страны со страховой системой финансирования здравоохранения

Таблица 5

Сравнивалась эффективность систем здравоохранения 16 стран по критерию «Затраты / Управляемые показатели здоровья населения». Критерии более высокой эффективности:

1. При меньших затратах обеспечивает близкие или более высокие показатели здоровья населения.
2. При сопоставимых затратах позволяет достичь сопоставимые или более высокие показатели здоровья населения в условиях:
   - ✓ Большей доли пожилых людей в структуре населения;
   - ✓ Менее благоприятных климатических и (или) социально-бытовых условий жизни населения;
   - ✓ Большего распространения вредных привычек (алкоголь, курение, избыточный вес).

Таблица 6

I группа — Страны средиземноморской и германской культур

Показатели	**Страны средиземноморской культуры**		**Страны германской культуры**	
	Италия	**Франция**	**Швеция**	**Австрия**
ЗАТРАТЫ				
Расходы на здравоохранение, % ВВП	**9,5**	**11,9**	**9,6**	**11,0**
Расходы на здравоохранение на душу населения, $	**3 022**	**4 021**	**3 757**	**4 388**
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ				
Ожидаемая продолжительность жизни (мужчины/женщины), *лет*	**79 / 84**	**77 / 84**	**79 / 83**	**78 / 83**
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, *лет*	**74**	**73**	**74**	**72**

Материнская смертность, *число случаев на 100 тыс. живорожденных*	**4**	**8**	**4**	**4**
Неонатальная смертность, *число случаев на 1000 живорожденных*	**2**	**2**	**2**	**2**
Младенческая смертность до 1 года, *число случаев на 1000 живорожденных*	**3**	**3**	**2**	**4**
Смертность детей до 5 лет, *число случаев на 1000 живорожденных*	**4**	**4**	**3**	**5**
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет (мужчины / женщины), *на 1000 населения*	**77 / 41**	**122 / 56**	**74 / 47**	**102 / 50**
Место страны в рейтинге оценки здоровья населения (Bloomberg, 2012)	**2**	**13**	**9**	**12**

Таблица 7

II группа — Англоязычные страны

Показатели	**Великобри-тания**	**Канада**	**Австралия**	**США**
ЗАТРАТЫ				
Расходы на здравоохранение, % ВВП	**9,6**	**11,3**	**8,7**	**17,9**
Расходы на здравоохранение на душу населения, $	**3 480**	**4 404**	**4 774**	**8 362**
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ				
Ожидаемая продолжительность жизни (мужчины/женщины), *лет*	**78 / 82**	**79 / 83**	**80 / 84**	**76 / 81**
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, *лет*	**72**	**73**	**74**	**70**
Материнская смертность, *число случаев на 100 тыс. живорожденных*	**7**	**12**	**8**	**21**
Неонатальная смертность, *число случаев на 1000 живорожденных*	**3**	**4**	**3**	**4**
Младенческая смертность до 1 года, *число случаев на 1000 живорожденных*	**5**	**5**	**4**	**7**
Смертность детей до 5 лет, *число*	**5**	**6**	**5**	**8**

случаев на 1000 живорожденных				
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет (мужчины / женщины), *на 1000 населения*	**95 / 58**	**87 / 53**	**79 / 45**	**134 / 78**
Место страны в рейтинге оценки здоровья населения (Bloomberg, 2012)	**21**	**14**	**3**	**33**

Таблица 8

III группа — Латиноамериканские страны

Показатели	Чили	Куба	Коста-Рика
ЗАТРАТЫ			
Расходы на здравоохранение, % ВВП	**8,0**	**10,6**	**10,9**
Расходы на здравоохранение на душу населения, $	**1 199**	**431**	**1 242**
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ			
Ожидаемая продолжительность жизни (мужчины/женщины), *лет*	**76 / 82**	**76 / 80**	**77 / 81**
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, *лет*	**70**	**69**	**69**
Материнская смертность, *число случаев на 100 тыс. живорожденных*	**25**	**47**	**40**
Неонатальная смертность, *число случаев на 1000 живорожденных*	**5**	**3**	**6**
Младенческая смертность до 1 года, *число случаев на 1000 живорожденных*	**8**	**5**	**9**
Смертность детей до 5 лет, *число случаев на 1000 живорожденных*	**9**	**6**	**10**
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет (мужчины / женщины), *на 1000 населения*	**116 / 59**	**120 / 78**	**115 / 69**
Место страны в рейтинге оценки здоровья населения (Bloomberg, 2012)	**27**	**28**	**37**

Мнения пациентов

(по результатам социологического мониторинга с июля по сентябрь 2013 г. по оценке удовлетворенности пациентов. Общероссийская выборка. (Автор-Н.Золотовицкая). Дополнения- из Интернета.

1. *«врачи-то поставить диагноз могут, а вот дальше начинаются проблемы, обеспечить результат не могут»,*
2. *«если врач правильно установит диагноз,* ***это совсем не значит, что тебя потом вылечат».***

В соседней деревне закрыли последнюю больницу, наша на очереди, лечиться станет негде». «Закрыли онкологию, в урологии несколько коек оставили, в детском стационаре меньше оставили коек, всё перевели в город».

«Летом еще можно добраться, ***а зимой — 50 км до ближайшей больницы****».*

3. *«У нас полностью закрыли три больницы, у оставшихся огромная загрузка, они просто не справляются».*
4. *«****Все только хуже и хуже****. Врачебные амбулатории закрывают, относят их к районным больницам. Расстояние до них становится более десятка километров».*
5. *«Сокращение ФАПов очень отдалило население от мест оказания медицинской помощи. Раньше расположение медицинской помощи соответствовало тому количеству населения, которое проживает, а теперь – нет. Некоторые населённые пункты вообще без медицинской помощи, а половина фельдшеров ездят из других ФАПов, им приходится проезжать* ***по 60 - 70 км****».*
6. *«Чтобы попасть к узкому специалисту, нужно идти к терапевту. Пока к терапевту попадёшь, запишешься, пока терапевт даст направление к этому узкому специалисту, то есть к хирургу, к которому мне надо. Очень долго всё происходит от того момента, когда нужна тебе помощь, до того момента, когда ты ее получил».*
7. *Мало того, что тебя назначают на этот анализ на 10 дней вперед, так он еще и готов будет через 10 дней, потому что его делают в другой лаборатории.* ***Человек уже выздороветь мог или помереть.*** *Такие результаты анализов вообще не нужны».*
8. *«Сначала назначают лекарства, ставят диагноз, а потом подтверждают анализами, которые приходят через 2-3 недели».*

10. *«Чтобы записаться к офтальмологу, нужно сейчас приходить к 5 часам утра, и вообще не факт, что ты к нему попадёшь на этой неделе. Сейчас хоть стало все через терминал – это плюс, но сроки остались такими же».*

11. ***«Бешеные очереди****. Стоишь в живой очереди, а тут вдруг какой-то человек впереди тебя по электронной записи. Даже обидно, ты, допустим, с какой-то серьезной проблемой, а он — нет».*

12. *Ладно там, еще к терапевту можно проскользнуть без талончика. Но обидно же, когда сидишь с талоном, а она прием заканчивает. Это значит, что надо еще на следующий день идти, брать тот же самый талон». «В талоне указано время, ты приходишь и еще стоишь два часа в живой очереди». «Ты должен, как у нас в районной больнице, сидеть в очереди на прием к врачу: бывает, и полдня, и до закрытия, пока врач не закончит свой рабочий день. Как вы думаете, какой результат может быть от посещения врача в такой трудный период, когда ты пришел с утра, и, дай Бог, если ты до вечера попал к врачу. И еще хорошо, если он тебе окажет профессиональную помощь, и ты, в принципе, можешь быть хотя бы довольным, что он тебе назначил правильное лечение».*

*13. «**Лишний раз идти в поликлинику не захочешь.** Некоторые люди просто берут и «забивают» на врачей, потому что очень долго их дожидаться». «Если раньше было – болезнь лечит врач, то сейчас многие уже отказываются от такого принципа, потому что к врачу очень сложно попасть». **«Когда приходишь в поликлинику, такое впечатление, что попадаешь в стан врага».***

14. «Получить всю необходимую помощь в медицинском учреждении невозможно, тебя отправляют дальше, и дальше, и дальше».

15.Я поехал в районный центр по направлению фельдшера. Там уже нужно к участковому терапевту, который курирует наше село. Приезжаешь – стоишь в очереди. Свое направление нужно отдать в регистратуру, получить талончик, чтобы попасть к терапевту, который потом уже тебя куда-нибудь направит».

«В районный центр приезжаешь — есть оборудование, УЗИ и прочие аппараты. Но чтобы получить бесплатно, это нужно выждать, опять несколько месяцев по талончику ждать».

*«Ну, вот чтобы нам из деревни доехать до города, это надо два часа точно. То автобусов нет, то автобусы есть, но могут быть переполнены, не сядешь. Если и доберешься до больницы, то там проблема опять: талон не возьмешь. А если талон достанется, тебе надо еще посидеть в очереди. Отсидишь очередь – бывает, еще и не попадешь к врачу. В результате можешь просидеть и назад вернуться ни с чем». «**Обращаемся, когда уже своими силами я не могу себе помочь**, в экстренном случае».*

*16. «Приехали, посмотрели, выявили. А лечиться-то как? **Лечение людей никто не контролирует».** (Это о профилактических осмотрах)*

*17. «Подходишь к окошечку регистратуры, и если есть там, то дают только к одному врачу, который вот по нашему участку, больше там других врачей нет». «**Если недовольны – пожалуйста, идите в платную.** А в платную –*

это приходится ехать в городскую поликлинику, там надо опять платить деньги. А не у всех эти деньги есть, чтобы ездить по городским поликлиникам и платить. Но все равно, если тебе что надо и надо срочно – едешь в город и все делаешь».

18. «стали закупать больше зарубежного оборудования», «наконец-то врачам дали нормальное оборудование, а не то, которое работает со сбоями», «приобретается много разной аппаратуры, но это происходит где-то в городах, мы видим все только по телевизору», «тех инноваций, о которых говорит наше правительство, здесь нет. Это, может быть, у них, в 4-м управлении?». «Было оборудование еще при царе Горохе, где-то что-то списали и нам сюда прислали, вот и установили». «Некоторые из диагностических приборов неисправны или устарели».

19. «В условиях кадрового дефицита попасть к специалисту, пройти обследование без ущерба для своего здоровья очень сложно».

«При острейшем дефиците кадров, какая нагрузка должна быть у врача, чтобы он мог принять всех больных? 20 пациентов врач должен принять за 4-5 часов. А мы говорим — доступность!»

«У нас сейчас Call-Centre работает. А вот толку что? Если нет кадров, то тут хоть 25 Call-Centre поставь, все равно очередь сформируется на месяц».

20. «Пожилые врачи, они выписывают старые медикаменты, антибиотики», «они чаще думают о своих болячках, а не о наших».

«У молодых врачей элементарно отсутствует опыт».

21. «У врачей абсолютно разные подходы к лечению. Два врача, оба терапевты, а говорят разные вещи».

*22. **«Наша медицина не видит человека**. Вот как можно всех под одну гребенку? Я же вижу, что эти схемы не совпадают с конкретным человеком. Никого не волнует, улучшилось после этого здоровье или нет».*

*«Приходишь, говоришь, что болит. Смотрят очень однобоко, на другие органы даже и не смотрят**. Нет комплексного подхода**». «Врач должен чувствовать организм, если он дал рецидив какой-то – то все, нужно что-то другое искать».*

*23. «недостаток оборудования все-таки наблюдается, но есть и другая проблема — поступают томографы, а их результаты обрабатываются в Москве, а потом отсылаются обратно специалистам, т.к. местные врачи не могут расшифровать данные», **«сейчас врачи с умным видом смотрят на КТ — и ничего там не видят!».***

24. «Врач сидит, не поднимая головы, не смотрит на пациента. Однажды мою карточку даже перепутал, я говорю: «Зачем вы мне это прописываете? Я же другой пациент!». «отправляют вообще по разным местам, а как там у пациента дальше сложилось, никто и не знает», «врачи даже не знают, куда они

отправляют, так открыто и говорят: «Ищите дальше врача, а мне некогда, у меня следующий больной». ***Пациент расстроен, он понимает, что просто никому не нужен и отправлен на произвол судьбы».***

25. «назначаются дешевые и неэффективные лекарства с побочными эффектами», «не всегда дают нужные лекарства, а чаще их заменители», «они, конечно, лекарства больным выделяют, но они не помогают больным. Вроде и вылечиться хочется, но лекарства не позволяют этого сделать».

«Делали капельницу, лекарство не пошло, мне было плохо, а врач сказал, что другого лекарства нет».

«Одной женщине назначили антибиотик, а у нее пропало зрение».

«Меня положили в 3-ю больницу, в одиннадцатом году я лежала с хроническим бронхитом. Мне давали преднизолон, я спросила у врача, почему мне дают такой сильный гормональный препарат. Возможно, от этого препарата у меня обострилась болезнь щитовидной железы. Теперь нужно идти к эндокринологу».

«выписывают то, что тебе по карману, а не то, что может тебе помочь», «нормальные подходы к лечению — назначают то, что человек может оплатить».

26. ***Бесплатной медицины нет****, чтобы получить адекватное лечение, за все надо платить», «куда не кинься, все диагностические анализы – платные».*

«Обратилась в краевую больницу, мне там сказали, что сделать операцию будет стоить 200 тысяч без шва. Если со швом, тогда это все бесплатно».

27. «Платно можно сделать любой анализ (и томографию, и рентген – все что угодно) быстро. А вот если бесплатно – это бесконечные очереди».

«Пришла в 6 утра в больницу. В 10 часов взяла талончик — и только на ноябрь месяц. Но это я считаю хорошо, хотя с другой стороны – хотите платного врача, пожалуйста, заплатите деньги, и будет вам хоть сегодня платный врач. Я считаю, это несправедливо. ***Я умереть успею, пока мне медицину окажут бесплатную».***

28. «Меня это очень даже устраивало, потому что я еще на месте, здесь, в Измалково, проходила окулиста платного, который приезжает к нам из Ельца, из платной клиники. Как бы вот такой приемлемый вариант». «хорошо хоть частные клиники сделали, есть куда бежать», «попасть в государственную поликлинику невозможно. Приходится обращаться в частные, потому что это быстрее, но приходится за это платить деньги».

29. «чтобы оперативно бесплатно пройти УЗИ нужно как минимум лечь в больницу. ***Иначе месяцами ждать****. С холтером тоже самое. Говорят нет свободных, идешь ставить платно в тот же кабинет и видишь целая корзина лежит, ставь- не хочу». «врачам запретили выдавать направления на биохимический анализ крови в случае необходимости. Только 2 анализа в день на*

*три десятка посещений. И это в Москве». «**сегодня зрелища типа Олимпиады власти дороже, чем здоровье граждан».***

*30. «чиновники и их родственники в поликлиники не ходят и вообще они предпочитают в России не лечиться» «у нашей медицины, несмотря на затраченные средства, **на выходе ноль без палочки**». «медицинское обслуживание в Москве на порядок лучше, чем в провинции» «в обычных поликлиниках новое оборудование используют для платных услуг» «на здравоохранение из бюджета России выделяются огромные деньги, которые просто напросто **до цели не доходят**- распиливаются и разворовываются чиновниками. Вот и весь секрет российской бесплатной медицины» «сначала закупили на народные деньги томографов, а затем организовали очередь на исследование до 4-х месяцев»*

*31. «15 лет не была в поликлинике и после визита только желание еще лет 20 не ходить». «**надо менять нашу медицинскую систему,** хороших врачей остается все меньше и меньше». «не обязательно ходить в районную, зайдите в академическую поликлинику РАН и **окажетесь в Уганде.** Все за деньги, очереди, талонов ждешь по 2-3 недели, врачи- мама не горюй» «у нас очередь на анализы 2 недели» «в Москве нет сроков оказания медицинской помощи» «лично в поликлинике последний раз был в 1984 г., наверное уже похоронили» «я решила не ждать два месяца и сделала УЗИ платно. С детьми так же делаю. Пока дождешься талончик к специалисту, проще за наличный расчет провести обследование»*

*32. «живу в Кирове, пришлось связи искать и много платить за проведение исследований в частных клиниках, которые растут как грибы, и это не удивительно. Из всего комплекса только флюорографию сделал бесплатно, правда, пришлось ехать в другой конец города» «нужно внести закон, по которому депутатам всех уровней оказывать помощь в обычных поликлиниках в соответствии с территориальной программой**, жаль, что власти в наших поликлиниках не обслуживаются»***

*33 «а мы думали, что только в нашей 179 поликлинике Москвы такой бардак. Попасть к участковому терапевту очень сложно, направление к нужному специалисту можно через месяц получить и то, если каждый день ходить в поликлинику. Запись нужно ловить с 7 утра. **Власть делает все возможное, чтобы превратить жизнь народа в кошмар**». **«жуть такая в поликлиниках, что даже культурные люди матерятся»** «Троицк присоединили к Москве, талоны на анализ крови по записи и то, если прорвешься к главной медсестре, к некоторым врачам вообще не записаться» «в Петербурге по направлению врача меня записали в очередь на УЗИ и сказали, что **ждать не меньше полугода.** Сделала платно в тот же день в той же поликлинике в те же часы приема»*

*«**лично я не верю бесплатной медицине** и давно перешла на обслуживание в платную поликлинику, хотя она мне абсолютно не по карману, и я коплю на очередное обследование по несколько месяцев потому, что **в нашей районной поликлинике не работает ничего:** ни УЗИ, ни рентген, ни маммография, ничего»*

*34. «моя мама является инвалидом с онкологическим диагнозом и, вставая на учет в онкодиспансере Западного округа Москвы, обнаружила, что из положенных 12 специалистов **работают только трое на весь округ. К сентябрю этого года онкологов не стало вовсе** и потому записи к ним не было. Мама написала письмо в Департамент здравоохранения накануне мэрских выборов, надеясь, что в это время ее могут услышать Но Департамент накостылял главному врачу, переслав ему это письмо. И замученный главврач звонил нам домой, извиняясь, что у него нет врачей. По новым правилам теперь онкобольной вначале должен записаться на прием к своему участковому терапевту в районной поликлинике, отсидеть там и получить талончик к онкологу, которого нет. **Это просто издевательство над людьми**»*

*35. «в Подмосковье очереди на обследование можно ждать месяц при том, что **за углом поликлиники всегда есть какой-нибудь коммерческий центр, где работают те же поликлинические врачи и где готовы за деньги сделать исследование тот час же» «в мае месяце** мне потребовалось УЗИ, врач сказал, **приходите в сентябре**, я вас запишу на очередь. Пришлось сделать УЗИ платно и это в поликлинике, где само здание и оборудование находятся на бюджете» «чтобы получить заветный номерок на УЗИ, МРТ или еще куда за два месяца вперед нужно долго ходить, что для больных людей не очень просто» «мне дали талончик на холтеровское мониторирование **на середину следующего года»** «врачи и специалисты бегут из поликлиник, остается подплинтусовый уровень и это на фоне победных реляций».*

*36. «маме плохо. Вызываем реанимацию и неотложку. Первой приехала неотложка через час и зафиксировала смерть. Через три часа приехала перевозка, чтобы увести тело, **А через 6 часов приехала реанимация**. И это С-Петербург, не окраина, время позднее- пробок не было. **Вот такое у нас социальное государство и такая бесплатная медицина**» «у нас в Г.Заринск Алтайского края попасть к нефрологу невозможно, большие очереди, но больше 10 талонов в день не дают. Стоишь скрюченный с больной спиной, а тебе говорят, приходите завтра пораньше и занимайте очередь. Полагаю, что **медицина в России безнадежна»***

37.Говорят, что акушерские койки в сельской местности убыточные. Что значит убыточные? Неужели это бизнес, который должен приносить прибыль.

Нас уверяют, что сельские роддомы плохо оборудованы и там нет специалистов. А почему нельзя оборудовать? Квалифицированные специалисты есть, только вот государство их не ценит.

Здание и прилегающую территорию на ул. Некрасова в Белгороде уже продали москвичам под платную клинику.

Я ни в коем случае не виню региональную власть, т.к. понимаю, что «массовая атака» на роддома идет по всей стране.

На всю Белгородскую область оставили всего 8 роддомов, почему закрыли в Томаровке, в г. Строителе, почему нет роддомов в Яковлевском, Борисовском, Краснояружском и других районах области, ведь там есть немало молодых людей?

Конечно, женщинам в Голландии хорошо рожать дома, когда к ним приходит акушерка, а рядом дежурит оснащенная скорая помощь.

Отношение к роженицам в роддоме, где я лежала на сохранении, ***было просто отвратительное.***

38.У одной женщины из-за недосмотра врачей случился выкидыш прямо в палате. Вместо сочувствия медсестры ***отругали*** *ее за то, что она испачкала простыни. А в другой палате беременным заявили: «Если хотите жить в чистоте****, убирайтесь сами****».*

Младенец умер через 10 часов после родов, но его можно было спасти, если бы дежурная акушерка заметила, что при родах малыш получил недостаточно кислорода и родился с мозговой травмой.

Я рожала в марте, отношение медсестер и нянечек в послеродовом отделении было на уровне «нам все параллельно». Медсестры в детских боксах ходят без масок, а медсестра, которая выносила ребенка счастливому папаше, вытирала нос рукой, при этом ***сопли у нее лились рекой****.*

Рожала я по договоренности, за плату. Роды были тяжелые, у ребенка родовая травма шейного отдела позвоночника. Но об этом врачи промолчали. Узнали мы об этом позже в институте педиатрии. Выписали меня из роддома на 3-й день. При этом не сказали, что у ребенка также водянка и желтуха. А мы заплатили большие деньги.

39. Я рожала зимой пятого ребенка в сибирском роддоме за 130 км от дома, дорога- ухабы, но зимой еще снегом присыпана. Если бы акушерка была в поселке, я бы никуда не поехала. Думаю, нужно что-то делать, ***поднимать общественность****, журналистов, писать петиции. Идет планомерная программа против россиян, а власти знают, как мы, бедные, живем.*

В Петербурге закрываются 2 роддома №№ 9 и 17, что заставляет нервничать женщин.

*Я родила троих детей в своем городе, но теперь этот роддом закрыли. Сейчас беременна четвертым, **а рожать просто негде**, хотя у нас город на 40 тыс. жителей в Костромской области, да плюс деревни вокруг. А в перинатальный центр в Кострому-100 км и ехать по выбоинам, колдобинам, яма на яме- это самоубийство. По той дороге даже КАМАЗы застревают.*
*Теперь население нашего города рожает в 2-х соседних городах. Но родить можно и по дороге. Это **беспредел**, я уже написала письма в Роздравнадзор, звонила в Общественную палату, думаю, нужно подключать депутатов.*
*40.Когда у моей подруги начались роды, никто к ней не соизволил подойти. Она сама пошла в родильный зал, **придерживая рукой головку между ног.** Через 2 недели ребенок умер от стафилококковой инфекции. И **это в Москве**.*