



## ПОЯВЯТСЯ ЛИ СТРАТЕГИИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОГРАММАХ МОДЕРНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



С февраля 2011 года регионы получат дополнительное финансирование на модернизацию здравоохранения. Региональные программы начнут работать уже с 1 января 2011 года, следовательно, должны быть рассмотрены и приняты до 1 декабря 2010 года. За реализацию региональных программ модернизации здравоохранения персональную ответственность несут руководители субъектов Федерации.

В середине июля 2010 г. в Высшей школе экономики прошел семинар «Планы модернизации регионального здравоохранения: заявки на новое оборудование или стратегии институциональных изменений?», организованный совместно с Минздравсоцразвития России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. В качестве обсуждаемых были заявлены следующие вопросы:

- Каковы главные направления реструктуризации сети медицинских организаций?
- Каковы возможные подходы к разработке этих планов?
- Каковы ограничения и риски реструктуризации?
- Какие финансово-экономические и управленческие механизмы нужны для реализации этих планов?

Глава Федерального фонда обязательного медицинского страхования Андрей Юрин, принявший участие в этом семинаре, сообщил, что регионы получают деньги на модернизацию здравоохранения при наличии программ развития системы оказания медицинской помощи, однако от каких финансовых нормативов отталкиваться при разработке этих программ в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ до сих пор не решено. А. Юрин напомнил, что в рамках реформы системы ОМС произойдет ряд коренных изменений, основное из которых — новый подход к финансированию отрасли из федерального бюджета. Для того, чтобы получить деньги, региональные власти должны не только разработать в течение 2010 года программу модернизации здравоохранения, но и неукоснительно соблюдать заданные сроки ее реализации, а также ежемесячно предоставлять отчеты о ходе выполнения. «Без этого средств регион не получит». По словам А. Юрина, субъект РФ сам будет определять идеологию и содержание программ, что позволит учесть особенности регионов и разные стартовые условия в них.

«Сейчас региональные власти должны определить все узкие места своего здравоохранения, проанализировать заболеваемость и проду-



мать, какие меры позволят улучшить ситуацию, снизить смертность и повысить продолжительность жизни, в том числе при хронических заболеваниях. Исходя из этого, нужно составить программы модернизации и представить их на рассмотрение в Минздравсоцразвития РФ. Эксперты их проанализируют, после чего будет принято решение. До конца года все программы должны быть приняты, чтобы с февраля пошло финансирование. «Регионам придется ежемесячно отчитываться о выполненных мероприятиях по программам — это обязательное условие финансирования. Суммы регионам будут выделяться пропорционально тем, что они сами тратят на здравоохранение».

На вопрос участников семинара: «Если негосударственные медучреждения войдут в ОМС, значит, они тоже смогут рассчитывать на «кусочек пирога» от 460 млрд.?» — был дан однозначный ответ: «Нет! Эти деньги будут распределяться только между региональными и муниципальными лечебницами».

«Знаменательно и важно, что впервые распределение денег между регионами будет основано не на заявках, а на основе программ», — подчеркнул **проректор ГУ-ВШЭ Сергей Шишкин** и добавил, что при этом существует риск сохранения и усиления существующих различий между регионами. Чтобы этого избежать, по его мнению, нужно провести стратегическое планирование программы развития на 8–10 лет. «Важно, чтобы реформа не стала разовой акцией по раздаче 460 млрд. рублей», — подчеркнул С. Шишкин. Он предложил участникам семинара методологию реструктуризации сети оказания медицинской помощи, которую разработал авторский коллектив ГУ-ВШЭ, используя в качестве модели четыре региона: Ханты-Мансийский автономный округ, Воронежскую, Челябинскую и Ярославскую области.

Основными принципами формирования рациональной сети оказания медицинской помощи должно стать сочетание общих федеральных подходов к формированию

сети медицинской помощи и региональных особенностей и соответствие мощности и структуры сети доказательной (обоснованной) потребности в медицинской помощи. При этом необходимыми условиями являются обеспечение этапности лечебно-диагностического процесса при усилении интегрирующей роли первичного звена медицинской помощи и компромисс между эффективностью и доступностью медицинской помощи. Предполагаются преимущественно трехуровневое построение сети медицинской помощи (районный — межрайонный (окружной) — региональный), дифференциация медицинских организаций по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса, развитие форм медицинского обеспечения, альтернативных дорогостоящему стационарному.

По словам С. Шишкина, изначально следует рассчитать потребность населения в медицинской помощи (*рис. 1*).

Затем, исходя из потребности населения в медицинской помощи, следует рассчитать необходимую мощность сети лечебных учреждений (требуемое количество коек, число врачей по профилям койки, количество бригад «скорой помощи» и др.) (*рис. 2*).

Далее следует распределить объемы медицинской помощи по уровням: первичный (районный), окружной (межрайонный), региональный (областной), произвести расчет «минимального функционального блока» — минимального количества коек, обеспечивающих выполнение стандартов и порядков оказания для каждого вида стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (*рис. 3*). Естественные расхождения при этом подлежат анализу.

После этого следует проанализировать возможность оказания трехуровневой медицинской помощи в каждом «медицинском округе» (технический термин, означающий расчетную единицу территориального планирования), то есть определить территорию, на которой будет функционировать один межрайонный медицинский центр. Здесь, как под-



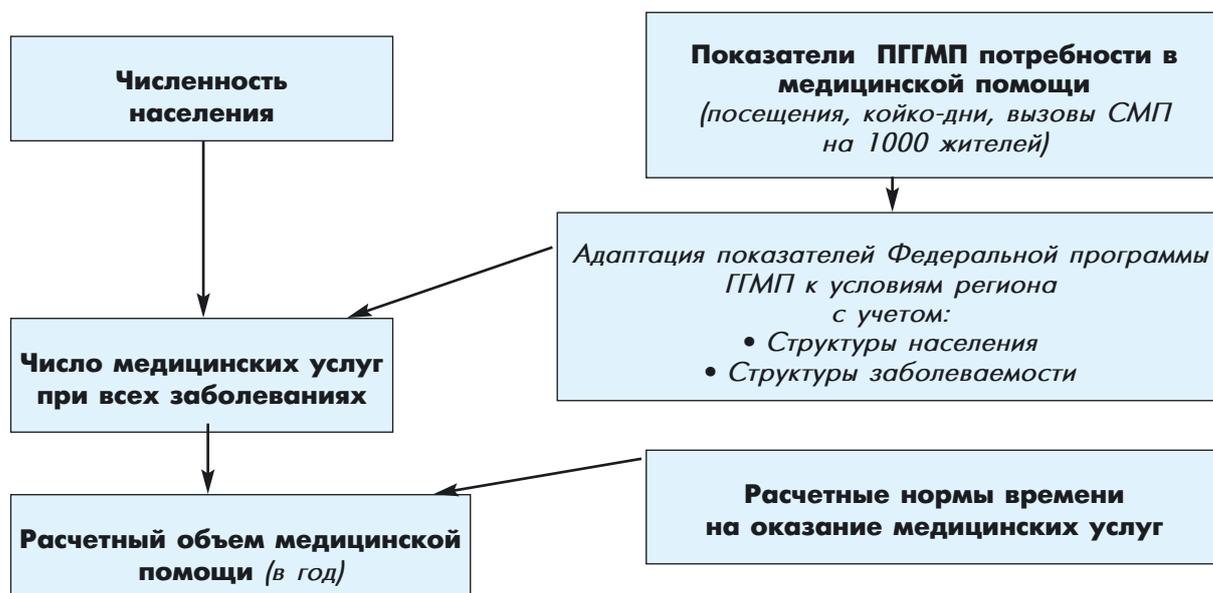


Рис. 1. Расчет потребности населения в медицинской помощи



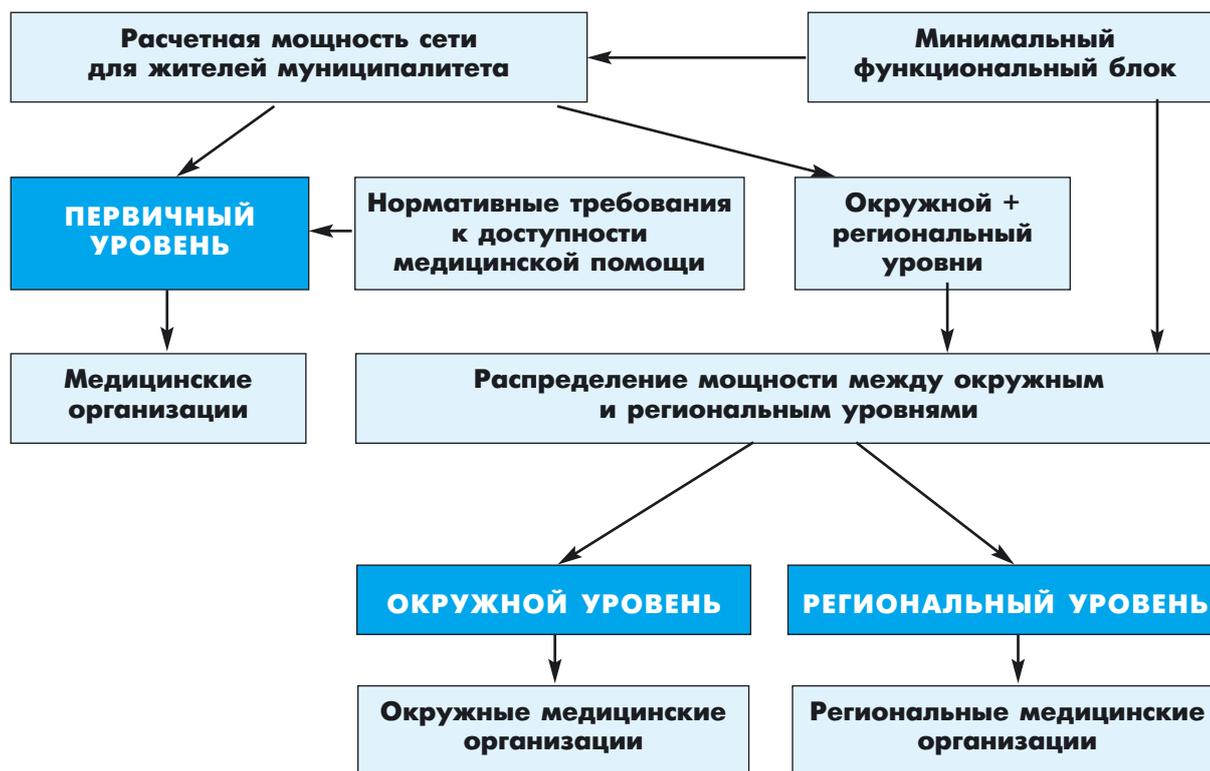
Рис. 2. Расчет мощности медицинской сети, адекватной потребности населения в медицинской помощи

черкнул С. Шишкин, «важно соблюсти баланс между загруженностью врачей и транспортной доступностью лечебного учреждения. Так, например, в роддоме с показателем менее 50 родов в год падает квалификация врачей. Однако оставить один роддом на 500-километровую округу с плохими дорогами также нельзя».

При формировании медицинских округов следует учитывать следующие факторы:

характер расселения, сложившиеся и проектируемые транспортные потоки, сложившуюся сеть медицинских организаций, сложившиеся межрайонные экономические связи, генеральные планы развития территории, градостроительную стратегию.

Основными факторами, определяющими транспортную и временную доступность медицинской помощи, являются расстояние между местом нахождения пациента и меди-



**Рис. 3. Распределение расчетной мощности сети медицинской помощи по уровням ее оказания**

цинской организацией (подразделением), характер и состояние дорог, естественные преграды, развитие общественного транспорта и обеспеченность личным транспортом, развитие средств связи, в том числе телекоммуникационных.

Расчеты показывают, что по некоторым нозологиям на районном уровне более чем достаточно иметь одного специалиста, однако для сохранения узких специалистов следует учитывать такие дополнительные факторы, как необходимость проведения массовых осмотров с целью восстановления системы диспансерного наблюдения групп риска, для работы с призывниками, для работы по дополнительному лекарственному обеспечению льготных категорий населения.

Апробация предложенной методологии расчета рациональной сети оказания медицинской помощи была проведена в Воронеж-

ской области (2006 г.), Ярославской области (2008 г.), Челябинской области (2008 г.), Ханты-Мансийском автономном округе — Югра (2009 г). На основании проведенных расчетов была принята программа реструктуризации системы оказания медицинской помощи в Ярославской области. На рис. 4 показано выявленное отклонение расчетного числа коек от фактического в Ярославской области.

Другие пилотные регионы не смогли воспользоваться выполненными расчетами по причине отсутствия одноканальной системы финансирования.

Докладчик отметил, что методы оплаты медицинской помощи должны быть нацелены на решение задач реструктуризации. Кроме того, предполагается совершенствование организации, учета и оплаты труда медицинских работников и руководителей органов здравоохранения, мониторинг выполнения



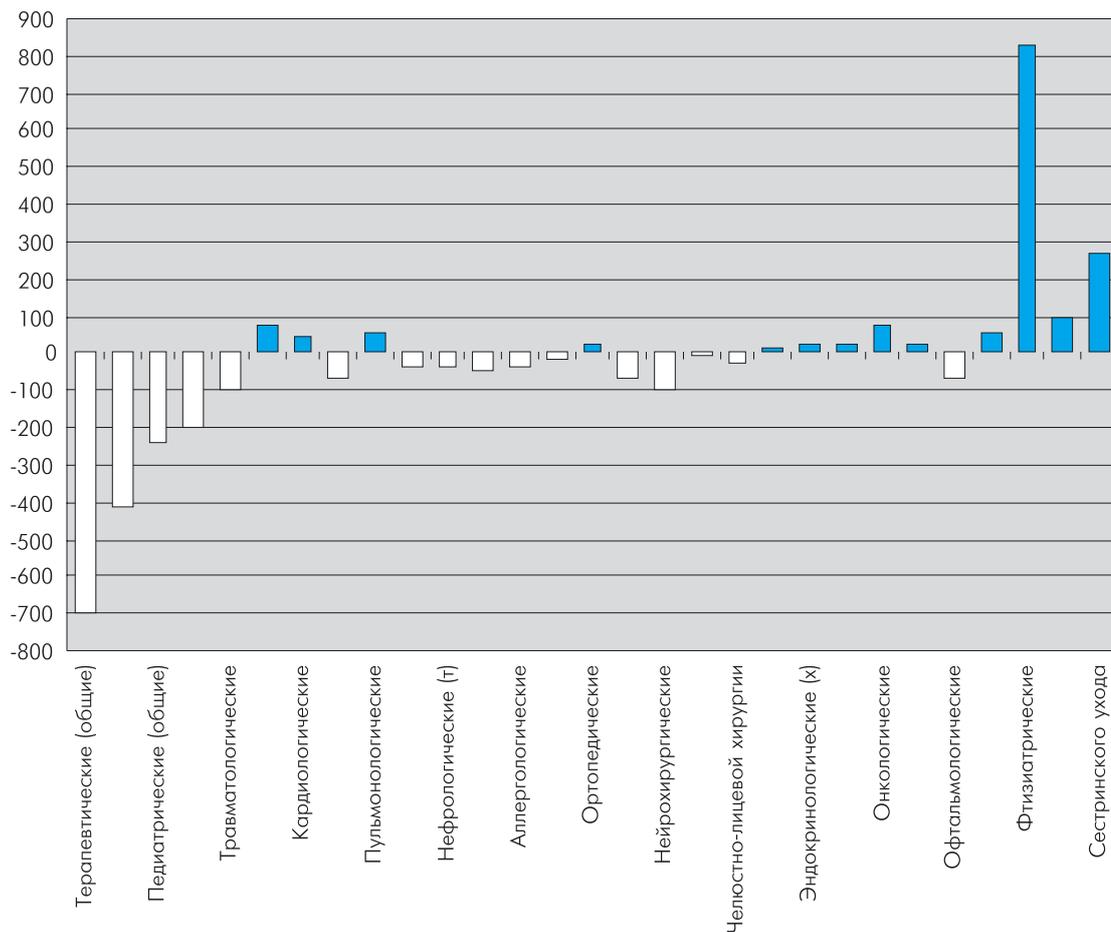


Рис. 4. Отклонение расчетного числа коек от фактического в Ярославской области

плана, формирование единого медико-экономического информационного пространства, также организационные мероприятия по минимизации рисков реструктуризации.

Представленный доклад вызвал оживленную дискуссию. На вопрос **Леонида Рошалья** об отличии предлагаемой методики расчета от уже существующих Сергей Шишкин заметил, что «это — методика оптимизации сети с учетом сокращения населения и появления новых нозологий».

**Вице-президент Общества доказательной медицины Василий Власов** спросил докладчика, не страшно ли делать расчеты на основании недостоверных статистических данных. «У нас некоторые нозологии диагностированы на 50%, по ряду нозо-

логий Ваши данные в 2–3 раза отличаются от реальных». Отвечая на это замечание, С. Шишкин подчеркнул, что методика — это инструмент, помогающий плановым расчетам, и надо на месте уточнять первичные данные.

Предложения проректора ГУ-ВШЭ вызвали сомнения у **профессора Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Натальи Кравченко**. Она отметила, что «за годы реформирования отечественной системы здравоохранения мы сделали все, чтобы разрушить сеть ЛПУ. Сетевой подход подразумевает ответственность каждого участника за функционирование системы. А мы отпускаем ЛПУ в автономные организа-



ции и освобождаем страховщиков от ответственности за доступность медицинской помощи. Кроме того, предлагаемый в законопроекте об ОМС пациенту выбор лечащего врача и лечебного учреждения не позволит заранее рассчитать нагрузку».

На непродуманность финансовых отношений между бюджетами разных уровней (федеральным — региональными — муниципальными) обратили внимание **представитель Департамента здравоохранения Вологодской области Михаил Дуганов** и **заместитель председателя правительства Кировской области Мария Гайдар**. Последняя отметила, что власти субъектов РФ фактически не имеют механизмов для мотивации муниципалитетов к финансированию программ модернизации. По мнению М. Гайдар, следует также вывести взносы за неработающих граждан в фонд ОМС из зависимости от состояния местных бюджетов.

**Фарит Кадыров, заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга**, обратил внимание участников семинара на то, что программа называется «Модернизация здравоохранения», а реально в ней будут принимать участие только учреждения системы ОМС. Получается, что это программа модернизации только учреждений системы ОМС, а не всего здравоохранения. Другая проблема, связанная с 2% страховых взносов, касается источников средств для учреждений самой системы ОМС на увеличение размеров страховых взносов. Реально (с учетом взносов в другие фонды) страховые взносы возрастут на 8% (с 26 до 34%). Но непосредственно в системе ОМС на оказание медицинской помощи на 2011–2012 гг. останется по-прежнему 3,1%. Откуда территориальные фонды ОМС возьмут средства на финансирование увеличения размеров страховых взносов медицинскими учреждениями? Опять все перекладывается на регионы? Но у них резервов на это нет, тем более на

фоне кризиса. Значит, учреждения меньше средств направят на медикаменты и продукты питания. Как в подобных условиях внедрять стандарты? Да, программа модернизации предусматривает средства на внедрение стандартов. Однако есть большие опасения, что за счет этих средств будут затыкаться дыры в территориальных фондах ОМС и внедрение стандартов может обернуться профанацией.

Еще одна проблема: программа модернизации предусматривает определенные показатели. С этим более или менее ясно. В зависимости от достижения этих критериев будет решаться вопрос о том, все ли предусмотренные средства получит регион. А вот тут масса неясностей. Показатели есть, а что является критерием? Например, позитивно будет оцениваться нынешняя низкая фондовооруженность или высокая? Больше дадут тем, у кого она ниже (чтобы помочь) или тем, у кого выше (как поощрение за то, что денег на здравоохранение не жалели)? Будет ли иметь значение то, как будут достигнуты эти показатели? Ведь максимальное значение фондовооруженности можно достигнуть, купив минимальное количество оборудования по завышенным ценам или разогнав все кадры (на оставшихся врачей и будет поделена стоимость основных фондов). В итоге не ясно — хорошо или плохо иметь высокую укомплектованность кадрами?

Государственная политика в сфере здравоохранения должна быть четкой, понятной и непротиворечивой.

Подводя итог семинара, его руководитель, первый проректор ГУ-ВШЭ Лев Якобсон отметил: «Нашу систему здравоохранения бесполезно лечить по частям. Я не знаю, откуда берутся 35% россиян, которые, согласно социологическим опросам, довольны отечественной системой здравоохранения, поэтому обсуждение поднятой проблемы следует продолжать».

*Н. Куракова*