



Мониторинг СМИ

**Обсуждение Концепции развития  
здравоохранения в зеркале СМИ  
за март-декабрь 2007 года**



Отчет по мониторингу подготовлен компанией  
"SYNOPSIS-маркетинг для медицины"

Москва2007

## Содержание

Введение.....	3
I. Материалы агентств.....	5
1. Материалы АМИ-ТАСС.....	5
2. Материалы ИТАР-ТАСС.....	6
II. Материалы «Российской службы новостей».....	8
III. Материалы печатных изданий.....	9
1. Материалы «Российской газеты».....	9
1.1. От стратегии развития здравоохранения к стратегии сохранения и укрепления здоровья населения России.....	9
1.2. Интенсивная терапия.....	12
2. Материалы газеты «Коммерсант».....	13
3. Материалы общероссийской газеты «Гудок».....	15
4. Материалы «Фармацевтического вестника».....	16
5. Материалы «Медицинской газеты». Мнение профсоюза медработников.....	17
6. Материалы газеты «Медицинский вестник».....	23
6.1. Проект концепции развития здравоохранения будет разработан не ранее чем через полгода, но первые наброски документа могут появиться уже в феврале 2008 года.....	23
6.2. Сельское здравоохранение.....	26
6.3. Проблемы узких специалистов.....	28
6.4. Экспертиза качества медицинской помощи со стороны ТФОМС.....	29
6.5. Кадры.....	31
6.6. Скорая и неотложная помощь.....	35
6.7. Мотивация.....	39
6.8. Национальный проект.....	41
6.9. Разработка новых препаратов.....	46
6.10. Страхование и критерии качества.....	48
6.11. Областные больницы.....	49
6.12. Муниципальное здравоохранение.....	51
6.13. Контроль за соблюдением стандартов.....	51
6.14. ДМС и стандарты лечения.....	54
IV. Краткая аналитическая информация по итогам работы системы здравоохранения в РФ в 2007.....	56

## **Введение**

В настоящее время одной из задач правительства во главе с министерством здравоохранения и социального развития является разработка стратегии развития здравоохранения на 2009-2019 годы.

Компания «SYNOPSIS-маркетинг для медицины» провела и подготовила отчёт по мониторингу Средств Массовой Информации.

Мониторинг СМИ проводился в марте – декабре 2007 года по всем печатным изданиям.

Основные темы и направления, которые обсуждались в этот период в СМИ по вопросам стратегии развития здравоохранения:

В сельском здравоохранении основной идеей решения проблем является медицинская и социальная профилактика болезней, оплата труда медработников вне зависимости от показателей заболеваемости и продолжительности жизни, внедрение в сознание сельчан убеждений здорового образа жизни.

В теме узких специалистов рассматриваются проблемы качества и комплектации медицинской аппаратуры, оплата труда сотрудников, участвующих в оказании медпомощи неработающему населению (в том числе сотрудникам лаборатории, регистратуры, санитаркам).

В системе контроля качества медпомощи со стороны ТФОМС была проведена граница между работой, которую должны проводить штатные эксперты-организаторы страховых компаний и врачи-клиницисты. В теме рассказывается о первом опыте института экспертов качества медпомощи на уровне двух административных районов. Сделан вывод о необходимости внутреннего и внешнего контроля за качеством оказания медицинской помощи. Также поставлены задачи, требующие решения при формировании системы управления качеством.

В теме «Кадры» основной идеей является высокая квалифицированность специалистов и внедрение элементов высоких технологий, лицензирование врачей государственных, муниципальных и частных клиник, повышение качества подготовки специалистов в ВУЗах.

Качеству медицинской помощи уделяется внимание во многих статьях. Отмечено, что в России нет четких стандартов качества медпомощи. Основная идея заключается в создании регистра врачей-экспертов.

В теме скорой и неотложной помощи говорится об эффективности материальных вложений и качестве подготовки специалистов СМП.

Основной идеей мотивации к качественному труду, то есть ориентации на результат, является создание программы по совершенствованию условий оплаты труда и предоставлении квартир молодым специалистам в регионах, где ощущается острая нехватка кадров.

По двухлетней работе над реализацией национального проекта были сделаны определенные выводы и выдвинуты некоторые предложения.

При решении вопросов об лекарственном обеспечении следует уделить внимание теме о «разработке новых препаратов», в которой показаны преимущества отказа от дженериков.

Основной мыслью в теме о стандартах в медицине то, что это еще одна попытка обязательного нормирования в лечении пациентов, которая ограничивает врача в выборе лечения. Предлагается отойти от этой системы и сделать главным стандартом результат врачевания по восстановлению здоровья человека.

В страховании и критериях качества основной идеей является необходимость системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Относительно областных больниц рассматриваются такие проблемы, как отсутствие нормативно-правовых механизмов, обеспечивающих сохранение, развитие особых полномочий областных больниц, мотивация сотрудников и медицинская непросвещенность населения.

В муниципальном здравоохранении на первое место вышла нехватка кадров.

В теме судебной медицины основной идеей является проблема пополнения научных кадров и профилактика нарушений норм врачевания.

Тема «правовая помощь медработникам» раскрывает данную проблему и предлагает пути решения.

В «Контроле качества за соблюдением стандартов» рассматриваются нюансы регламента Росздравнадзора и предлагается ввести в систему здравоохранения провайдеров как связующее звено между пациентом и ЛПУ.

В теме «ДМС и стандарты» говорится о плюсах добровольного медицинского страхования и требованиях клиентов к качеству обслуживания. Основная идея – необходимость в разработке нормативных документов по налоговым льготам и клиентоориентированность.

В материалах «Медицинской газеты» высказаны различные мнения профсоюзов об единстве образования, научных исследований и клинической деятельности для улучшения качества образования в ВУЗах, мотивации работников и региональном законодательстве.

# **I. Материалы агентств**

## **1. Материалы АМИ-ТАСС**

МОСКВА, 13 декабря 2007 г. /АМИ-ТАСС/

Стратегическая цель Концепции развития здравоохранения на 2009-2018 годы – это повышение качества и доступности медпомощи всему населению России для достижения лучших мировых показателей здоровья, управляемых системой здравоохранения. Об этом заявил председатель Комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения Леонид Рошаль на прошедших сегодня общественных слушаниях, посвященных обсуждению Концепции развития здравоохранения на ближайшие 10 лет.

Он также отметил, что в целом население России недовольно современным здравоохранением. «Концепция развития здравоохранения должна быть построена так, чтобы удовлетворять российский народ в качестве и доступности медпомощи. Качественная медпомощь – это когда любой человек получает все в диагностическом и лечебном плане. Это когда мы понимаем, что доктор, к которому мы пришли, высококвалифицированный специалист. Качество – это заниматься профилактикой и реабилитацией», - пояснил Рошаль.

Известный детский врач подчеркнул, что доступность медицинской помощи – это когда человек может получить качественную оперативную помощь, даже живя в самом отдаленном уголке страны. «Сегодня финансирование здравоохранения меньше в два раза, чем это необходимо. Пока мы это не поймем, эффективных сдвигов не будет», - добавил он.

Кроме того, Леонид Рошаль отметил, что большую роль в развитии здравоохранения играют кадры. «Огромный процент выпускников не идет работать в учреждения здравоохранения. При этом необходимо повышать уровень подготовки медкадров, сейчас очень много коррупции в медицинских вузах», - посоветовал председатель Комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения.

Он также подчеркнул, что сегодняшние общественные слушания – это начало серьезного разговора. «Возможно, все это надо было проводить пять-десять лет назад, чтобы было ясно, куда мы идем и какую концепцию развиваем. В ходе нашей дискуссии будут представлены различные точки зрения на то, какой должна быть Концепция развития здравоохранения на ближайшие десять лет. Каждое выступление будет проанализировано и направлено в Минздравсоцразвития РФ», - сообщил Рошаль.

В заключении он отметил, что никогда не будет создана такая стратегия развития здравоохранения, которая бы удовлетворила всех. Замминистра здравоохранения и социального развития РФ Владимир Стародубов согласился с мнением Леонида Рошалья.

МОСКВА, 13 декабря 2007 г. /АМИ-ТАСС/.

Ровно десять лет назад в России была принята Концепция развития отечественного здравоохранения и медицинской науки. Десять лет истекли, и на сегодняшний день возникла необходимость принятия новой стратегии развития российского здравоохранения, - отметила Директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени Сербского Татьяна Дмитриева на прошедших сегодня общественных слушаниях на тему «Концепция развития здравоохранения на 2009-2018 годы».

Она также рассказала, что в 1997 году оборотных средств в здравоохранении не было. «Тогда Минздрав не имел никакой системы управления, была полная разобщенность. Ситуация являлась сверхтяжелой, неуправляемой. На этом фоне появилась Концепция, которая выполнила самую главную функцию – собрание здравоохранения России», - подчеркнула специалист. Однако положения Концепции в значительной части остались нереализованными.

По словам Дмитриевой, необходимо посмотреть, что было полезного в Концепции 1997 года, и взять основу для создания новой стратегии развития здравоохранения. «Мы должны повторить прошлую Концепцию, так как она была народной. Хотя, конечно, новые изменения необходимы», - подчеркнула академик.

Татьяна Дмитриева отметила, что председатель Комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения Леонид Рошаль четко обозначил основные функции Концепции развития здравоохранения на 2009-2018 годы.

Напомним, что Татьяна Дмитриева не понаслышке знает ситуацию, в которой отечественное здравоохранение оказалось в девяностые годы прошлого века – в 1996-1998 гг. она занимала пост министра здравоохранения РФ. Во многом благодаря её усилиям была принята первая десятилетняя Концепция развития здравоохранения.

## **2. Материалы ИТАР-ТАСС**

МОСКВА, 13 декабря 2007 г. /Корр. ИТАР-ТАСС Анна Баженова/.

Минздравсоцразвития РФ в будущем году разработает Концепцию развития здравоохранения в стране на ближайшие 10 лет. Уже через полтора месяца "появятся первые наброски". Об этом сообщил сегодня журналистам замминистра здравоохранения

и социального развития РФ Владимир Стародубов на общественных слушаниях Комиссии Общественной палаты, посвященных обсуждению Концепции развития здравоохранения на период до 2018 года.

Он отметил, что в документе будут прописаны основополагающие направления развития отрасли - система финансирования, организация медицинской помощи, роль врачебного сообщества, правовые взаимоотношения между врачом и пациентом, защита прав пациента.

По мнению Стародубова, больше всего столкновений мнений приходится ожидать от обсуждения вопроса о финансировании отрасли. "На сегодняшний день мы имеем полубюджетную-полустраховую схему финансирования", - пояснил Стародубов. Он заявил, что в ходе обсуждения проекта Концепции необходимо четко решить, "останемся ли мы на этом уровне, либо перейдем полностью на страховую схему". При этом замминистра подчеркнул, что, для полного перехода на страховую систему необходимо примерно в 2 раза увеличить страховой взнос, который сейчас составляет 3,1 проц от фонда оплаты труда. "Страховые взносы должны соответствовать затратам, которые несут субъекты РФ", - считает замминистра.

Стародубов обратил особое внимание на то, что вносить свои предложения по проекту Концепции могут как медицинские учреждения, так и общественные институты. "Проект Концепции будет обязательно обсуждаться общественностью", - заверил он. Отвечая на вопрос ИТАР-ТАСС, Стародубов сказал, что на сегодняшний день в Минздравсоцразвития нет предварительного документа - проекта Концепции. "Пока существует только набор пожеланий", - уточнил замминистра, выразив при этом надежду на то, что обсуждение проекта Концепции не займет слишком много времени, так как именно "в затягивании сроков заключается самый большой риск".

## **II. Материалы «Российской службы новостей»**

13 декабря 2007 г.

Сегодня истекает срок действия концепции здравоохранения, принятой еще в 1997 году правительством Виктора Черномырдина. Представители Министерства здравоохранения и социального развития, финансов, Российской Академии наук, а также известные врачи собрались сегодня в Москве, чтобы обсудить новую концепцию развития здравоохранения до 2018 года. Рассказывает Мария Андреева.

Концепцию развития, конечно, сегодня принимать никто не собирался. Об этом еще в начале заседания заявил председатель Комиссии общественной палаты по вопросам здравоохранения Леонид Рошаль. Но начало серьезного, по его словам, разговора положено было.

Около 170 присутствовавших, 40 докладов и около 5 часов обсуждения – такова статистика заседания. Абсолютно все пришли к выводу, что не хватает финансирования, что нужно улучшать качество медицинского образования, уделять больше внимания профилактике болезней, увеличивать стимулирование медработников, повышать зарплаты, а самое главное – создать единое медицинское сообщество. Рошаль обещал это сделать. По его словам, цель у всех одна – сделать медицину качественной и доступной.

Но несмотря на единую цель, подходы у всех разные. Кто-то посчитал, что принимать концепцию вообще рано. Кто-то выступил за организацию Всероссийского съезда врачей в кремлевском дворце. Кто-то предложил брать пример с немецкой системы здравоохранения, признанной в прошлом году лучшей. Кто-то предложил увеличить инвестиции в здравоохранение до 5-7% от ВВП, а также направлять 10% акцизов на развитие наркологии и онкологии. Кто-то предложил сокращать уровень платности медицины до 5-7% ежегодно в течение 10 лет. Но, как обещал Рошалю Владимир Гришин, советник председателя Счетной палаты, консенсус будет найден.

Сегодняшнее заседание – лишь один этап разработки концепции. Леонид Рошаль рассказал, что последует за обсуждением.

В целом сегодняшним заседанием председатель был доволен. Он оценил активную работу участников и услышал много полезных предложений. Правда, когда будет окончательно принята концепция, точно сказать нельзя.

Мария Андреева. РСН.

### **III. Материалы печатных изданий**

#### **1. Материалы «Российской газеты»**

##### **1.1. От стратегии развития здравоохранения к стратегии сохранения и укрепления здоровья населения России**

7 ноября 2007 г.

С большим удовлетворением прочитал в Российской газете (№248 от 07.11.07) о намерении Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Министр - Татьяна Алексеевна Голикова) разработать стратегию развития здравоохранения на период 2009–2019 гг. Полагаю, что это решение позитивно воспринято многими членами нашего общества как со стороны ученых, организаторов здравоохранения и медицинских работников, так и со стороны населения.

Несколько соображений по данному вопросу по принципу «рассуждения вслух».

Действительно, опыт реализации основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» показал, что его результативность была бы намного выше, если бы это выполнялось в рамках целостной системно увязанной стратегии развития отрасли.

В то же время, необходимо заметить - достаточно ли сегодня ставить вопрос о стратегии развития только отрасли. Дело в том, что учеными установлена, а реалии жизни показывают, зависимость общественного здоровья от влияния многих факторов: социально-экономических, эндогенных (наследственных), экологических, образа жизни, функционирования других ведомств и служб системы жизнеобеспечения и т.п.

Роль главного штаба - Министерства страны, в том его организационно-функциональном составе на сегодняшний день с курируемыми им (Министерством) агентствами и фондами по организации охраны здоровья, существенно расширена. Тем не менее, штаб и подведомственные ему учреждения не охватывают своим влиянием многие аспекты охраны здоровья, реализуемые другими ведомствами и службами. В данном контексте речь идет о более широком понятии, чем система здравоохранения. К тому же, в Федеральном Законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.) сформулировано понятие системы охраны здоровья (СОЗ).

Исходя из сказанного, было бы логично разработать концепцию развития СОЗ. Однако, в настоящее время СОЗ (общепринятое название «медико-социальный блок») как важнейшее направление социальной политики, существует реально в виде совокупности учреждений и организаций нескольких ведомств, слабо взаимосвязанных между собой. Учитывая, что организационно-функциональная структура СОЗ до настоящего времени полностью не сформирована (поскольку не решены теоретические,

организационно-технологические и другие аспекты), целесообразнее ставить вопрос о разработке межведомственной Концепции стратегии сохранения и укрепления здоровья (далее - Концепция здоровья) населения России. Концепция здоровья населения не может рассматриваться самостоятельно вне взаимосвязи с другими системами, участвующими в этом процессе. Наоборот, она должна интегрировать многообразие организационных структур разных ведомств на достижение главной цели - сохранение и укрепление здоровья граждан - как главного направления социальной политики.

Концепция здоровья должна разрабатываться по социальному заказу. Поэтому вначале необходимо определить: кто является заказчиком такой концепции, какие требования и основные концептуальные положения им сформулированы, для чего нужна концепция, что мы хотим получить и т.п. Словом, речь идет о подготовке технического задания на разработку концепции.

Теоретической базой при разработке концепции должна стать методология системного подхода.

Особо следует отметить, что разработка концепции может осуществляться по нескольким вариантам. Первый вариант - традиционный, когда на уровне правительства РФ принимается решение о разработке концепции, определяется головная организация (вероятно, это будут Минздравсоцразвития и РАМН), создаются рабочие группы из наиболее авторитетных ученых и специалистов по направлениям, которым определяется срок исполнения, форма выхода и т.п. Второй вариант более затратный, но, по нашему мнению, наиболее результативный. Поскольку Концепция здоровья становится межотраслевой, то её разработка могла быть поручена специально созданному временному творческому коллективу из представителей (ученых и специалистов практиков) всех субъектов и участников, задействованных по данной проблеме. Одной из объективных предпосылок целесообразности выбора такого пути является то, что в научных учреждениях Минздрава РФ, РАМН накоплен опыт разрешения проблем, имеющих комплексный межведомственный характер. Поручить временному творческому коллективу подготовить вариант концепции и представить её на суд общественности. Время для проведения такого мероприятия, на наш взгляд, весьма удачное - «предвыборная кампания» в самом разгаре и все партии сформировали и представили свои программы. Тем более что впереди - выборы Президента страны.

Организационно это можно сделать экспедиционным методом - собрать специалистов разных ведомств и иерархических уровней в одном месте, создать им необходимые условия для работы (подобные мероприятия проводились в России в 80-х годах прошлого столетия). Главное при разработке концепции провести тщательный анализ состояния общественного здоровья, выявить причины, по которым общество

несет наибольшие потери по медико-биологическим аспектам, определить приоритеты, увязать цели с проблемами, обосновать основные концептуальные положения, наметить пути их реализации.

После всенародного обсуждения и утверждения концепции, со стороны заказчика разрабатывается комплексная государственная программа.

Также определяется головная организация - разработчик программы, который на основе системного подхода координирует работу специалистов по проблемным направлениям. К разработке программы могут подключаться ученые и специалисты разных научных и проектных организаций путем формирования заказа задания по конкретной проблеме. Опыт разработки комплексных программ имеется не только в научных и проектных организациях, находящихся в столичных городах, но и на периферии, в том числе в научных организациях СО РАМН.

Ядром программы становятся целевые установки и критерии с количественными измерителями, связанные с общественным здоровьем; комплексы программных мероприятий, обеспечивающих их достижение; круг ответственных исполнителей (из разных ведомств и служб); сроки исполнения; необходимые финансовые ресурсы; форма выхода и ожидаемые результаты и т.д. Финансирование программы может осуществляться как за счет бюджета всех уровней, так и средств работодателей, общественных фондов и т.п.

Для достижения поставленных целей и реализации гармоничного сочетания и развития всех видов деятельности, направленных на охрану здоровья различных контингентов населения, недостаточно только провести организационно-функциональную перестройку, увеличить финансирование отрасли, необходимо еще организовать адекватное информационное обеспечение как по иерархии, так и по видам деятельности всех субъектов и участников, задействованных в СОЗ, включая и население. Разработать и внедрить систему управления реализацией программы.

При таком подходе можно надеяться на позитивные сдвиги в медико-демографической ситуации и в состоянии здоровья населения.

Д.м.н, профессор,  
Заслуженный работник Г.И.Чеченин  
Здравоохранения РФ

## **1.2. Интенсивная терапия**

"Российская газета" - Федеральный выпуск №4544 от 14 декабря 2007 г.

Проект стратегии развития здравоохранения должен быть готов к марту 2008 года

Первые наработки по стратегии развития здравоохранения в РФ с 2009 по 2019 годы появятся в феврале 2008 года. Об этом сообщил вчера заместитель министра здравоохранения и соцразвития Владимир Стародубов.

"Стратегия должна включать в себя все ключевые моменты в организации медицинской помощи в стране, - констатировал замминистра. - Это и финансирование здравоохранения, и обеспечение доступности и качества медпомощи, правовое взаимодействие врачей и пациентов, страхование профессиональной ответственности врачей". Такие выводы Владимир Стародубов сделал, основываясь на итогах общественных слушаний, организованных комиссией по здравоохранению Общественной палаты РФ.

Основная трудность предстоящей работы - сделать не декларативный документ, а действительно реальную программу развития российской медицины. Между тем четкой и единой позиции у специалистов пока нет.

Так, уход от "социалистического" бюджетного финансирования, замена его страховыми механизмами в России большого положительного эффекта не принесли. Это признают даже сами страховщики. В развитых странах страховые компании не просто оплачивают работу клиник, они являются и основным инструментом контроля качества оказываемой помощи, с одной стороны, и эффективности финансовых расходов, с другой. У нас же страховщик в сущности является "кассиром", через которого идут деньги, и не более того.

Эффективность российской медицины - отдельная большая тема. Разброс в уровне доступности к хорошим специалистам (не говоря уже о новейших технологиях лечения) - на уровне стран третьего мира.

Распределение средств по различным этапам оказания медпомощи - еще один большой вопрос. В России, как известно, 60 процентов всех трат приходится на стационарное лечение - когда больной уже имеет серьезное расстройство здоровья. Это вдвое больше, чем в развитых странах. Первый шаг к усилению профилактической работы, к интенсификации "работы на опережение болезни" на уровне участкового врача, сделан национальным проектом "Здоровье". Теперь важно закрепить и развить это направление.

А главное, что все разрозненные, казалось бы, проблемы должны быть учтены в готовящейся концепции. По словам Стародубова, на сегодняшний день даже тезисно выписанного документа пока нет, и министерство открыто для любых предложений.

Переход к планированию бюджетных расходов вперед на несколько лет требует, чтобы потребности отрасли были четко обозначены как можно быстрее. Тем более что, несмотря на значительный рост государственного финансирования системы здравоохранения, оно все же отстает от темпов роста ВВП.

Ирина Невинная

## **2. *Материалы газеты «Коммерсант»***

*Для роста ЕСН нашлись медицинские показания// Минздравсоцразвития предложит президенту увеличить социальный налог на 2,9%*

Газета «Коммерсантъ» № 231(3807) от 14 декабря 2007 г.

Как признал заместитель главы Минздравсоцразвития Владимир Стародубов, министерство в рамках "Стратегии развития здравоохранения на 2009-2019 годы", создание которой планируется завершить в 2008 году, настаивает на увеличении в ближайшие годы взносов в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), которые входят в единый социальный налог (ЕСН), с 3,1% до 6%. Это решение может быть обеспечено только увеличением ЕСН, и глава министерства Татьяна Голикова намерена обсудить возможность роста налога с президентом.

Вчера на слушаниях Общественной палаты по вопросам развития здравоохранения заместитель главы Минздравсоцразвития Владимир Стародубов заявил, что министерство настаивает на увеличении страховых взносов на ОМС, которые входят в ЕСН. "Увеличение страховых взносов возможно за счет увеличения налога, в частности, увеличения ЕСН, который мы недавно сократили, или увеличения расходов бюджета на страхование неработающего населения. Минздрав выступает за увеличение ЕСН. По нашим экспертным оценкам, чтобы застраховать работающее население, размер страхового взноса в систему ОМС должен быть 6%. Сейчас взнос в ОМС составляет 3,1%. Необходимо увеличение в два раза",-- заявил Владимир Стародубов. Он напомнил, что "система медицинского страхования начиналась, когда были взносы. Сейчас это налог и бюджетная модель. В страховых моделях взносы должны быть равны расходам, остальное -- система соцобеспечения".

Про отход от страховых принципов в здравоохранении заговорили в 2004 году, когда была снижена ставка ЕСН и страховые платежи. "Общая ставка ЕСН с 1 января 2005 года в фонды ОМС была снижена с 3,6% до 2,8% от фонда оплаты труда, в территориальные органы -- 2%, что уже негативно сказалось на финансировании здравоохранения. Но реформу ОМС при дефиците средств нужно проводить не ранее 2010 года",-- считает руководитель Московского городского фонда обязательного

медстрахования Андрей Решетников. По мнению экспертного сообщества, здравоохранение в России недофинансировано -- госрасходы на медицину составляют 3% ВВП и находятся на уровне Бразилии, Парагвая и Перу. "Сейчас около 70% средств поступает в здравоохранение из бюджетов различных уровней, доля же ОМС не превышает 30%. Среди первоочередных мер по улучшению ситуации -- увеличение финансирования через фиксацию доли ВВП на здравоохранение в бюджете не менее 5% и модифицирование взносов на ОМС в спецналог",-- говорит заведующая Центра экономической теории социального сектора ИЭ РАН Татьяна Чубарова.

В начале ноября глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова заявила, что в 2008 году министерство инициирует разработку масштабного документа "Стратегия развития здравоохранения на 2009-2019 годы" и более современного законодательства в сфере ОМС. Вчера Владимир Стародубов на совместном обсуждении будущей стратегии с представителями медицинской общественности отметил, что в ней должен быть отрегулирован "главный вопрос" -- финансирование здравоохранения. "Необходимо решить вопрос, оставлять ли систему здравоохранения полубюджетной и 'полустраховой', как сейчас, или же переходить полностью на страхование медицинской помощи",-- сказал он.

"Увеличивать страховые взносы необходимо минимум в три раза, а не в два. Однако увеличение не может рассматриваться изолированно от того пути, по которому будет развиваться система здравоохранения. Так, если финансирование останется сметно-бюджетным -- то увеличение к лучшему. Если полностью перейти на страховые принципы -- то средств будет явно недостаточно",-- считает гендиректор группы компаний "Медси" Владимир Гурдус. "Для обеспечения сбалансированности госгарантий и финансовых средств в системе ОМС необходимо увеличить размеры взносов за работающих граждан и установить четкие требования к размеру взносов для неработающего населения",-- соглашается профессор ВШЭ Игорь Шейман.

"ОМС необходимо ликвидировать в связи с тем, что реального страхования здесь нет. Нужно переходить на одноканальное финансирование через бюджеты всех уровней. Нужно поощрять через налоговые преференции добровольное медицинское страхование и платную медицину, рассматривая их как дополнение, а не как замещение бюджетной медицины",-- считает руководитель Центра социальной политики ИЭ РАН Евгений Гонтмахер. По его мнению, необходимый уровень расходов на здравоохранение в такой схеме -- 6-7% ВВП.

Вряд ли концепция и тем более конкретные шаги по реформе системы социального страхования будут вынесены на обсуждение до президентских выборов. Как стало известно Ъ, итоги экспериментов в 19 регионах, в которых отрабатываются новые

модели финансирования здравоохранения, появятся летом 2008 года. Таким образом, ставка ЕСН может вырасти не ранее второй половины 2008 года, а более вероятно с начала 2009 года. Владимир Стародубов, впрочем, не скрывает, что финансовые вопросы будущей стратегии тесно связаны с политическими вопросами: "Изменение ЕСН -- это политическое решение. Государство не может 'прыгать' в этом вопросе, то снижая, то повышая ставку. Но о сочетании бюджетного и внебюджетного источника финансирования должно быть принято решение. И это самый трудный вопрос: из каких источников и как будет финансироваться медицина? Татьяна Алексеевна (Голикова.-- Ъ) пообсуждает вопрос с президентом, и решение будет принято. Ждите..."

Дарья Ъ-Николаева

### **3. Материалы общероссийской газеты «Гудок»**

© «Гудок», 14 декабря 2007 г.

#### *Выбор будущего пути.*

Компания готова внести свой вклад в развитие здравоохранения страны

Развитие здравоохранения России на ближайшие 10 лет обсуждал вчера Минздравсоцразвития совместно с представителями медицинского сообщества и Общественной палаты.

По словам заместителя главы Минздравсоцразвития Владимира Стародубова, министерство использовало площадку ОПР для сбора мнений, с тем чтобы создать на их основе Концепцию развития здравоохранения на 2009 – 2018 годы.

«По поручению президента страны эта концепция должна войти в Стратегию развития России до 2020 года, и мы рассчитываем уже к февралю сформировать этот документ. Концепция определит путь, по которому пойдёт дальше медицина: будет она бюджетной или страховой», – сказал он.

Железнодорожные медики, которые участвовали в обсуждении, считают, что необходимо сочетание этих принципов.

«Нам нужно пересматривать модель здравоохранения. Государство должно нести обязательства за детей, пожилых и тяжелобольных граждан, а работодатели вместе с работниками – ответственность за здоровье трудоспособного населения», – заявил вице-президент ОАО «РЖД» Олег Атьков.

РЖД в рамках реализации концепции рассчитывают наладить обмен опытом между компанией и государственной системой здравоохранения в области профилактических, реабилитационных и восстановительных программ, а также в создании системы стандартов и контроля качества медицинской помощи по

международным индикаторам. В частности, уже разработаны отраслевые стандарты лечения, которые направлены на обеспечение безопасности перевозок.

«К примеру, далеко не каждый препарат можно рекомендовать машинисту локомотива, который занят на перевозке пассажиров», – подчеркнул Олег Атьков.

Кроме того, по его мнению, было бы полезным активное вовлечение имеющихся у компании ресурсов в выполнение государственного заказа на оказание медицинской помощи.

«В корпоративной системе здравоохранения выстроены понятные принципы лечения, в том числе и по качеству медицинских услуг. Хотелось бы, чтобы они действовали во всем здравоохранении», – предложил Олег Атьков.

Эту точку зрения поддержал президент Лиги защиты пациентов Александр Саверский. По его словам, пациенту не важно, в каком учреждении ему окажут помощь, поэтому ведомственная медицина в выполнении госзаказа имеет право на существование. «Что же касается железных дорог, то они не только сохранили медицину, но и развивают её, особенно на отдалённых территориях», – напомнил г-н Саверский.

Елена Кудрявцева

#### **4. Материалы «Фармацевтического вестника»**

12 декабря 2007 г.

*Общественные слушания на тему "Концепция развития здравоохранения на 2009 - 2018 гг."*

В поисках ответов на актуальные для отечественной медицины вопросы 13 декабря в 10:00 в "Президент-отеле" (Б. Якиманка, д. 24) по инициативе Минздравсоцразвития России и Комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения пройдут общественные слушания на тему "Концепция развития здравоохранения на 2009 - 2018 гг.". В их работе примут участие: Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова, председатель Комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения Леонид Рoshаль, главный санитарный врач России Геннадий Онищенко, руководитель Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Юрий Беленков, а также главные врачи районных и городских больниц, представители федеральных и региональных медицинских центров, руководители профильных общественных организаций.

Участники заседания обсудят приоритетные направления развития медицинской отрасли на ближайшие годы, проанализируют существующие критерии и показатели

эффективности системы здравоохранения, предложат механизмы участия общественных организаций в совершенствовании медицинской отрасли.

## **5. Материалы «Медицинской газеты». Мнение профсоюза медработников**

14 ноября 2007 г.

В результате работы многочисленных экспертных групп, международных совещаний и конференций сформулированы основные требования к медицинским вузам и факультетам, которые предъявляют сегодня государство и общество. Это единство образования, научных исследований и клинической деятельности, программная структура, поливалентное образование, гармонизация и интернационализация медицинского образования, стимулирование клинического мышления учащихся на основе междисциплинарных подходов, адекватные методы и формы образования.

Добиться единства образования, научных исследований и клинической деятельности в реальности значит создать необходимые предпосылки для качественного образования и проведения эффективных научных исследований. Примат научной деятельности кафедр и факультетов составляет основу конкурентоспособности на национальном и международном уровнях, в том числе в области образования. Основная проблема здесь связана со сложившимся приоритетом лечебной работы, которая проводится на клинических базах кафедр и факультетов.

Условия, в которых работает и развивается отечественная высшая медицинская школа, весьма сложные. Медицинские вузы работают в смежном поле: с одной стороны, подчиняются государственной политике в области образования, руководствуются государственной стратегией высшего образования, с другой стороны, они являются частью системы здравоохранения. В этом их специфика и основное отличие от других высших учебных заведений. Общее направление реформирования задано политической волей Болонского процесса.

Медицинские вузы и факультеты Европы и России в ходе длительного обсуждения определили те направления Болонского процесса, которые они считают приемлемыми и целесообразными для прогресса высшей медицинской школы. Это признание выпускных квалификаций, развитие академической мобильности, введение системы кредитов и системы управления качеством образования.

Кроме того, российские медицинские вузы вместе с академиями последипломного образования готовы содействовать непрерывному образованию врачей. В Западной

Европе существует альтернативная система усовершенствования врачей через профессиональные объединения, у нас такая система исторически не сложилась.

Высшую медицинскую школу нельзя подчинять примату лечебной работы. Рушится основной принцип единства образования, науки и клиники. Кроме всего прочего, особая функция клиникских баз – клинические исследования с участием пациентов. Именно они обеспечивают разработку новых методов лечения. Это серьезная проблема, которую нельзя выпускать из внимания.

Выход из положения – лечить (оказывать медицинские услуги) или учить в верном распределении акцентов. Это задача менеджмента.

Важно добиться, чтобы экономика работала на цели улучшения высшего медицинского образования, а не образовательный процесс подчинялся экономике. Примеры последнего, к сожалению, имеются в изобилии: встречаются вузы, которые нарушают учебный процесс из-за слабости своей экономики. Достаточно много вузов (причем не только негосударственных), которые фактически всю свою деятельность подчинили зарабатыванию денег, почти забыв о своей высокой миссии.

Между тем экономические перспективы высшего медицинского образования не слишком радужны. Ожидается снижение числа абитуриентов из-за демографического кризиса, снижается престиж медицинского образования в России. Высокое звание врача не соответствует реальному социальному статусу. Главный работодатель отрасли – государство не предлагает выпускникам конкурентоспособную зарплату.

Сложился ненормальный, антирыночный механизм мотивации: медицинские вузы прививают студентам любовь к профессии, а потом выученные ими врачи мирятся с низкими зарплатами. Хотя всё должно быть ровным счетом наоборот: абитуриентов в медицинские вузы должна вести привлекательность профессии врача, ее высокий статус. Ясно, что тем самым популярности медицинского образования среди абитуриентов наносится огромный урон.

Ситуационный анализ сложившегося рынка образовательных услуг показывает, что главным регулятором его является государство. К сожалению, ассоциации и профессиональные союзы не взяли на себя функции по формированию заказа высшей профессиональной подготовки. Государственное регулирование рынка образовательных услуг определяет «правила игры» для всех высших учебных заведений. Однако не все государственные нормативные документы в этой области учитывают специфику высшей медицинской школы. Активная интеграция отечественной высшей медицинской школы в международное образовательное пространство не должна приводить к потере достижений и приоритетов российского опыта подготовки врачей. С этим выводом О.Янушевича согласились все участники пленарного заседания.

*Председатель VII пленума ЦК Профсоюза  
работников здравоохранения РФ Михаила КУЗЬМЕНКО.*

Что прежде всего «подкосило» здравоохранение, привело к столь печальному финалу, что не хватает даже правительственных мер, чтобы выправить ситуацию?

М.Кузьменко видит главную причину в остаточном принципе финансирования. А также - истощение, с одной стороны, и нерациональное использование, с другой, основных ресурсов (материальная база, специальное оборудование, кадры); медленное внедрение в практическое здравоохранение современных медицинских технологий; снижение квалификации медицинского персонала в первичном звене; крайне низкий уровень экономической и социальной защищенности работников.

Становится очевидным, что все попытки обеспечить кардинальное изменение подходов к оказанию медицинской помощи, повышению ее качества обречены на провал, если в этом не будут заинтересованы работники. Пока же все вносимые и реализуемые в последние годы предложения социального блока Правительства РФ уменьшали и без того крайне ограниченные трудовые и социальные льготы и гарантии работников необходимо добиться выделения из федерального бюджета на эти цели дополнительных финансовых средств. Кроме того, предусмотреть решение вопроса в порядке исчисления среднего заработка.

Профсоюз неоднократно обращал внимание министерства и правительства на необходимость расширения нацпроекта, включения в него всех звеньев сельского здравоохранения, стационаров, водителей скорой медицинской помощи и т.д.

С начала года профсоюз настаивает на внесении изменений в постановление Правительства РФ, предусматривающее дополнительное финансирование только самостоятельных поликлиник, тем самым ограничивая права поликлинических отделений в составе больниц. Из ответов Минздравсоцразвития России следует, что эта проблема будет решена до конца 2007 г.

Остро стоит проблема младшего медицинского персонала, которому не устанавливаются дополнительные выплаты за участие в оказании первичной

Медико-санитарной помощи, реализации родовых сертификатов, а теперь еще и в рамках пилотных проектов. Учреждения и так испытывают значительные трудности в укомплектовании этих должностей, а подобная политика еще более усугубляет эту проблему.

Нужна комплексная программа по совершенствованию условий оплаты труда и конкретная программа действий по принципиальному повышению заработной платы всем категориям работников, с указанием сроков и размеров повышения. Единым

стандартам оказания медицинских услуг должны соответствовать единые стандарты оплаты труда работников.

В этих условиях, считает М.Кузьменко, Минздравсоцразвития и Правительством России неоправданно затянуто утверждение основных принципов и условий формирования новых систем оплаты труда работников федеральных государственных учреждений.

В настоящее время в Минздравсоцразвития России создана межведомственная рабочая группа по координации совершенствования оплаты труда работников бюджетной сферы и разработке отраслевых систем оплаты труда. В ее состав включены и представители отраслевых профсоюзов в качестве членов и экспертов.

Есть проблемы и по реализации Федерального закона № 54 о МРОТ. Но ведь то, что происходит сегодня, было просчитано еще на стадии его принятия. Об этом ЦК направлял подробную аналитическую записку в региональные организации, просил на местах провести соответствующую работу с депутатами Госдумы РФ и с представителями советов профсоюзов. Но федеральная законодательная власть не прислушалась к позиции профсоюзов.

По мнению М.Кузьменко, затянутость переходного периода и процесса формирования пакета нормативных актов для введения новых условий оплаты труда может вызвать объективные осложнения при реализации пилотных проектов, которые сегодня осуществляются в четверти наших территорий.

Отсутствие правовой базы исчисления заработной платы сдерживает и разработку проекта Единых рекомендаций РТК на 2008 г.

Системы исчисления заработной платы лишь в единичных субъектах РФ принципиально отличаются от Единой тарифной сетки. В основном сохранена или незначительно модифицирована ЕТС, кое-где на ее основе создана тарифная система.

Что касается повышения заработной платы в субъектах РФ и муниципальных образованиях с 1 сентября с.г., то формы были выбраны разные. Так, в одних регионах произведено повышение 1-го разряда на 15%, в других изменены тарифные коэффициенты, в результате «сжата» тарифная сетка.

Как подчеркнул М.Кузьменко, сохранение и укрепление здоровья медработников должно быть одним из приоритетных направлений в деятельности региональных организаций профсоюза.

Особое внимание он также обратил на то, что в настоящее время в системе российского законодательства все более возрастает роль регионального законодательства. И большинство региональных организаций профсоюза принимают активное участие в процессе нормотворчества, имеют определенное влияние на

политические партии, участвуют в работе региональных и городских общественных палат.

Особенностью сегодняшнего момента является и то, что совсем недавно прошла смена руководства Правительства и Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Поэтому сегодня очень важно, какие приоритеты в работе министерства под руководством нового министра выйдут на первый план, какие реформы будут проводиться в отрасли, в каком направлении будет развиваться отечественное здравоохранение, как будут решаться социальные проблемы работников, в том числе и повышение их заработной платы. Очень хотелось бы, чтобы эти вопросы и многие другие решались совместно с общественными организациями, с участием отраслевого профсоюза.

В ходе выступлений внимание не раз обращалось на такой факт: на невозможность поправить здоровье в санаториях самим медицинским работникам. По социальному страхованию можно получить направление лишь на долечивание после некоторых серьезных заболеваний и операций.

Вот и приходится профсоюзным комитетам выкраивать средства на отдых медиков. Но не всегда это получается. Поэтому надо общими усилиями добиваться финансового решения этого вопроса.

По мнению уральского профсоюзного лидера Алексея Чемоданова, регионы разделяют и по отношению их к Национальному проекту «Здоровье». И хотя уральцам грех жаловаться на заработную плату, здесь строятся новые медицинские центры, оснащаются по последнему слову техники. Алексей Иванович беспокоится о других регионах. Чтобы представлять и отстаивать интересы медиков, профсоюзу нужно быть сплоченным и в своем составе иметь классных специалистов, профессионально и экономически подготовленных. Время наступило такое. Подготовку грамотных специалистов-экономистов из своей среды А.Чемоданов считает задачей номер один.

Как ведущее направление в докладе была отмечена информационная деятельность. Сегодня нет задачи важнее, чем донести результаты работы, иллюстрирующие выполнение защитных функций профсоюза, его стратегию, тактику и позицию до рядовых его членов. Настало время активно решать вопросы оснащения профсоюзных организаций современными средствами связи и телекоммуникаций.

Председатель Алтайской краевой организации профсоюза Любовь Волошина в своем выступлении сделала акцент на условиях труда, в которых трудятся работники здравоохранения. Во многих ЛПУ они не соответствуют сегодняшним техническим требованиям. Также два года профсоюз бьется за возвращение льгот по коммунальным

услугам специалистам села. А воз и ныне там. Как и с низкой заработной платой. Отсюда и дефицит кадров.

Председатель Ставропольской краевой организации профсоюза Людмила Гарига выразила надежду, что новый министр здравоохранения и социального развития разберется с проблемами в отрасли. Понятно, что нацпроект не заменит стабильного нормального развития здравоохранения.

Это лишь точки роста. За ним лежит широкий пласт вопросов, требующих повседневного внимания и решения штаба отрасли. Здесь широкое поле деятельности и для отраслевого профсоюза, к мнению которого должны прислушиваться министерство и правительство.

Что касается вопросов следующего года, то В.Василенко хотел бы получить разъяснения из Минздравсоцразвития России, что такое одноканальное финансирование, которое отрабатывается в пилотных территориях.

По оценке П.Лебедько, в стране много говорят о реализации Национального проекта «Здоровье», в первичное звено пришли новое оборудование и реальные деньги. Всё это хорошо, здорово. Но при условии, если при этом будет расти качество оказываемой помощи. Но пока при существующей системе это оценить невозможно. Очереди в поликлиниках с 6 часов утра тоже говорят об обратном.

У нас вздох говорят о снижении заболеваемости и смертности, продолжил П.Лебедько. Действительны ли цифры? Раньше о заболеваемости судили по форме №16, и действительно медики отвечали за здоровье граждан страны. Поэтому стратегия развития отечественного здравоохранения, считает П.Лебедько, должна быть глубоко продуманной и экономически обоснованной.

И завершая разговор о текущем моменте и основных направлениях деятельности организаций Профсоюза работников здравоохранения РФ, участники пленума приняли постановление. В нем четко прописаны основные задачи. ЦК профсоюза продолжит активное участие в разработке федеральными органами законодательной и исполнительной власти Нормативно-правовой базы, в рамках которой в дальнейшем будут развиваться отрасль и социальная сфера.

## **6. Материалы газеты «Медицинский вестник»**

*6.1. Проект концепции развития здравоохранения будет разработан не ранее чем через полгода, но первые наброски документа могут появиться уже в феврале 2008 года*

Статьи // Здравоохранение  
14 декабря 2007 г.

Проект концепции развития здравоохранения будет разработан не ранее чем через полгода, но первые наброски документа могут появиться уже в феврале 2008 г.

Такие прогнозы дал зам. министра здравоохранения и социального развития Владимир Стародубов на общественных слушаниях Комиссии Общественной палаты, посвященных обсуждению концепции развития здравоохранения на период до 2018 г.

Владимир Стародубов отметил, что в настоящее время в правительстве есть деньги на финансирование наиболее важных отраслевых проектов, но здравоохранение может отстать в этой конкурентной борьбе за средства, если будет медлить с разработкой концепции. Планируется, что по результатам общественных слушаний будет создана рабочая группа (примерно 30-40 человек), которая займется разработкой концепции. В. Стародубов сообщил, что работой над концепцией может заниматься любая структура, в т.ч. ее будет проводить также и Минздравсоцразвития. Возможно, что в итоге получится 2-3 варианта концепции, из которых один будет одобрен и принят.

Пока прогнозов о сроках принятия документа никто не дает. Председатель комиссии Общественной палаты Леонид Рощаль полагает, что модель концепции прежде необходимо апробировать в отдельных регионах. Предполагается, что изменения в здравоохранении, заложенные в этом документе, будут происходить поэтапно в течение последующих десяти лет.

По словам Владимира Стародубова, в феврале будущего года должны появиться первые наброски нового документа, в котором будут отражены первоочередные направления развития отрасли – система финансирования, организация медицинской помощи, роль врачебного сообщества, правовые отношения между врачом и пациентом.

Многие участники слушаний, среди которых были и организаторы здравоохранения - экс-министры российского здравоохранения, светила отечественной медицины, с именами которых связаны выдающиеся достижения в области диагностики и лечения болезней, руководители научных медицинских институтов и клиник, представители Счетной палаты, депутаты Госдумы, отмечали, что существующая модель ОМС практически не работает. Более того, некоторые участники, не скрывая, говорили, что та система, которая сейчас существует, выполняет роль «обирателя» медицинских учреждений и стоит, словно стена между пациентом и врачом, что она не обладает профессиональными кадрами, способными качественно осуществлять контроль за

лечебным процессом. В то же время указывалось, что сегодня на здравоохранение требуется в два-три раза больше средств, чем реально выделяется государством. Врачебное сообщество обеспокоено ростом платной медицины, невысоким качеством оказанных услуг в этом секторе; звучали опасения ее дальнейшего агрессивного наступления на здравоохранение. По некоторым данным доля частного сектора уже составляет около 40 %. Говорилось о том, что растет число неоправданных платных обследований и операций, о незаинтересованности врача платной больницы вылечить больного. Между тем, участники слушаний признали, что система здравоохранения должна быть единой. Однако частный сектор в здравоохранении выполняет сегодня определенную роль, на него есть спрос и должен сохраниться и развиваться, как конкурентный игрок на рынке медицинских услуг.

Обсуждение путей будущего отечественного здравоохранения вызвало самые жаркие дискуссии. Мнения выступающих разделились – одни за то, что бы радикально изменить систему действующего практического здравоохранения и предлагают для этого самые различные варианты, вплоть до предоставления лечебному учреждению статуса автономной некоммерческой организации. Другая часть выступавших настроена более консервативно и считает, что необходимо сохранить единую государственную систему бюджетного планирования здравоохранения, более 70 % всего объема медицинской помощи перенести на первичное звено и профилактику заболеваний, возродить медико-социальную помощь на предприятиях.

В то же время мэтры медицины единодушны в том, что начинать работу над документом надо с определения идеологии концепции, того вектора развития, который будет задан на ближайшие 10 лет в здравоохранении. Учитывая, что в стране происходит социальное расслоение, необходимо четко дать понять, какая медицинская помощь и в каком объеме будет предоставляться населению. Так академик РАМН Андрей Воробьев не против страховой медицины - «она тоже может быть с человеческим лицом», сказал он. Однако, по его мнению, сегодня платность медицинской помощи настолько возобладали в практике врачей, что попрала все врачебные нравственные принципы, заложенные в древние века Гиппократом.

Среди проблем, затронутых на слушаниях, слово «качество медицинской помощи, подготовка кадров для здравоохранения» занимали особое место. Так, профессор Леонид Рощаль считает, что проблема качественного лечения, совершенствование медицинской помощи должны лечь в основу будущей концепции. О подготовке кадров и профессионализме врачей говорил проректор ММА им. Сеченова Игорь Денисов.

«Именно врачи будут исполнителями тех теоретических положений, которые будут заложены в концепции, но они не вооружены сегодня современными подходами и

методами, которые от них ждут, не руководствуются клиническими рекомендациями», отметил Игорь Денисов.

Со своей программой действий по улучшению ситуации в здравоохранении выступила на слушаниях Счетная палата. «Создавая концепцию надо учитывать и знать трудовые ресурсы, демографическую ситуацию и миграцию в регионах. По каждой территории создавать социальные карты », считает Счетная палата. По мнению Владимира Стародубова, проблемы здравоохранения, затронутые на общественных слушаниях, не новы – они обсуждаются еще с 90-х годов. Наиболее принципиальные из них – какой будет модель российского здравоохранения – бюджетной или страховой.

В беседе с журналистами зам. министра признался, что он, как человек, профессионально занимающийся системой медицинской помощи, считает перспективной для России модель медицинского страхования. «Адекватно насыщенная средствами она контролирует медицинские учреждения. При этом контроль может осуществлять любая структура - фонды, управляющие структуры – не обязательно страховые компании», - поделился своими соображениями Владимир Стародубов. «Мы должны создать такую систему, когда медицинское учреждение будет заинтересовано в качественном лечении пациентов, не зависимо от того, частное оно или государственное. Пациенты и врачи при этом должны будут защищены законом. Но чтобы это произошло, нам предстоит большая многолетняя работа», считает зам. министра.

За модель страхового здравоохранения выступает и научный сотрудник университета «Высшая школа экономики» Евгений Ясин. По его мнению, идея обязательного медицинского страхования за прошедшие годы была дискредитирована. «На российском рынке существует 360 страховых компаний, но реально работают РОСНО и МАСК, которые монополизировали этот сектор», - сказал он. В том, что коррупция буквально разъела всю систему здравоохранения, а подношения врачу стали визитной карточкой нашей медицины, Ясин винит само общество. «Мы молчим, терпим и все проглатываем», - сказал он в беседе с корреспондентом «МВ».

Насколько реально принять и сделать действующей концепцию российского здравоохранения и, главное, увеличить финансирование на медицинскую помощь? Владимир Стародубов считает, что на разработку проекта концепции понадобится полгода, а сроки принятия документа не определены. Что касается финансирования, то, по словам заместителя министра «можно будет подвести экономические основания под те необходимые суммы, которые требуются на решения проблем, связанных с медицинской помощью».

О реальности разработки и принятия концепции развития российского здравоохранения заявил в беседе с корреспондентом «МВ» руководитель ФФОМС

Дмитрий Рейхарт. «Я думаю, что по той модели, какую мы хотим строить, это возможно сделать в ближайший период, но для того, чтобы ее внедрить требуется лет десять», - сказал он.

Д. Рейхарт сообщил, что сегодня преждевременно говорить о каких-либо кардинальных изменениях в здравоохранении, потому что никто пока не знает, сколько реально стоит то здравоохранение, которое отвечало бы запросам населения.

В то же время в течение ближайших двух-трех лет ФФОМС будет работать над созданием информационной системы персонифицированного учета медицинской помощи. Такая программа недавно утверждена правлением Фонда ОМС и будет финансироваться из его бюджета. Одновременно с этим должны разрабатываться стандарты по каждому заболеванию с учетом набора диагностических обследований и лекарств на его лечение. Таким образом, будут получены расчеты по финансированию каждой нозологии и общей суммы на все здравоохранение в целом. Изменения коснутся и самого Фонда ОМС и Фонда социального страхования.

Важнейшим моментом в судьбе будущей концепции является ее правовой статус. Наученные горьким опытом специалисты лечебных учреждений и юристы опасаются, что заложенные в нее реальные суммы на финансирование и основные положения, не будут исполняться, если этот документ не сделать законодательным актом для обязательного выполнения.

Многое в реализации этой концепции зависит от позиции врачей, от готовности общества принять те реформы, которые должны, как ожидается, изменить ситуацию в отрасли к лучшему. Есть мнение, что врачи и руководители больниц не заинтересованы в грядущих переменах, их устраивает сегодняшняя ситуация – она более понятна и предсказуема. Больше всего реформа в здравоохранении нужна больным, которые сегодня не всегда и не везде могут получить квалифицированную медицинскую помощь, а часто просто гибнут из-за того, что врач или не успел или не очень-то и спешил к пациенту.

Галина Барышникова

## *6.2. Сельское здравоохранение*

4 мая 2007 г.

Решение задач совершенствования медицинского обслуживания на селе предусмотрено приоритетным национальным проектом "Здоровье". В его развитие на местах принимаются специальные программы. Но только одного этого явно недостаточно. Нужна еще и новая идеология сельской медицины, которая позволит по-новому организовать медицинское обслуживание на селе.

Большинство сельских жителей никогда не проходило нормального медицинского обследования и не может позволить себе полноценного лечения. В сельской местности, несмотря на прилагаемые усилия, смертность и заболеваемость остаются высокими. Для их снижения следует больше внимания уделить медицинской и социальной профилактике болезней.

Надо значительно повысить оплату труда медицинского персонала на селе, но так, чтобы она зависела от конечных результатов — уровня хронической заболеваемости, продолжительности жизни и других аналогичных показателей. Тогда сельские врачи не будут ждать, когда к ним выберутся на прием сельчане, а сами пойдут к пациентам.

Кроме того, необходимо, чтобы главы сельских муниципальных образований ежегодно отчитывались перед своими избирателями о состоянии здоровья и демографии населения. Это должно быть законодательно закреплено в уставах сельских поселений. При такой постановке дела сельские руководители начнут думать, как остановить пьянство и наркоманию, уносящие сотни тысяч жизней, начнут активно действовать, чтобы сократить отток молодежи из села. Общественные организации должны настойчиво добиваться внесения в уставы сельских поселений таких положений.

Усилия здравоохранения на селе будут малоэффективны, если мы не сможем внедрить в сознание сельчан стойкие убеждения и стереотипы здорового образа жизни.

Одна из самых больших бед села — алкоголизация, пьянство и табакокурение.

Статистические обследования сельских домашних хозяйств показывают, что расходы на покупку алкогольных напитков в сопоставимых ценах по сравнению с 2000 годом удвоились.

В сельской местности возрастает число больных хроническим алкоголизмом. Под наблюдением в наркологических диспансерах находится более полумиллиона сельских жителей, страдающих алкоголизмом. Численность больных алкогольными психозами за последний год на селе увеличилась в 2 раза.

К сожалению, в масштабах страны перемен к лучшему в этом вопросе нет. Полагаю, нужна общественная программа противодействия алкоголизации общества, искоренения злоупотреблений спиртными напитками. Общественные организации и православные общины должны рассматривать это как одну из главных своих задач. К сожалению, в масштабах страны перемен к лучшему в этом вопросе нет. Полагаю, нужна общественная программа противодействия алкоголизации общества, искоренения злоупотреблений спиртными напитками. Общественные организации и православные общины должны рассматривать это как одну из главных своих задач.

Одним из наиболее ярких выступлений на III Всероссийском

форуме “Здоровье нации — основа процветания России” стал доклад заместителя Председателя Совета Федерации Михаила Ефимовича НИКОЛАЕВА, затронувший проблемы здоровья сельского населения России.

### *6.3. Проблемы узких специалистов*

28 марта 2007 г.

Сергей Борисович ДОРОФЕЕВ,  
главный врач новосибирской поликлиники № 1,  
депутат Новосибирского областного совета,  
председатель правления Новосибирской областной ассоциации врачей,  
кандидат медицинских наук

Не могу не заметить, что сейчас самое время рассмотреть проблемы (а также зарплаты) узких специалистов не только в поликлиническом звене, но и в стационарах. Сегодня по Новосибирской области дефицит хирургов, анестезиологов (а это наиболее востребованные специальности) составляет почти 50%, акушеров-гинекологов — 30%. Думается, что такое положение дел и в других регионах.

Сам набор аппаратуры вроде бы определен правильно. Но вот что касается качества и комплектации — есть вопросы. Например, приходит УЗИ-аппарат, с помощью которого можно диагностировать несколько (до десятка) различных патологий ряда органов. Для этого в каждом случае нужен свой отдельный датчик, в целом 5—6 штук. А в комплекте аппарата приходит 2—3 датчика. То есть прекрасная современная машина будет использоваться только на 50% возможностей, позволяя исследовать лишь абдоминальную полость. А есть еще гинекология и кардиология. Купить самим, к примеру, кардиологический блок для этого УЗ-аппарата можно, но это будет стоить 500 тыс. руб., не у всех главных врачей есть такие деньги, да и сложно это в существующей казначейской системе.

Фактический итог перехода поликлиники на новое оборудование — в два раза возросшие расходы на реагенты. При этом тарифы на медицинское обслуживание населения не растут.

Ну и откуда нам теперь брать деньги?

Я думаю, что в данном случае было бы целесообразнее средства на оборудование выделить на территорию. Главные врачи сами решили бы, что им нужно, а потом отчитались о расходах.

Национальный проект подразумевал увеличение оплаты нашей работы за счет дополнительного финансирования из Фонда социального страхования РФ осмотров

неработающего населения. Но в постановляющих, распорядительных документах есть такой момент: расходовать эти средства можно только на зарплату тех сотрудников, кто непосредственно оказывал медицинскую помощь неработающим гражданам. О ком идет речь в документе, конкретно сказано не было.

Толкование того, кто же является этими самыми сотрудниками, оказалось у каждого свое. Проверяющие из Фонда социального страхования РФ считают, что речь идет только о врачах и медсестрах. Но как же работники регистратуры, которые первыми принимают на себя "натиск" пациентов? А как же санитарки? А сотрудники лабораторий? Они что, не участвуют в оказании помощи неработающим пациентам? Мы бы хотели отметить материально и их. В моем понимании, все, кто работают в поликлинике, участвуют в оказании медицинской помощи, хоть и не все непосредственно находятся в контакте с пациентом.

В свое время мы обратились в Департамент здравоохранения с вопросом о том, как же все-таки разделить эти средства по справедливости? Нам ответили: "создайте соответствующее внутреннее положение и действуйте по своему усмотрению!"

Мы попробовали так сделать. Теперь имеем массу проблем с проверяющими инстанциями и готовим письмо в Минздравсоцразвития России. Выходом из этой ситуации должен быть какой-то оперативно выпущенный подзаконный акт, дающий поликлиникам свободу самим судить о степени участия своих сотрудников в медицинском обслуживании неработающих лиц.

В итоге хотелось бы сказать, что решения по нацпроекту требуют большей конкретики, чтобы нам "на местах" легче было их выполнять.

#### *6.4. Экспертиза качества медицинской помощи со стороны ТФОМС*

29 августа 2007 г.

Марина КАРАЧЕВЦЕВА,

начальник Управления организации защиты прав

застрахованных граждан Санкт-Петербургского ТФОМС,

профессор кафедры организации здравоохранения

и управления качеством медицинской помощи Санкт-Петербургской

государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

И только в последние годы в системе контроля качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге начали наводить порядок.

В Санкт-Петербурге, к сожалению, только в 2006 г. были приняты нормативные документы и установлены договорные обязательства страховых компаний в части

вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, отвечающие требованиям Федерального фонда ОМС, утвержденным еще в 1997 г.

В первую очередь была проведена четкая граница между работой, которую должны проводить штатные эксперты-организаторы страховой компании и врачи-клиницисты. Для этого потребовалось создание института экспертов качества медицинской помощи.

Первый опыт был получен на уровне административных районов — Петроградского и Выборгского, в них в прошлом году началось формирование систем управления качеством, порядок построения которых существенно различался. В Петроградском районе была создана централизованная система на основе районного отдела здравоохранения, который взял на себя функцию планирования экспертной работы.

При участии ТФОМС и страховой компании, занимающейся неработающим населением района, были организованы рабочие места экспертов, которые оснастили необходимым для проведения экспертизы программным обеспечением. В Выборгском районе система экспертизы качества медицинской помощи строилась на уровне 9 поликлиник.

И в том и в другом районе врачи поликлиник, прошедшие специальное обучение, проводили экспертизу качества медицинской помощи по наиболее важным для амбулаторного звена направлениям — для разработки конкретных мер, направленных на улучшение качества поликлинической помощи, сокращение числа необоснованных госпитализаций, а также госпитализаций, вызванных некачественным лечением в поликлиниках. Выявляемые ошибки в оказании помощи пациентам разбирались на совещаниях и конференциях. Накопленные данные позволили руководителям получать информацию о типичных, наиболее значимых ошибках и на их основании принимать управленческие решения.

Интересно, что опыт одного из районов, участвовавшего в эксперименте, ясно показал — одного лишь внутреннего контроля для улучшения качества недостаточно.

Вывод очевиден — для достижения наилучших результатов необходим баланс внутреннего и внешнего контроля за качеством оказания медицинской помощи. Внутренний контроль недостаточен — желание не видеть, а то и скрыть информацию о дефектах в оказании медицинской помощи может быть гораздо сильнее, чем потребность обнародовать ее для устранения ошибок и предупреждения их в дальнейшем. В такой ситуации внешний контроль не только поможет оценить объективность результатов внутренней экспертизы качества, но и будет способствовать

ее развитию. Ведь очевидно, что надежнее и дешевле предупредить ошибки, чем исправлять их последствия, в том числе связанные с ухудшением здоровья пациентов.

Логическим продолжением эксперимента в двух районах города стала разработка проекта Концепции развития системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге и плана мероприятий по ее реализации. Результаты этой работы были доложены на совещании при участии губернатора Санкт-Петербурга В.И. Матвиенко в феврале 2007 г. Основными задачами, требующими решения при формировании системы управления качеством, были названы совершенствование нормативного регулирования, создание служб качества, внедрение современных информационных технологий экспертизы качества. Главное при этом — объединить накопленный опыт для создания единой эффективной системы управления качеством медицинской помощи в городе.

Отмечу, что улучшить качество и доступность медицинской помощи исключительно за счет дополнительных финансовых вложений и совершенствования материально-технической базы системы здравоохранения не получится. Нужны новые формы организации экспертизы и управления качеством медицинской помощи, и в эти процессы должны быть вовлечены все без исключения звенья здравоохранения.

### *6.5. Кадры*

29 июня 2007 г.

Губернатор Пензенской области

Василий Кузьмич Бочкарев

поделился собственным видением решения проблем,  
связанных со здоровьем населения:

— Необходимо создавать условия, в первую очередь молодым людям, для занятий физкультурой и спортом. Дети должны иметь возможность получать медицинскую помощь в учебных заведениях. В нашей области на базе школ созданы центры профилактики и реабилитации с современным оборудованием, где ребенок под контролем медицинского персонала занимается физкультурой, и врачи помогают ему справляться с недостатками здоровья. Мы начали эксперимент по внедрению в школах института бабушек и дедушек с тем, чтобы старшее поколение принимало активное участие в воспитании детей, не допуская безнадзорности, пока родители заняты на работе. Меня очень тревожит алкоголизация общества и курение. Борьба с этим злом должна вестись по всем направлениям, но в средствах массовой информации, особенно на телевидении, мы видим пропаганду далеко не здорового образа жизни.

Обращаясь к теме конференции, В.К. Бочкарев высказал мнение, что добиться высокого качества медицинских услуг невозможно без строгой, принципиальной аттестации врачей во время учебы на курсах повышения квалификации.

Коснулся губернатор и "горячей" темы: "Москва должна задуматься, почему сегодня в субъектах РФ не осваиваются квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь? А потому что всем, кто получают квоты даже на детей, известно, что тех средств, которые заложены в квоте, недостаточно, чтобы получить в клиниках Москвы медицинскую помощь. Нужно иметь с собой дополнительные деньги, и об этом вся Россия знает. Не все имеют возможность осуществить эту доплату. Да любой врач, попади сегодня в Москву на серьезную операцию, не имеет средств, чтобы оплатить те дополнительные расходы, которые предъявляют больным, где официально, где неофициально. Это тема для серьезного обсуждения"

О профессиональной медицинской деятельности в условиях рынка рассуждал вице-президент РМА Г.Г. Кривошеев. Он отметил, что актуальность проблемы качества медицинской помощи, ее адекватности и эффективности за годы экономических преобразований в стране постоянно растет. Но я бы хотел сказать, заметил докладчик, что некачественная медицинская помощь — это не помощь. Если ее оказывают, то она и эффективна, и качественна.

Другое дело, всегда ли врач выигрывает схватку со смертью...

Вице-президент сообщил также, что члены РМА совместно, в том числе и с сотрудниками Пензенского института усовершенствования врачей (ПИУВ), среди них профессор Н.М., разработали систему измерения оценки квалификации врача, при которой фальсификация невозможна. Учитывается, каким спросом пользуется врач у пациентов, в какой степени он может выполнять те или иные врачебные манипуляции и пользуется теми или иными врачебными пособиями.

Г.Г. Кривошеев высказал твердое убеждение, что лицензию должен иметь каждый врач, независимо от того, где он работает: в частной клинике, государственной или муниципальной. В выдаче лицензии должны принимать участие не только чиновники, но и коллеги, чей товарищеский суд страшнее любого чиновничьего. Может это в качество медпомощи?

29 июня 2007 г.

Выступление министра здравоохранения и социального развития

Пензенской области В.В. Стрючкова  
охватило все грани обсуждаемой проблемы:

— Результат, который мы могли бы назвать качеством медицинской помощи, определяется тремя составляющими, основная из которых — кадры.

Они должны быть высококвалифицированными и иметь большую степень ответственности за выполняемые функции. Вторая составляющая — медицинские технологии, которые должны присутствовать в лечебном и профилактическом процессе. Третий субъект — наш пациент. Я думаю, что регулировать надо не качество медицинской деятельности, а организацию профилактики и лечебного процесса, которые должны быть ориентированы на конечный результат. В поликлинике — это состояние здоровья прикрепленного населения, в стационаре — итог лечения больного. Если организация будет на современном уровне, в ней будут присутствовать элементы высоких технологий, участвовать высококлассные специалисты, то я уверен, что тогда качество оказания медицинской помощи будет наивысшим. Эти же приоритеты — технологии, кадры, материально-техническое обеспечение — указаны и в проекте “Здоровье”.

Сегодня много говорят, продолжил он, о медико-экономических стандартах, о протоколах. Может быть, я не прав, но, по-моему, эти протоколы — стыд для всей медицинской общественности. Ради чего мы учились, зачем существует огромное количество научных школ? “Загоняя” врача в стандарт, мы лишаем его права творчески подходить к достижению цели лечения, и в итоге можем прийти к тому самому бездуховному, безнравственному компьютеру, в который можно будет заложить все критерии, и он станет выдавать диагнозы и протоколы лечения.

29 июня 2007 г.

Профессор кафедры общественного здоровья,  
экономики и управления здравоохранением  
Казанской государственной медицинской академии  
С.В. Киселев

предложил посмотреть на здравоохранение как на производственную отрасль: “Принято считать, что обособленность медицинских учреждений в системе хозяйствующих субъектов вызвана спецификой медицинской деятельности, отсутствием четких критериев, что не позволяет измерить результаты работы. Так, популярный лозунг об “индивидуальном подходе к каждому пациенту” вместо использования типовых, проверенных методик, основанных на экономических и клинических критериях, послужил поводом для глубокого размежевания экономики здравоохранения и экономики производственных отраслей. Отсюда и разные подходы при определении понятия “медицинская услуга”. Если экономика здравоохранения пытается ее

максимально овеществить, то медики — одухотворить и идеализировать. Последовательное исполнение услуг согласно принятой медицинской технологии позволяет создавать схемы управления качеством произведенного объема услуг или продукта. Услуга имеет вполне определенную денежную характеристику (цену), которая должна включать в себя все расходы, понесенные в процессе осуществления услуги, а также определенный уровень доходности”.

23 мая 2007 г.

Ректор Московского государственного медико-стоматологического  
Университета академик РАМН  
Николай Дмитриевич ЮЦУК

Программа, которую мы представили на конкурс, называется “Разработка и внедрение в образовательный и лечебный процессы МГМСУ инновационных здоровье- и ресурсосберегающих технологий”. Ее основной целью является повышение качества подготовки специалистов для практического здравоохранения. В связи с этим хотелось бы подчеркнуть, что медицинское образование особенное, потому что мы готовим тех, кто лечит всех нас. Ответственность за подготовку врачебных кадров многократно возрастает в связи с той устрашающей демографической ситуацией, которая сложилась в стране — рост заболеваемости, низкая продолжительность жизни, высокая смертность. Поэтому совершенно ясно и правительству, и организаторам здравоохранения, и руководителям высшей школы, что проблему здоровья нации нельзя решать теми же методами и на том же уровне, что и прежде. Требуются инновационные подходы и в процессе обучения врачей, и в диагностике и лечении пациентов. Вузы должны готовить другую генерацию врачей, которые смогут применять высокие технологии в медицине, работать в новых экономических условиях, проводить профилактические мероприятия на современном уровне. Этим и определяется особенность нашей программы: в ней тесно переплетаются задачи, входящие в два приоритетных национальных проекта — “Образование” и “Здоровье”.

Чтобы подготовить эту новую генерацию врачей, необходимо соответствующее оборудование, современные технологии и, самое сложное, надо менять психологию врача. Для решения этих проблем и разработаны шесть проектов, входящих в инновационную программу.

Первый из проектов нацелен на разработку и внедрение в образовательный процесс и п р а к т и ч е с к о е здравоохранение современных неинвазивных методов диагностики жизненно важных функций организма человека. Для этого будут приобретены и внедрены, как в диагностических, так и в учебных и лечебных целях,

мультиспиральный компьютерный и магнитно-резонансный томографы, ультразвуковые диагностические и доплерографическая системы. Планируется создание отделения лучевой диагностики с применением наиболее современных цифровых технологий.

Быстрая диагностика даст возможность оперативно принимать решения. Особенно важен такой подход в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, от которых ежегодно в России умирают 700 тысяч человек, в том числе 55 тысяч от инфаркта миокарда.

Ключевым звеном современного фундаментального медицинского образования является раннее ознакомление студентов с современными достижениями медицинской науки. Цель второго проекта – развитие системы подготовки высококвалифицированных кадров в области клеточных биотехнологий.

Третий проект направлен на разработку и внедрение в образовательный процесс виртуально-реальных обучающих технологий.

Четвертый проект “Здоровый образ жизни и профилактика социально значимых заболеваний”.

Целью данного проекта является разработка и реализация программ для подростков, студентов, молодых людей по обучению здоровому образу жизни, профилактике наркомании, табакокурения, алкоголизма, ВИЧ-инфекции. Планируется создание инновационного центра “Здоровый образ жизни”, студии видеоконференцсвязи, программы повышения квалификации врачей по курсам “Телемедицина” и “Основы здорового образа жизни” на этапах последипломного образования.

“Интеграция экономического образования в информационно-обучающую среду медицинского вуза” — название пятого проекта. Мне кажется, врачи, как никто другой, оказались неподготовленными к новым экономическим условиям.

И последний, шестой проект, входящий в инновационную программу, ставит своей целью создание единого информационно-образовательного пространства университета.

### ***6.6. Скорая и неотложная помощь***

16 ноября 2007 г.

По мнению Т.В. Яковлевой,

разделение службы на две независимые, но постоянно контактирующие друг с другом структуры приведет к более эффективному использованию финансовых средств.

16 ноября 2007 г.

Р.А. Хальфин

считает, что неотложная и скорая помощь выполняют разные задачи, но в современных условиях разделения полномочий решать, как будет организована служба, должны на местах, ведь "скорая" относится к муниципальному здравоохранению. Возвращаясь к эффективности материальных вложений в СМП, Р.А. Хальфин отметил, что в 2006 г. не произошло снижения уровня госпитализации и переноса акцента на первичное звено. Он считает, что настало время разработать три новых приказа: "О порядке организации скорой медицинской помощи", "О порядке организации неотложной медицинской помощи", "О порядке организации больницы скорой медицинской помощи" (таких больниц осталось в РФ всего 46 на 27 тыс. коек).

16 ноября 2007 г.

Своим видением поделился  
главный врач станции СМП Санкт-Петербурга

А.А. Бойков,

по словам которого, в Северной столице за 20 лет (с 1987 г.) накоплен положительный опыт существования служб скорой и неотложной помощи.

Посетовав на морально устаревшие нормативные документы, он сказал: "Мы считаем необходимым закрепить на федеральном уровне понятие скорой медицинской помощи, ввести понятие службы СМП, дать определение станции СМП и принять примерное положение о станции СМП, разработать принцип разделения служб. Основные принципы функционирования неотложной медицинской помощи следует определить таким образом: разделение между станциями СМП и отделениями неотложной помощи возможно в населенных пунктах, где проживают свыше 500 тыс. человек, и целесообразно там, где более 1 млн жителей. При этом разделении бригады СМП выезжают на вызовы: на улицы, в общественные места, учреждения, организации и предприятия во всех случаях, требующих экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, угрожающих здоровью или жизни; вне зависимости от места нахождения больного или пострадавшего. Бригады неотложной помощи при поликлиниках выезжают в места проживания больных при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических болезней". По словам А.А. Бойкова, опыт показывает, что "неотложка" эффективна только при выполнении следующих принципов: круглосуточность, выезд на санитарной автомашине с носилками, врач в составе бригады имеет специальность "скорая медицинская помощь", методическое руководство ведет городская станция СМП, а в случае возникновения чрезвычайной ситуации она осуществляет и оперативное руководство. Финансироваться неотложная помощь может за счет средств ОМС.

Однако точка зрения А.А. Бойкова не нашла единогласной поддержки. Вероятно, из-за отсутствия в других регионах России положительного 20-летнего опыта “неотложки” мнения делегатов съезда о ее организации (формально-то она давно существует в поликлинике) были от “категорически против” до “несвоевременно”.

Если же возвращаться непосредственно к “скорой”, то достичь снижения смертности возможно, только если СМП будет встроена в единую информационную систему взаимодействия со всеми другими службами: пожарной, спасателями, ГИБДД и приемным отделением ЛПУ.

16 ноября 2007 г.

По мнению С.Ф. Багненко,  
директора Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе

Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга,

для оказания скорейшей помощи при ДТП машины должны быть готовы сразу выехать на место происшествия, врачи линейных бригад СМП должны быть готовы сразу оказать квалифицированную помощь, врачи в больнице — сразу принять больного и начать реанимационные мероприятия. По его мнению, нужно повысить эшелонированность оказания помощи, она сейчас очень низкая. “Чтобы почувствовать существенное улучшение, — считает С.Ф. Багненко, — мы должны иметь сквозные алгоритмы и стандарты оказания помощи от момента травмы до периода реабилитации. В случаях политравмы недостаточно фельдшерской и даже линейной бригады.

Нужны специализированные реанимационные бригады СМП на догоспитальном этапе, натренированные на эту помощь и готовые сразу ее оказывать”. Он уверен в необходимости открытия специализированных травмоцентров в крупных городах, а также переквалификации приемных отделений стационаров в приемно-реанимационные отделения с сортировкой по потокам. “У нас такое отделение работает уже третий год — это совершенно другой уровень оказания помощи, а главное — другая психологическая атмосфера”, — пояснил С.Ф. Багненко.

16 ноября 2007 г.

Р.А. Хальфин сообщил, что с 2008 г.

предусмотрены расходы на обучение врачей “скорой” и муниципальных больниц оказанию помощи при дорожной травме, оснащение и организацию системы связи со всеми дорожными, силовыми и спасательными службами, ЦРБ, ЦГБ, установку в

районных больницах томографов, ангиографов, УЗ-аппаратов, реанимационного оборудования.

Стандарты скорой медицинской помощи тоже есть. По мнению их разработчика А.Л. Верткина, в их основе — гарантия государственного финансирования работы службы, юридическая защита врача, современный уровень оказания помощи. Однако они не выполняются, об этом, по словам Р.А. Хальфина, свидетельствуют проверки Росздравнадзора. По поводу оправданности проведения бригадой СМП тромболиза (процедура включена в стандарт), о чем подробно рассказала заведующая кафедрой анестезиологии, реаниматологии и СМП Самарского госмедуниверситета И.Г. Труханова, и вовсе разгорелся спор: если процедура столь опасна побочными действиями, то стоит ли ее применять? В общем, чтобы метод не стал смертельным в руках горе-эскулапа, квалификация врача должна быть достаточно высокой. Никто не требует от фельдшерской бригады оказания врачебной помощи, но врач «скорой» должен уметь пользоваться оборудованием, установленным в машине, и применять стандарты. Кроме того, без стандартов трудно оценить эффективность вмешательства. В результате в решении съезда заместитель руководителя Росздравнадзора И.Ф. Серегина внесла пункт о разработке показателей качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи.

По мнению всех выступавших, должно стать качество подготовки специалистов СМП. 30% из работающих, по данным начальника Управления лицензирования Росздравнадзора А.А. Корсунского, не прошли повышения квалификации. Проблему обостряет и отсутствие научной специальности «скорая медицинская помощь», как отметил А.А. Бойков. Он предложил ввести такую и обосновать способы оказания СМП с учетом применения новых технологий, приближенных к пациенту, организовать аспирантуру по специальности, привлекать практических врачей к научным исследованиям.

16 ноября 2007 г.

По данным председателя  
Комитета Госдумы РФ по охране здоровья  
Т.В. Яковлевой,

в настоящее время в трети случаев «скорая» выполняет несвойственные ей функции, подменяя собой амбулаторно-поликлиническую службу по оказанию медицинской помощи на дому и транспортировке больных, из-за чего значительное количество выездов бригад к нуждающимся в экстренной помощи выполняется несвоевременно. При этом СМП оплачивается по достаточно высокому тарифу и использование ее в роли перевозчика весьма нерационально.

Пьяных должна забирать социальная служба, а “сердечников” — служба неотложной помощи поликлиники. Только тогда можно будет получить видимый эффект от вложений в СМП в рамках нацпроекта “Здоровье”, по которому в 2006 г. государственным и муниципальным ЛПУ поставлено 6815 машин “скорой” (3% из них простаивает).

Благодаря нацпроекту парк санитарного автотранспорта обновлен в среднем на 50%, появилось новое медоборудование и реанимобили.

“Наконец-то станции стали открываться в новых зданиях, оборудованных по санитарным нормам и правилам, — подчеркнула Т.В. Яковлева, — с 1 июля 2007 г. персонал получает денежные выплаты в рамках нацпроекта “Здоровье”, в связи с этим уровень заработной платы работников скорой помощи вырос в два раза”. В 2006 г. скорую помощь оказывали 3223 станции (отделения) СМП, в составе которых насчитывается более 13 тыс. общепрофильных врачебных бригад, 5,7 тыс. специализированных и 1,8 тыс. — интенсивной терапии.

Служба “скорой” должна участвовать в решении важнейших задач по сокращению уровня смертности населения. “Если наладить работу скорой помощи на современном уровне, это даст снижение смертности от ран на 20—25%, а от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%”, — утверждает Т.В. Яковлева. По словам руководителя Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи А.Л. Верткина, смертность от инфаркта в стационаре можно уменьшить вдвое — с 19,5%, как в России, до 10% и ниже, как в цивилизованном мире, если оказывать медицинскую помощь не в ЛПУ, а на догоспитальном этапе, т.е. бригадой скорой помощи.

### **6.7. Мотивация**

16 ноября 2007 г.

М.М. КУЗЬМЕНКО,

председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ

Развитие здравоохранения в современных условиях рыночных отношений проходит одновременно с реформой заработной платы, которая является основой создания мотивационной базы работы в медицине и престижности работы медика. Согласно данным социологических исследований, сложность подготовки специалистов, социальная значимость работы, особые психологические аспекты работы в учреждениях здравоохранения выше, чем в экономике в целом. Однако низкая заработная плата медицинских работников не соответствует предъявляемым требованиям по обеспечению качества оказываемых медицинских услуг. В этих условиях проблемы оплаты труда в здравоохранении становятся все более актуальными.

В рамках реализации приоритетного национального проекта “Здоровье”, пилотных проектов, осуществляемых в ряде территорий страны и направленных на повышение качества медицинских услуг, создаются условия для поддержания социальной стабильности в системе здравоохранения, но принимаемые меры явно недостаточны.

Поэтому нужна комплексная программа по совершенствованию условий оплаты труда и конкретная программа действий по принципиальному повышению заработной платы всем категориям работников, с указанием сроков и размеров повышения.

Необходимо четко определить соответствующими правовыми нормативными актами конкретные гарантии как в механизмах, так и в размерах и структуре выплат заработной платы. Ведь очевидно, что единым стандартам оказания медицинских услуг должны соответствовать единые стандарты оплаты труда работников, оказывающих эти услуги.

Эту позицию ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ отстаивает на всех уровнях законодательной и исполнительной власти.

18 июля 2007 г.

Начальник Управления здравоохранения города  
Наталья Леонидовна СОРОКИНА.

На прошедшем недавно медсовете Миасса Челябинской области выступавшие врачи отметили одну из острых проблем муниципального здравоохранения — нехватку кадров. Большинство медиков — люди предпенсионного и пенсионного возраста, прийти им на смену молодежь не спешит.

Дефицит кадров мы ощущаем особенно остро уже на протяжении последних двух-трех лет. И эта задача ничуть не меньше и по значимости, и по сложности решения, чем вопрос финансового обеспечения отрасли. Однако если проблемы с денежными средствами можно отчасти решить, изыскав дополнительные доходы, сократив и оптимизировав расходы, то с кадровой обеспеченностью сложнее: если нет врача, то его просто нет и все.

В терапевтическую и педиатрическую службу “мигрировали” врачи узких специальностей, что, безусловно, отразилось на численности последних и на том объеме работы, который “свалился” на оставшихся. Вообще же можно сказать, что доплата в 10 тыс. руб. не является достаточным стимулом для молодого специалиста приехать, скажем, в Миасс после окончания медицинской академии и пойти работать участковым.

Положительный опыт есть в Магнитогорске Челябинской области. Там начали предоставлять квартиры молодежи — желающих работать врачами сразу прибавилось.

На сегодняшний день для поддержки молодых специалистов принято положение о единовременной выплате так называемых подъемных — 20 тыс. руб. Очень надеюсь, что эта мера поможет привлечь молодежь в здравоохранение города.

Касаясь вопроса качества работы, можно сказать, что все зависит от человека. И говорить однозначно, что 10 тыс. руб. доплаты в рамках нацпроекта “Здоровье” качественно изменили работу врачей, нельзя. Считать, что только деньги смогут принципиально изменить отношение врачей к больным, неправильно. Никто из докторов за год реализации нацпроекта больше улыбаться больному не стал. Во-первых, потому что просто некогда (доплаты введены за дополнительный объем работы), а во-вторых, накопившийся за многие годы психологический негатив изменить за короткий срок нельзя.

Чем дольше мы не решаем задачу привлечения молодых специалистов, тем актуальнее будет проблема работающих в медицине пенсионеров. Хотя, конечно, нужно иметь в виду, что опыт и знания старшего поколения очень ценны и востребованы.

### *6.8. Национальный проект*

16 ноября 2007 г.

Первый заместитель председателя  
Государственной думы РФ  
Олег Викторович МОРОЗОВ

В последние годы предлагались различные варианты реформирования отрасли, однако без должного ресурсного обеспечения все они были обречены на неудачу. Сейчас ситуация принципиально иная: у государства не только появились необходимые для развития здравоохранения финансовые средства, но есть и политическая воля коренным образом улучшить ситуацию с охраной здоровья народа.

Почти два года работы над реализацией проекта “Здоровье” позволяют сделать ряд выводов.

Первое. Был выбран правильный подход к разработке самого проекта, его можно назвать программно-целевым, то есть деньги были переданы не вообще на развитие здравоохранения, а на решение строго определенных приоритетных внутриотраслевых задач.

Второе. Впервые за последние годы правительство и региональные органы исполнительной власти проработали механизмы реализации проекта, знают, что и как надо делать и в какое время. Особенно важно то, что исполнители постоянно отчитываются перед обществом, перед президентом и парламентом о проделанной

работе, в том числе в рамках совета по национальным проектам при президенте, в который, кстати, входят представители всех думских фракций.

Третье. Под контроль взят каждый бюджетный рубль, и, наверное, это является не столько следствием какой-то новой формы работы правительства, сколько результатом системного подхода, общественного внимания к проблеме и прозрачности самой процедуры разработки проекта.

Четвертое. Проходит проверку на прочность так называемая властная исполнительная вертикаль. Совершенно очевидно, что сегодня федеральный центр в лице всех ветвей власти, с одной стороны, и регионы, с другой стороны, работают над реализацией проекта “Здоровье” как единая властная машина. Примечательно, что именно в этой сфере обозначилась наибольшая активность региональных властей, обеспечивших выделение значительных дополнительных средств на реализацию проекта. рассматриваем не как возможность решать частные задачи, а как начало глубокой модернизации отечественного здравоохранения в целом. Это своеобразный пусковой механизм перехода к новому качеству медицинского обслуживания. России нужно не просто хорошее здравоохранение, а здравоохранение, обеспечивающее сбережение нации.

Пятое. Заметно повышен, особенно в последний год, градус публичности в реализации проекта. Пожалуй, впервые столь крупные общенациональные задачи открыто обсуждаются с обществом, что, несомненно, только способствует их успешному решению.

Что конкретно дает реализация приоритетного национального проекта “Здоровье” населению страны?

В результате повышения зарплаты медикам первичного звена улучшилось качество медицинского обслуживания населения в поликлиниках, начала решаться проблема комплектования лечебных учреждений — в первичное звено пошли выпускники медицинских вузов, чего раньше практически не было.

Кроме того, в целях совершенствования организации первичной медицинской помощи, улучшения качества ее оказания, проведения мониторинга состояния здоровья населения утверждены и внедряются критерии оценки эффективности деятельности врача и медицинской сестры первичного звена.

Нацпроект позволил оснастить современным диагностическим оборудованием муниципальные ЛПУ, в том числе центральные районные больницы и ФАПы. Произошло качественное обновление скорой медицинской помощи.

Когда стартовал проект “Здоровье”, потребность в высокотехнологичных видах медицинской помощи удовлетворялась в среднем на 25%. В рамках проекта ставится

задача довести уровень обеспеченности населения высокотехнологичной медицинской помощью до 70% от потребности. До конца 2007 г. откроются центры высоких технологий: в Пензе и Астрахани — сердечно-сосудистой хирургии; в Чебоксарах — травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Важнейшим направлением приоритетного национального проекта “Здоровье” является программа “Родовый сертификат”. В крупных городах уже создана конкуренция на рынке медицинских услуг, которая заставляет работать учреждения родовспоможения более качественно.

С 2008 г. в рамках проекта “Здоровье” предполагается строительство перинатальных медицинских центров в 20 субъектах РФ.

С начала реализации проекта дополнительную диспансеризацию прошли более 7 млн человек. Оказалось, что лишь менее 20% обследованных практически здоровы.

В перспективе диспансеризация должна охватить все население. Именно по ее результатам будут составляться территориальные программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Исходная точка — не добрая воля губернатора или количество денег в региональном бюджете, а состояние здоровья и структура заболеваемости населения.

В целом всю работу по реализации национального проекта “Здоровье” можно расценить как успешную. К сожалению, не обошлось и без определенных издержек. Так, Государственная дума завалена письмами из субъектов Федерации, авторы которых настаивают на включении денежных выплат в рамках национального проекта “Здоровье” в среднюю заработную плату медицинских работников для начисления отпускных, больничных и т.д.

Согласно письму Министерства финансов РФ указанные выплаты не являются заработной платой и не включаются в расчет средней заработной платы.

Конечно, национальный проект “Здоровье” — это только первый шаг. Он позволит провести инвентаризацию всей отрасли, определить, какие задачи можно решить уже в ближайшие два-три года, а какие потребуют значительного времени.

Необходимо, прежде всего, устранить дисбаланс между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми ресурсами. Сегодня дефицит средств по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг. По факту, на основе сети бюджетных медицинских учреждений, сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи, в которой нет никакой социальной справедливости. В результате государственные гарантии на деле оказались лишь декларацией. Это подрывает доверие населения к государству, его институтам социальной защиты.

Необходимо также ввести единую модель обязательного медицинского страхования (сейчас, сколько субъектов Федерации, столько и моделей), единый полис, действующий на всей территории России, единые тарифы на медицинские услуги, единые стандарты.

Необходимо, наконец, ликвидировать разрыв в финансировании территориальных программ оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на одного жителя, который доходит сейчас до 15 раз! Конечно, преодоление территориальных различий — дело не одного дня. Потребуется время, строго выверенная, последовательная политика федерального центра, усилия всех регионов, в том числе, разумеется, и регионов-доноров. Но в любом случае задача стоит того, чтобы всерьез взяться за ее решение. В конце концов, реализация конституционного права гражданина России на получение бесплатной медицинской помощи не может и не должна зависеть от места его проживания.

Цель и смысл модернизации здравоохранения — повышение качества и доступности медицинской помощи. В конечном счете, речь идет о том, чтобы перейти от здравоохранения, интересующегося человеком только по факту его болезни, к охране здоровья населения или, если хотите, к профилактическому здравоохранению.

Реформы не должны идти вне правового поля. Сейчас действительно первоочередной задачей должны стать разработка и внесение в Государственную думу законопроектов:

- об обязательном медицинском страховании;
- о государственных гарантиях медицинской помощи;
- о страховании профессиональной ответственности медицинских работников;
- о правах пациентов;
- о регулировании частной медицинской деятельности;
- о здравоохранении в Российской Федерации.

“Единая Россия” поддержит также проекты федеральных законов, направленные на формирование здорового образа жизни населения, прежде всего детей и подростков (о физической культуре и спорте, о развитии

туризма, о реабилитации больных алкоголизмом, о профилактике наркомании, об ограждении граждан от вредного влияния табачного дыма и др.).

Я уверен, что Государственная дума будет продолжать постоянный мониторинг реализации приоритетного национального проекта “Здоровье”, привлекать к нему представителей общественных организаций, стимулировать в прессе дискуссии о принимаемых решениях и их возможных последствиях. Необходимо сделать все

возможное, чтобы реализация этого национального проекта, как, впрочем, и всех остальных, стала делом как можно большего числа граждан России.

7 ноября 2007 г.

Как отметил проводивший совещание заместитель  
полномочного представителя Президента РФ  
в Дальневосточном федеральном округе

О.Д. Антосенко,

наряду с достижениями немало и проблем, решение которых зависит как от органов власти на местах, так и от федеральных чиновников.

Обсудив проблемы подготовки специалистов, участники совещания подняли вопрос очень болезненный для тех, кому помощь требуется уже сегодня. Дело в том, что только в одном Хабаровском крае около 500 человек нуждаются в различных видах высокотехнологичной медпомощи, которую сегодня им могут оказать пока лишь в федеральных специализированных центрах. Поэтому есть лист ожидания и на край выделены определенные квоты, которые позволяют на 78% удовлетворить существующую потребность.

7 ноября 2007 г.

Заместитель председателя правительства  
Хабаровского края по социальным вопросам

О.И. Леховицер:

При нетранспортабельности железнодорожным транспортом мы пытаемся решить вопрос. Так, например, в текущем году из бюджета края было выделено 20 млн руб. только на то, чтобы отправить людей на лечение самолетом, поскольку Фонд социального страхования имеет право оплачивать проезд к месту лечения только на поезде.

Одним из путей решения этой проблемы (кстати, транспортировка больных обходится порой не намного дешевле, чем само лечение) могло бы стать расширение возможностей оказания высокотехнологичной помощи в регионе. Для этого, по мнению участников совещания, надо активней практиковать выездные мастер-классы.

Например, тот или иной ведущий специалист приезжает в Хабаровск на месяц и проводит здесь показательные операции. Таким образом решаются сразу две проблемы. Во-первых, больных не надо везти за тридевять земель. Во-вторых, обучаются местные специалисты.

Здесь прозвучало, что Хабаровский край пока не участвует в этой системе мониторинга. Объясню почему, — сказал О.И. Леховицер.— Сколько сегодня структур задействовано в контроле реализации нацпроекта “Здоровье”? Это и Фонд социального страхования, и Роспотребнадзор, и Росздравнадзор, и так далее. И у каждого своя информационная база. Для чего это делается? Я считаю, только для того, чтобы чиновникам в Москве было удобно посмотреть, как тут у нас идут дела. А мне думается, эта информация должна быть у главврача ЛПУ, чтобы он мог по единой информационной платформе увидеть, и как поставляется вакцина, и какого качества приходит оборудование, и так далее. Вот главная задача. Но воз и ныне там.

Мы, конечно, включимся в эту систему. Но, поверьте, сегодня разнонаправленность этой работы приводит к неразберихе.

В качестве примера О.И. Леховицер привел ситуацию, которая сложилась в крае с иммунизацией населения. За 9 месяцев текущего года в край поступило только 56% запланированного количества вакцин. Вакцины от гепатита «В» поступило только 35% от общего плана. По причине отсутствия вакцин всего на 48% был выполнен план прививок детей от краснухи. Только 29 сентября в край поступили все 100% необходимой вакцины. И сейчас в ЛПУ форсированно проводят вакцинацию.

По итогам 2006 г. “впервые снизился показатель младенческой смертности и сократилась естественная убыль населения”.

### *6.9. Разработка новых препаратов*

18 апреля 2007 г.

Директор Научно-исследовательского института  
биомедицинской химии им. В.Н. Ореховича РАМН  
академик РАМН Александр Иванович АРЧАКОВ.

В настоящее время у нас в стране население в основном пользуется дженериками, т.е. лекарствами, созданными многие десятилетия назад. И производители, и торговые фирмы ориентируются на них, потому что таким образом можно заработать “быстрые деньги”. Созданию новых оригинальных лекарств никто до последнего времени внимания не уделял. После выступления президента этот вопрос сдвинулся с мертвой точки. Отреагировали и Министерство образования и науки РФ, и Минздравсоцразвития России, и Торгово-промышленная палата РФ. До сих пор государственные и коммерческие структуры не соглашались с этим, теперь же все решилось одним выступлением президента.

Что касается меня, то я всегда говорил: в нашей стране можно создавать оригинальные лекарства. Во-первых, у нас есть интеллектуальный потенциал, а это

необходимо в первую очередь. Во-вторых, сейчас в науку и здравоохранение пришли немалые деньги. Мы готовы к разработке новых лекарств. Правда, надо сразу сказать, что число таких разработок не будет равно десяткам и сотням. На мой взгляд, надо отобрать пять-шесть, в крайнем случае, десять препаратов и сосредоточить усилия и определенных научно-исследовательских центров, и государственных структур на создании этих новых лекарств по новым технологиям, пользуясь международными правилами. Только в этом случае мы можем выйти с внутреннего рынка на международный.

Надо провести ревизию и очень строгий экспертный контроль имеющихся в стране разработок. Необходимо создавать специальные экспертные структуры, которые бы занимались только этим вопросом: поисками и отбором перспективных заделов, определением их положения на международном рынке (есть ли близкие по составу конкурентоспособные субстанции). К сожалению, наши эксперты, прежде всего, оценивают положение на фармацевтическом рынке России, не обращая внимания на процессы, идущие за рубежом, — какова диспозиция того или иного препарата, в какой области есть конкуренция. Просчитать и оценить все нюансы отечественного и международного рынка — очень тяжелый труд.

Структуры, которые бы занимались подобными изысканиями, надо организовывать с нуля.

В создании экспертного совета должны участвовать и научные сотрудники, и представители фармацевтических фирм, которые в основном сейчас являются негосударственными. Может быть, речь пойдет о создании каких-то государственных холдингов, но это очень тяжелый процесс, и кто его начнет, пока непонятно. У нас просто нет государственной структуры, координирующей развитие медицинской и фармацевтической промышленности, она исчезла.

Нужна законодательная база и государственный протекционизм в этой сфере. Но самое главное: должен быть лидер — заинтересованное ведомство или подразделение, основной и единственной задачей которого являлось бы создание новых оригинальных российских лекарств. Если этим будут заниматься несколько ведомств, положительного результата не получим.

Я считаю решение Совбеза по-настоящему правильным: в стране уже достаточно денег, чтобы вкладывать их в новейшие технологии. Мне очень нравится, что появилась ориентация государства на производство своих лекарств.

Процесс пошел, и это сразу изменило ситуацию. Как ни покажется странным, западные страны уже отреагировали: появилась новая перспектива вложения капитала в производство. Я не думаю, что все затраты возьмет на себя государство, но конкуренции

с западными производителями бояться не стоит, просто будет доля зарубежных инвесторов в производстве новых лекарств. Ведь всем известно, что для развития производства в нашей стране нужны меньшие деньги, чем на Западе.

Решения, открывающие перспективы по разработке и выпуску оригинальных отечественных лекарств, должны быть поддержаны и прессой, и государством, и коммерческими структурами, тогда они имеют шанс на успех. Мы получим современное фармацевтическое производство, новые рабочие места, лекарства нового поколения. Да и дженерики будут лучшего качества. Это беспроигрышный вариант.

### *6.10. Страхование и критерии качества*

23 мая 2007 г.

Вот мнение директора  
Калужского филиала "РОСНО-МС"

Эдуарда Кузькина:

"Сейчас в добровольном порядке некоторые ЛПУ заключают договоры страхования ответственности. Думаю, это важно. Врачи работают с людьми, и в случае врачебной ошибки пациент или его родственники имеют право получить денежную компенсацию. Правда, сейчас мы защищаем права пациента по закону об обязательном медицинском страховании, но за ошибки финансово наказываем лечебное учреждение, пациент же ничего не получает. Если даже будет разбирательство в суде, то лечебное учреждение не сможет оплатить пациенту причиненный его здоровью ущерб. Нет у наших государственных больниц и поликлиник на это денег. И страховать нужно не только врачей, ведь и уборщица может махнуть тряпкой по капельнице".

Да, в России есть опыт добровольного страхования ответственности врачей. Правда, очень небольшой. По оценкам экспертов "Ингосстраха", количество застрахованных клиник не превышает 3% от общего числа медицинских учреждений России. В основном страхуются частные клиники, хирурги (особенно пластические), гинекологи, стоматологи.

Если страхование станет обязательным, то какова цена вопроса? Страховщики утверждают, что она вполне подъемна и для врачей, и для учреждений здравоохранения. Хирургов, анестезиологов, нейрохирургов предлагается страховать на сумму от 100 тыс. руб., риски неоперирующего персонала — на 50 тыс. руб.

Чтобы застраховать городскую больницу, надо будет потратить около 60 тыс. руб. По мнению страховщиков, закон будет выгоден для врача, которому не придется выплачивать компенсацию из личного кармана, и для лечебного учреждения, потому что даст возможность минимизировать убытки от непреднамеренных ошибок сотрудников.

Однако с теми, кто слишком часто “ошибается”, страховые компании могут отказаться заключать договоры.

А вот кто и по каким критериям будет отсеивать неквалифицированных, недобросовестных врачей — не совсем ясно. Стандарты лечения заболеваний, правда, потихоньку внедряются. А экспертиза качества?

Некоторые медики считают, что те же самые стандарты, их безукоризненное выполнение практически защитят врачей от профессиональных ошибок, т.к. в стандарты заложены принципы доказательной медицины. Однако многие находят, что от врачебных ошибок не уйти никогда, особенно в хирургии, где любая операция — огромный риск. К тому же послеоперационный процесс, как утверждают некоторые врачи, абсолютно непредсказуем. В общем, совершенно очевидно, что закон нельзя вводить без создания института экспертизы.

Позволит ли закон страхования ответственности повысить эту самую ответственность, качество медицинского обслуживания? Закон не защитит врача от ошибки, от ответственности за нее, вплоть до уголовной, и, увы, не спасет жизнь пациента. Но однозначно можно сказать, что страхование позволит врачам и клиникам спокойно работать, потому что в случае неудачи деньги за них заплатит страховая компания, и пациент гарантированно получит компенсацию вреда.

### *6.11. Областные больницы*

8 августа 2007 г.

Главный врач Омской областной клинической  
больницы Константин Леонидович ПОЛЕЖАЕВ

К сожалению, действующее законодательство не учитывает важные нюансы относительно областных больниц. Нет существенных нормативно-правовых механизмов, обеспечивающих сохранение, развитие особых полномочий областных больниц. Значительную долю работы наш коллектив выполняет, продолжая традиции, базирующиеся на альтруизме. Сможем ли мы в условиях дальнейшего развития рыночных отношений и в социальной сфере, происходящей естественной смены кадров, а главное, в рамках планируемых организационных преобразований учреждений здравоохранения в организации такие формы работы сохранять? В то же время убежден: особый подход к нормативно-правовому регулированию деятельности областных больниц необходим и должен быть законодательно закреплён.

Для организатора здравоохранения наиважнейшим, на мой взгляд, является влияние на дела и поступки подчиненных сотрудников и окружающих людей. Именно

мотивационные факторы и соответствующие им стимулы служат мощным рычагом как личностного, так и коллективного развития.

Сельские районы, составляющие мой избирательный округ, являются не только глубокой российской провинцией, но и омской глубинкой. Они расположены на расстоянии от 200 до 600 км от областного центра. Исторически сложилось так, что это наиболее дотационные районы нашей области. Качественная сторона жизни и быта населения, культура, привычки имеют в большинстве населенных пунктов нездоровый характер. Конечно, с этим связаны и многие проблемы здоровья, распространены социально опасные болезни, такие как туберкулез, венерические болезни, другие инфекции. Существует серьезная проблема медицинской непросвещенности, профилактического нигилизма, пренебрежения к собственному здоровью, здоровью близких, да и окружающих. Беда в том, что сфера ответственности, а главное, полномочий медицинских работников в области профилактики современным законодательством сужена, появилась масса ограничений, связанных с соблюдением гражданских норм.

Трудно однозначно сказать, кто отвечает за профилактику. Логично, что сам гражданин, работодатель, гражданское сообщество...

Но парадокс в том, что большая часть граждан пока этого еще не осознает. Профилактический осмотр, диспансеризация, иммунизация и так далее — в этих формах по-прежнему более всего заинтересованы медицинские работники, подотчетные за результаты работы в этих направлениях. Я и мои коллеги, депутаты-врачи (в Законодательном собрании Омской области нас четверо, а в омском городском совете — 10), будем думать и находить решения, чтобы как-то повлиять на пробуждение медицинской активности, санитарно-гигиенической грамотности у граждан.

В Омской области имеется свой опыт проведения кадровой политики. Так, одна из ее особенностей — всемерная поддержка специалистов, работающих в сельской местности, в первичном здравоохранении. Например, стимулирующие надбавки участковым врачам и врачам общей практики за счет средств областного бюджета в размере 180% у нас были введены на год раньше и до сих пор действуют. Правительством области установлен солидный перечень региональных надбавок и стимулирующих выплат различным категориям работников здравоохранения. Поощряется научная деятельность врачей. Сейчас в практическом здравоохранении области трудятся 8 докторов и 227 кандидатов медицинских наук. И это тоже плоды эффективной кадровой политики.

### *6.12. Муниципальное здравоохранение*

25 июля 2007 г.

Владимир Николаевич ЛАЗАРЕВ  
руководит Департаментом здравоохранения  
администрации Нижнего Новгорода

о наиболее важных проблемах муниципального здравоохранения. Сейчас на первое место вышла проблема нехватки кадров.

Говоря о проблемах муниципального здравоохранения, нельзя не сказать о дефиците специалистов. В рамках реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" государство серьезно повысило зарплату работникам участковой службы. К сожалению, ожидаемого притока врачей в здравоохранение не произошло, решить проблему нехватки кадров не удалось.

Сегодня более половины выпускников Нижегородской медакадемии не идут работать в лечебную сеть. Только единицы приходят в амбулаторно-поликлиническое звено, немного лучше укомплектованы кадрами учреждения родовспоможения. Молодежь не устраивает низкая зарплата, поэтому большинство врачей — это люди пенсионного и предпенсионного возраста. Если государство обеспечит работникам бюджетной сферы достойную зарплату, мы сможем рассчитывать на приток кадров в здравоохранение. Думаю, было бы правильно в той или иной форме вернуться к распределению выпускников вузов.

В решении кадрового вопроса каждого конкретного учреждения многое зависит от грамотности руководителя ЛПУ. Жизнь показывает, что если главный врач вдумчиво оценивает экономику своего учреждения, серьезно занимается внедрением новых технологий, совершенствованием штатного расписания и материальным стимулированием сотрудников, то у него лучше обеспеченность кадрами, нет высокого коэффициента совместительства. Такое учреждение может зарабатывать деньги, внедряя платные услуги, а прибыль направляется на приобретение оборудования и на дополнительное стимулирование сотрудников.

### *6.13. Контроль за соблюдением стандартов*

Одним из утвержденных приказом Минздравсоцразвития России административных регламентов Росздравнадзора стал документ, описывающий исполнение государственной функции ведомства по контролю за соблюдением стандартов качества медицинской помощи.

11 апреля 2007 г.

Советник руководителя Росздравнадзора

Михаил Александрович ГЕТЬМАН считает, что административный регламент имеет революционное значение и способен повлиять на состояние дел в сфере качества оказания российскими ЛПУ медицинских услуг.

Одну норму я бы назвал революционной. Речь идет о введении в правовое поле понятия "показатели качества медицинской помощи". Вопрос принципиальный, поскольку до настоящего времени четкого определения этого понятия в законодательстве и нормативных актах не было вовсе.

Вообще, я бы охарактеризовал ситуацию в отношении качества медицинской помощи в ее законодательном контексте как хаотическую. Например, в законе № 122-ФЗ из фразы, которая звучала в Основах законодательства об охране здоровья граждан РФ как "стандарты качества медицинской помощи", убрали слово "качество". Остались "стандарты медицинской помощи". В результате в имеющемся на сегодняшний момент законодательстве фигурируют как "стандарты качества медпомощи", так и "стандарты медпомощи"...

Усугубил ситуацию Федеральный закон "О техническом регулировании". Статьей 1 документа устанавливаются пределы компетенции этого законодательного акта. Нормы закона не распространяются на стандарты в сфере услуг связи, образовательные, бухгалтерские и аудиторские стандарты. В отношении легитимности действия, а соответственно, и неукоснительности их соблюдения никаких сомнений нет. А вот здравоохранение как раз вошло в сферу технического регулирования. Таким образом, понятие "стандарт в здравоохранении" может оставаться только в статусе национального стандарта или стандарта предприятия. Оба этих статуса предполагают добровольное применение и исключают закрепление их обязательного исполнения в нормативно-правовой базе.

Минздравсоцразвития России в течение прошедших трех лет разработал более 300 стандартов. По указанным выше причинам их не удалось сделать нормативными правовыми актами. А раз они носят рекомендательный характер, значит, никто не вправе требовать их исполнения и, соответственно, проверять.

В полномочия же Росздравнадзора входит контроль соблюдения стандартов качества оказания медицинской помощи. Если они необязательны, значит, нам нечего контролировать, у нас нет критериев контроля. Круг замкнулся. Более того, к настоящему моменту у Росздравнадзора возникли проблемы утилитарного свойства. Генпрокуратура РФ регулярно обращает наше внимание на необходимость исполнения функций, связанных с контролем стандартов качества оказания медицинской помощи. Есть положение, есть требования — надо исполнять. А то, что мы не располагаем

критериями оценки качества медицинской помощи, т.е. главным инструментом контроля, никто в расчет не берет.

Регламент является нормативным актом, то понятие качества уже появилось в правовом поле и можно идти дальше. Узаконить стандарты можно будет только после внесения изменений в закон "О техническом регулировании".

В России совершенно разноплановое здравоохранение. Мы можем прийти в поликлиники по соседству или даже в одну и ту же поликлинику, но в разные дни, и получить разный по качеству формат медицинских услуг. Управляющая компания или медицинская корпорация может решить проблему кардинально. Все учреждения, входящие в нее, станут оказывать помощь в соответствии со стандартами, принятыми в системе этого провайдера. Сами ЛПУ — это медицинский конвейер, должны быть освобождены от непрофильных функций, не должны задумываться о том, поставляются лекарства или нет, хватает им бюджета или нет, кто им поставляет перчатки, обеспечивает уборщиц и питание. Все это может быть передано управляющей компании.

Само учреждение будет лишь решать внутренние вопросы, формировать сводную заявку и получать от провайдера все, что нужно. А от старой централизованной советской системы здравоохранения будет отличаться наличием конкуренции между провайдерами, их ответственностью за результат (в том числе и с экономической точки зрения).

ЛПУ вообще в этом случае не должно задумываться над тем, что оно заработало. Потому что мы говорим об одноканальном финансировании. Это подразумевает наличие одного-единственного источника. А вот на уровне объединенного источника может проходить смешение средств — ОМС, ДМС, корпоративных страховых планов, личных средств граждан и т.д.

При этом может быть развернуто два уровня финансирования ЛПУ. Во-первых, базовое, обеспечивающее текущее существование учреждения (условно постоянные расходы), и, во-вторых, переменные расходы, которые уже можно поставить в зависимость от результативности деятельности учреждения по достижению целей лечения.

Вот для этого тоже нужны медицинские провайдеры. Кстати, при помощи провайдеров решается проблема интеграции и преемственности медицинской помощи. Она не может решаться органами управления здравоохранением субъектов Федерации. Это — экономическая величина.

У нас сложная система здравоохранения. Мы должны ввести нормативное поле, идти по пути развития одноканального финансирования вначале в порядке эксперимента, а затем постараться распространить это на максимальную территорию.

Кстати, система провайдеров может решить проблему таких экономически непопулярных разделов, как сельская медицина, скорая помощь, педиатрия. Там, где доходы невысоки.

#### *6.14. ДМС и стандарты лечения*

13 июня 2007 г.

ЗАО "Страховая компания "Самара-Мед"

Николай Федорович ПРОХОРОЕНКО

Добровольное медицинское страхование как способ компенсации дополнительных медицинских расходов сверх программы госгарантий сегодня является альтернативной и совершенно легальной формой платных медицинских услуг.

Рост платежеспособности населения, развитие общекорпоративной культуры, изменение менталитета граждан — все эти факторы оказывают очень серьезное влияние на развитие рынка ДМС. Наши соотечественники постепенно стали понимать, что медицина не может быть бесплатной и что за здоровье нужно платить. Вместе с тем качество медицинской помощи, оказываемой в рамках программ государственных гарантий, пока еще не соответствует возросшим запросам населения и не всегда дотягивает до уровня мировых стандартов. Большие очереди в поликлиниках, длительные ожидания специальных обследований и другие, накопившиеся в системе здравоохранения проблемы, казалось бы, должны способствовать развитию рынка ДМС в России. Но на деле они формируют специфический менталитет медицинских работников, заинтересованность в полулегальной оплате медицинских услуг безо всякого договора.

При этом главной целью становится получение дохода, а не качество медицинской помощи и удовлетворенность клиентов.

Сегодня наиболее активно вступает в договорные отношения со страховыми компаниями и покупает продукты по ДМС корпоративные клиенты, их доля в общей структуре застрахованных лиц составляет 95—98%. Опыт показывает, что добровольным медицинским страхованием сейчас охвачены преимущественно сотрудники успешных платежеспособных предприятий. В своем большинстве это обеспеченные люди, которые ценят не только собственное время и комфортные условия пребывания в лечебном учреждении, но главное — профессионализм врачей. Именно поэтому они предъявляют повышенные требования к качеству оказания медицинских услуг. Таким образом система ДМС через требования своих клиентов развивает у населения представление о том уровне медицинской помощи, который соответствует современным стандартам качества.

Я уверен, что в будущем систему ДМС "сделают" индивидуальные клиенты, просто потому, что их значительно больше. Кстати, многие физические лица уже сегодня морально готовы оформить страховку по той или иной программе ДМС.

Особенно важна разработка нормативных документов по налоговым льготам, по объединению личного страхования в один блок — здесь речь идет о ДМС и ОМС, о страховании от несчастного случая. Неплохо было бы отнести сюда и страхование профессиональной ответственности врачей. В соответствии с действующим налоговым кодексом сегодня оно осуществляется только из прибыли, в то время как, к примеру, страхование ответственности по строительско-монтажным рискам включается в себестоимость продукции и услуг.

Любая система, основанная на оказании услуг, должна быть клиентоориентированной. И потому главными критериями в системе ДМС являются удовлетворенность клиента и отсутствие жалоб. Безусловно, большое значение здесь имеет соблюдение четких стандартов лечения, а также соответствие принципам доказательной медицины.

31 октября 2007 г.

Директор Научного центра здоровья детей РАМН,  
председатель исполкома Союза педиатров России академик РАМН

А.А. Баранов.

Я считаю введение родовых сертификатов гениальной идеей. Почему бы не дать такой же сертификат нуждающимся в дорогостоящей помощи?

Провели бы сертификацию медицинских центров, дали право каждому оказывать ту или иную высокотехнологичную помощь, информировали население об этих специализированных центрах. Если выявляется больной ребенок, ему выделяют сертификат, а родители сами выбирают, в какой профильный центр им удобнее ехать. Приезжают, предъявляют сертификат, врачи лечат ребенка и получают деньги. Я предлагал эту схему М.Ю. Зурабову, он ее не отверг, но сказал, что к такому решению пока в министерстве не готовы.

## **IV. Краткая аналитическая информация по итогам работы системы здравоохранения в РФ в 2007**

29.12.2007

*Перечень наиболее успешных и значимых мероприятий (проектов), реализованных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2007 году, и планы на 2008 год*

### **1. Итоги реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2007 году.**

В рамках нацпроекта для улучшения оснащения и повышения качества медицинского обслуживания закуплено и поставлено в медучреждения: **свыше 20 тыс. ед. диагностического оборудования** на общую сумму более 15 млрд. руб., **свыше 6 тыс. ед. санитарного автотранспорта** (на 3,8 млрд. руб.), в т.ч. 19 ед. на базе гусеничных снегоболотоходов, 48 реанимобилей для новорожденных и 229 реанимобилей для взрослых. Всего, по итогам двух лет реализации нацпроекта, **закуплено свыше 40 тыс. ед. диагностического оборудования и более 13 тыс. ед. санитарного автотранспорта.**

Реализация программы "Родовой сертификат" **охватила более 92% рожениц:** оплачены услуги по оказанию медицинской помощи для **1,3 млн. женщин** на амбулаторно-поликлиническом этапе, для **1,3 млн. женщин** в период родов, а также услуги по наблюдению в течение первых шести месяцев со дня рождения **свыше 300 тыс. детей.** Во всех регионах РФ проведено массовое обследование 1,2 млн. новорожденных детей (скрининг) на пять наследственных заболеваний. Укрепление материально-технической базы клиник и роддомов, совершенствование профессиональной подготовки медперсонала и повышение их ответственности и материальной заинтересованности в результатах своей работы, заложенные в идеологию родовых сертификатов, помогли поднять службу родовспоможения на качественно новый уровень. Дальнейшая реализация программы "Родовой сертификат" обеспечит снижение показателей материнской смертности с 25,4 в 2005г. **до 21,0 в 2010 г.** на 100 тыс. родившихся живыми, младенческой смертности с 11,0 в 2005 г. **до 9,3 в 2010 г.** на 1 000 родившихся живыми.

На строительство и оснащение **23 перинатальных центров** выделено **20 млрд. рублей.** Центры в Калининграде и Иркутске нуждаются только в оснащении оборудованием, поэтому будут введены в эксплуатацию уже в следующем году. В 2009 году первых пациентов примут еще восемь перинатальных центров - в Саранске (Республика Мордовия), Краснодаре, Красноярске, Перми, Волгограде, Кемерове,

Ростове-на-Дону и Томске, в 2010 г. будут открыты остальные. В перинатальных центрах будут созданы условия для оказания всего объема высококвалифицированной медицинской помощи беременным и новорожденным.

К концу 2007 г. около **170 тысяч человек получают высокотехнологичную медицинскую помощь** за счет федерального бюджета. В следующем году будут открыты для приема первых пациентов построенные в 2007 году **три федеральных центра высоких медицинских технологий**: центры сердечно-сосудистой хирургии в Пензе и Астрахани, центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах. Это сократит сроки ожидания сложных операций и сделает высокотехнологичную медицинскую помощь более доступной для населения.

В ходе реализации нацпроекта **повышена заработная плата около 700 тыс.** медицинским работникам первичного звена. Вследствие притока молодых специалистов **снизился средний возраст медицинских работников** первичного звена и **уменьшился коэффициент совместительства** в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Около **25 тысяч врачей прошли профессиональную переподготовку** и курсы повышения квалификации за два года реализации нацпроекта.

Подготовлена программа первоочередных мероприятий по развитию и совершенствованию медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях, рассчитанная на 2008-2010 гг. На реализацию данного направления нацпроекта планируется выделить **7,4 млрд руб.**, в том числе **2,6 млрд руб.** - в 2008 году. Программа подразумевает, в первую очередь, оснащение санитарным автотранспортом и оборудованием больниц, расположенных вдоль федеральных дорог: в 2008 году это будет реализовано в восьми регионах, которые расположены вдоль двух федеральных трасс - М-4 "Дон" и М-3 "Украина".

На реализацию мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями (программа рассчитана на 2008-2010 гг.) будет направлено свыше **8 млрд.**, в том числе **в 2008 году - 3,6 млрд. рублей.** Это позволит увеличить число малоинвазивных внутрисосудистых вмешательств для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в 2008 г. **на 18,0 тыс., в 2009 г. на 30,0 тыс., в 2010 г. на 52,0 тыс.**

Для раннего выявления социально значимых заболеваний, по которым наиболее высоки уровни заболеваемости, инвалидности и смертности, проведена дополнительная диспансеризация и углубленные медицинские осмотры **7,6 млн. чел. работающего населения** (из них - 3,5 млн. работники "вредных" производств).

В целях профилактики ВИЧ-инфекции прошли обследование более 22 млн. чел. В рамках нацпроекта, впервые, была оказана медицинская помощь всем ВИЧ-инфицированным, нуждающимся в лечении - свыше 26 071 чел.

В рамках профилактики гепатита В дополнительно привито около 14 млн. детей, подростков и взрослых в возрасте до 35 лет, что позволило **снизить заболеваемость гепатитом В почти на четверть**. Против краснухи дополнительно привито около 11 млн. человек, что позволило **снизить уровень заболеваемости в 4,5 раза**. Достигнутые уровни заболеваемости вирусным гепатитом и краснухой являются **самыми низкими за последние 15 лет**.

Зафиксировано **снижение инфекционной заболеваемости населения по 29 нозоформам**, в том числе: по дифтерии - в 2 раза, кори - в 5,9 раза, эпидемическому паротиту - на 18,1%, брюшному тифу - на 44,5%, бактериальной дизентерии - на 14,7%, малярии - на 13,1%, трихинеллезу - на 29,7%, клещевому вирусному энцефалиту - на 11,1.

Охват детей вакцинацией и ревакцинацией против дифтерии, коклюша, полиомиелита, кори и эпидемического паротита **составил 98 - 99 процентов**.

## **2. Улучшение демографической ситуации**

В 2007 году **родилось свыше 1,3 млн. детей**. Около **300 тыс. семей** получили сертификаты на материнский капитал, размер которого в следующем году **возрастет до 267,5 тыс. рублей**.

Суммарный объем выплат пособий по материнству **возрос почти в 2 раза до 72,7 млрд. рублей**.

- размер пособия по беременности и родам **увеличен до 23 400 рублей** (27,3 млрд. рублей);
- **В 4 раза увеличены** расходы на пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет для работающих матерей (31,5 млрд. рублей);
- более **миллиона неработающих матерей ежемесячно получали пособия** по уходу за ребенком до 1,5 лет (23 млрд. рублей);
- более **30 тыс. беременных женщин** воспользовались бесплатными путевками в санатории.

Для укрепления института семьи и семейных ценностей **следующий календарный год объявлен Годом семьи**.

В целях устойчивого демографического развития **утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации** на период до 2025 года. К числу основных задач концепции отнесены: снижение уровня смертности и повышение уровня рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения, укрепление

института семьи, регулирование миграции. Концепция определяет комплексные меры, осуществляемые в три этапа, следствием которых должно стать улучшение демографической ситуации в стране.

**Утверждена федеральная целевая программа "Дети России"** на 2007-2010 годы, ориентированная как на улучшение демографической ситуации в стране, поддержку материнства и детства (подпрограмма "Здоровое поколение"), так и на профилактику семейного неблагополучия и поддержку семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в первую очередь семей с детьми-инвалидами (подпрограмма "Дети и семья").

Объем средств, направленный на организацию детского отдыха, возрос до **15 млрд. рублей, что обеспечило 5 млн. детей школьного возраста** лечение и курсы оздоровительных процедур в санаторно-курортных учреждениях, из них **более 300 тыс. детей и подростков**, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В целях сохранения здоровья детей внедрены методические рекомендации по ежедневному набору продуктов, примерному меню школьного питания и ассортименту школьных буфетов.

### **3. Социальные выплаты и социальное обеспечение**

На обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации направлено **7,6 млрд. рублей**, что на 50% выше показателей прошлого года.

До 10 млрд. рублей возросла сумма, затраченная на санаторно-курортное лечение граждан льготной категории: в санаториях прошли лечение около **600 тыс. человек**, причем детям-инвалидам и сопровождающим их лицам предоставлено более **62 тыс. путевок**.

Подготовлены процедурные изменения, облегчающие прохождение медицинского освидетельствования инвалидов.

### **4. Развитие службы крови и донорства**

Центром крови ФМБА России **заготовлено около 11 тонн крови**, что на 18% больше аналогичных показателей прошлого года, при этом количество доноров возросло на 5 000 человек. Разработан и внедрен пилотный проект по **созданию автоматизированной информационной системы**, позволяющей контролировать заготовку, переработку и хранение крови в учреждениях ФМБА России в режиме реального времени. Произведено **техническое переоснащение** Центра крови ФМБА России и 26-ти подведомственных отделений переливания крови.

Создано **новое отделение гемодиализа** в Курской области. Открыто 2 **новых центра по заготовке плазмы крови** в Кировской области, в этом же регионе

завершается строительство первого в России завода по производству препаратов крови и сети плазмоцентров.

#### **5. Санитарно-эпидемиологический контроль**

В рамках реализации решений "Группы восьми" по борьбе с инфекционными болезнями **подписаны соглашения** с Азербайджаном, Узбекистаном и Белоруссией о сотрудничестве в области мониторинга распространения и борьбы с птичьим гриппом. **Осуществлены поставки лабораторного оборудования** в вирусологические лаборатории национальных центров Украины, Белоруссии, Казахстана, Азербайджана и Узбекистана по изучению птичьего гриппа. **ФГУН ГНЦ ВБ "Вектор" сертифицирован в качестве сотрудничающего центра ВОЗ** по изучению вируса гриппа и создания на его базе референс-лаборатории ВОЗ по птичьему гриппу.

#### **6. Дополнительное лекарственное обеспечение**

Увеличена сумма по дополнительному лекарственному обеспечению на 2008 год: на покупку дорогостоящих препаратов по семи группам наиболее тяжелых заболеваний федеральным бюджетом предусмотрено 33 млрд. руб, на остальные группы заболеваний выделено 27 млрд. рублей. Проведены все необходимые организационные процедуры, позволяющие обеспечить закупку и доставку лекарственных средств в регионы.

Полномочия по обеспечению лекарственными средствами льготников, кроме группы дорогостоящих препаратов, делегированы с федерального уровня на уровень субъектов РФ.

Завершены расчеты за выписанные и фактически отпущенные в 2006 году лекарственные средства.

#### **7. Пенсионное обеспечение**

**Обеспечен рост общего уровня пенсионного обеспечения всех пенсионеров:** средний размер трудовой пенсии увеличился на 28%, средний размер трудовой пенсии по старости - на 27%, средний размер социальной пенсии - на 48 %.

#### **8. Улучшение условий и охраны труда**

**Подготовлена Программа действий по улучшению условий и охраны труда**, включая аттестацию рабочих мест по условиям труда, призванная защитить здоровье работника и обеспечить безопасность труда путем внедрения системы управления профессиональными рисками на каждом рабочем месте и вовлечение в управление этими рисками основных сторон социального партнерства - работодателей и работников.

В санаторно-курортных учреждениях прошли лечение и курсы оздоровительных процедур **170 тыс. чел. работающего населения.**

Численность официально зарегистрированных безработных **уменьшилась на 16 %**.

## **9. Защита прав потребителей**

**Вступили в силу поправки к закону "О защите прав потребителей",** существенно расширяющие их права в сфере претензионных отношений.

**Ужесточены требования госсанэпиднадзора в сфере детских товаров,** особенно в области производства и реализации игрушек для детей.

Роспотребнадзором совместно с Генпрокуратурой РФ и Банком России **проведена работа по пресечению нарушений прав потребителей кредитными организациями.** В результате приняты соответствующие судебные решения и заключено соглашение о сотрудничестве Роспотребнадзора с Ассоциацией российских банков.

## **10. Стратегия развития здравоохранения до 2020 года**

Начата разработка **Стратегии развития здравоохранения до 2020 года,** комплексного документа, призванного выработать системные подходы в сфере финансирования, организации медицинской помощи, приоритетов развития, доступности и качества медпомощи, роли врачебного сообщества, правовых взаимоотношений между врачом и пациентом, защите прав пациента.

### **Комментарий**

#### **Министра здравоохранения и социального развития**

#### **Российской Федерации**

#### **Татьяны Голиковой**

#### **о планах и ожиданиях,**

#### **связанных с деятельностью Министерства**

#### **в 2008 году**

- Оценивая итоги уходящего года, могу сказать, что в целом год заканчивается достаточно успешно: основные задачи, поставленные в национальном проекте "Здоровье", решены, и сейчас мы планируем следующие шаги как на 2008 год, так и на более отдаленную перспективу.

Что можно сказать о будущем с определенностью уже сейчас? Во-первых, начатые в национальном проекте "Здоровье" программы будут продолжены, во-вторых, здоровье россиян останется одним из основных государственных приоритетов. В-третьих, особое внимание хочу обратить на то, что сохранение и укрепление здоровья нации невозможно вне проведения системной, комплексной социальной политики. Поэтому все намеченные стратегические решения по здравоохранению будут

приниматься в рамках главного ориентира - социального развития и благополучия человека.

Это усложнит нашу работу, но сделает ее более результативной. От нас в ближайшие годы потребуются новые технологии управления, как в здравоохранении, так и во всей социальной сфере в целом. Кроме этого, уже сейчас мы начинаем готовить предложения по безболезненному развитию системы пенсионного обеспечения, социального страхования и обязательного медицинского страхования. И сюда бы я еще добавила дальнейшее улучшение системы оплаты и развитие рынка труда. Это сложная тема, но здесь уже приняты некоторые решения и намечены сроки действия.

Кроме совершенствования управления и финансовых механизмов, будет большое внимание уделяться развитию научных исследований и разработке новых медицинских технологий. Только так мы сможем решить поставленную задачу доступности высокотехнологической медицинской помощи, а также задачи развития фармацевтической и медицинской промышленности.

Все это в итоге позволит нам двигаться не по инерционным сценариям, а совершенно по-новому сформулировать стратегию развития здравоохранения. Эта стратегия, призванная скоординировать и детализировать в единой системе вышеперечисленные задачи, в следующем году будет разработана Министерством здравоохранения и социального развития при участии профессионального сообщества и экспертных кругов.