



11-1-16

24

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР**
(МИНЗДРАВ РСФСР)

101474, ГСП-4, Москва, К-55, Вадковский пер.,
дом 18—20
Телеграфный адрес: Москва, К-55, Росминздрав
Телетайп: 112078, Радий
Тел. 289-30-65

Президенту Российской Федерации
г. Ельцину Б.Н.

14.08.91 № 04-26

На № _____

Уважаемый Борис Николаевич!

В Министерстве здравоохранения Российской Федерации разработана Программа реформ здравоохранения России в условиях перехода к рыночной экономике. По мнению рабочей группы это реалистичный документ, построенный на следующих основных принципах:

- децентрализация управления здравоохранения;
- муниципализация основной производственной базы;
- создание рынка медицинских услуг;
- введение многоукладности хозяйствования и многоканальности системы финансирования;
- введение страховой медицины;
- финансирование научных разработок на конкурсной основе.

Реализация принципиальных аспектов предлагаемой реформы позволит уже в ближайшие годы получить ощутимые результаты удовлетворения населения в решении проблем здравоохранения.

С уважением, заместитель министра,
народный депутат РСФСР, профессор

Б.А. Денисенко

48314	19.08.91
Администрация Президента РСФСР	
Время выдачи: 9:47:51	

046937 *

Ст. Вилькина Т.А.
г. Облокову А.В.

16.08.91

2

КОНЦЕПЦИЯ
РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР В УСЛОВИЯХ
ПЕРЕХОДА К РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ

Концепция подготовлена под руководством и при участии народного депутата РСФСР, заместителя министра МЗ РСФСР, доктора медицинских наук **Б. А. Денисенко** авторским коллективом в составе:

канд. мед. наук Н. Б. Мелянченко,

докт. мед. наук Г. Н. Царик,

Р. М. Зелькович.

При разработке отдельных разделов концепции использованы материалы следующих авторов:

Е. Н. Репина, Л. Е. Исаковой, В. А. Водорацкого, М. Д. Дворцина,
В. А. Виноградова, Ю. М. Комарова, Н. И. Андреева.

Данный материал является начальным вариантом концепции, лишь в наиболее общей форме характеризующим основные направления реформы. В ближайшее время авторами будут доработаны и детализированы все ее основные разделы, а также подготовлены необходимые приложения.

К О Н Ц Е П Ц И Я

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА

К РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ

1. Необходимость реформы здравоохранения и ее принципиальные аспекты	4
2. Основные направления реформы:	15
2.1. Организационная структура лечебной сети:	
- амбулаторно-поликлиническая помощь;	
- стационарная помощь;	
- скорая помощь;	
- медико-социальная и реабилитационная помощь;	
2.2. Управление здравоохранением.	20
2.3. Финансирование здравоохранения и развитие системы медицинского страхования.	22
2.4. Формирование специализированных коммерческих предприятий, обеспечивавших материально-техническое снабжение и хозяйственную деятельность учреждений здравоохранения.	26
2.5. Развитие многоукладности здравоохранения (разгосударствление, муниципализация и приватизация ЛПУ)	29
2.6. Система подготовки кадров, оценки их уровня квалификации.	38
2.7. Научно-исследовательская деятельность.	41
2.8. Информационное обеспечение системы здравоохранения.	45
2.9. Международное сотрудничество.	46
2.10. Развитие фармацевтической и медицинской промышленности.	49
2.11. Реорганизация ведомственного здравоохранения.	52

2.12. Развитие медицины катастроф на базе медицинской службы гражданской обороны.	55
3. Система охраны и укрепления здоровья населения в условиях рыночных отношений.	56
4. Создание нормативно-правовой базы здравоохранения-адаптированной к рыночным отношениям.	60
5. Аккредитация и лицензирование лечебно-профилактических учреждений.	61
6. Ожидаемые результаты реформы.	62
7. Приложения:	
- программа поэтапной реализации реформы.	
- положение об организации деятельности и системе финансирования здравоохранения;	
- положение о лечебно-профилактическом учреждении;	
- положение о свободной врачебной практике;	
- положение о лицензировании лечебно-оздоровительных учреждений;	
- положение о сертификации медицинских работников;	
- положение о порядке контроля качества медицинской помощи;	
- положение о порядке индексации норматива финансирования социального (гарантированного муниципалитетом) стандарта медицинской помощи;	
- положение о порядке дифференциации обязательных страховых платежей;	

4

08

I. НЕОБХОДИМОСТЬ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ ПРИНЦИПАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Наше здравоохранение само тяжело больно. Сегодня это понимают почти все. Перед рабочей группой специалистов была поставлена задача: разобраться в причинах кризиса здравоохранения и разработать долговременную стратегию и комплекс конкретных мер по выходу отрасли из кризиса.

Был изучен опыт развитых стран в области здравоохранения, разработки, ведущиеся в СССР. Концепция соответствует положениям антикризисной программы правительства РСФСР.

Здоровье населения определяется очень многими факторами, большинство из которых - например экология, питание, условия труда, быта и др., слабо зависят от здравоохранения. Следует учесть, что на территории РСФСР сосредоточены отрасли тяжелой промышленности, действующие на основе технологий, оказывающих мощное неблагоприятное воздействие на здоровье населения. Смена технологий требует колоссальных финансовых и материальных ресурсов и, с учетом реально существующей экономической ситуации, займет достаточно длительное время. Это означает, что многие факторы, неблагоприятно действующие на здоровье россиян, еще долго сохранятся. Поэтому республике необходимо современное, хорошо оснащенное и эффективно действующее здравоохранение. Задача группы состояла в разработке документов, которые, в случае их утверждения, должны создать необходимые экономические, правовые и организационные предпосылки для достижения этого, обеспечить интеграцию медицины в рыночную экономику, о создании многоканальной системы финансирования отрасли, тесно увязанной с реальными потребностями населения.

Требуются адекватные перемены в системе здравоохранения и методах управления на всех уровнях. Принципиальной особенностью такой системы должно быть ее построение на основе обеспечения баланса интересов сторон, участвующих в процессе организации, оказания и потребления медицинской помощи:

- государственной и муниципальной власти;
- органов управления здравоохранением;
- предприятий, использующих трудовые ресурсы, а значит и здоровье людей в процессе производства;

- медицинских страховых организаций;
- производителей медицинских услуг (лечебно-профилактических учреждений, медицинских кооперативов, частнопрактикующих врачей и т.д.);
- профессиональных медицинских ассоциаций;
- организаций, защищающих интересы населения (профсоюзы, общества защиты прав потребителей и т.д.) и самих пациентов.

При этом, осуществляя децентрализацию управления, проводя разгосударствление, высвобождая инициативу производителей медицинских услуг, осуществляя преобразование экономики отрасли, стимулируя приток финансовых ресурсов в отрасль необходимо:

- гарантировать получение населением равно доступного социально обусловленного объема медицинской помощи;
- обеспечить максимально возможное качество медицинской помощи;
- стимулировать внедрение новых современных медицинских технологий;
- обеспечить отрасль необходимым объемом финансовых и иных видов ресурсов.

Другими словами, необходимо обеспечить повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи населению в новой экономико-политической ситуации, что возможно только при сохранении целостности и управляемости системы здравоохранения, сохранении и развитии социальной ориентации системы оказания медицинской помощи.

Главная причина неблагополучия здравоохранения выходит за рамки чисто отраслевой проблематики. Поэтому силами одних лишь организаторов здравоохранения ее не обнаружить. Необходим профессиональный социологический и экономический анализ.

Централизованно управляемое и исключительно государственное здравоохранение многие до сих пор считают одним из важнейших социальных завоеваний. В своих рассуждениях такие люди повторяют логику отцов-основателей советского здравоохранения. Вспомним доводы первого наркома Н.А.Семашко (1954) в пользу централизации и огосударствления здравоохранения:

1. Создается орган, равноправный с другими наркоматами. Его создание ставит задачи оздоровления вровень с другими задачами социалистического строительства.

2. Вносится плановость, координированность медицины, преодолевается ее ведомственная разобщенность.

3. Осуществляется оперативное подкрепление той или иной государственной политики: индустриализации, коллективизации, освоения новых территорий и т.п.

4. Сглаживаются классовые и национальные различия в уровне оказания медицинской помощи путем финансирования ее не из кармана пациента, а из государственного бюджета.

5. Объединяются лечебное и профилактическое направление работ.

Становясь государственным служащим, врач заботится не о количестве пролеченных больных и своих доходах, а о предупреждении болезней. Он обязан подчиняться распоряжениям государственных органов, а не просто принимать их к сведению. Этим обеспечивается приоритет общественных интересов над частными.

Достаточно побывать в любой рядовой больнице, чтобы убедиться в нереализованности этих ожиданий. Замысел не выдержал проверки практикой. Поэтому один из принципов нашей концепции - разумная децентрализация. Централизация хороша при борьбе с эпидемиями, стихийными бедствиями, в условиях войны и других чрезвычайных обстоятельствах. В нормальных же условиях недостатки тотальной централизации подавляют, не дают реализоваться достоинствам умеренной централизации. Не принимать во внимание минусы централизации, требуя ее усиления для решения назревших проблем, значит не учиться даже на собственном опыте.

Концентрация прав на принятие решений по охране здоровья населения у правительства, да еще в рамках исключительно государственного бесплатного здравоохранения, имеет следующие отрицательные последствия:

1. Бесправие. Большие полномочия Центра, задуманные для координации усилий по оказанию медицинской помощи, для преодоления

региональных различий в уровне медицинской помощи и оплате работников здравоохранения, для контроля за врачами с целью пресечения злоупотреблений, обернулись малыми правами местных Советов, медицинских работников, населения, т.е. обернулись лишением миллионов людей активной роли в охране здоровья, ограничением творческой энергии миллионов в выработке здорового поведения. При пассивности самого населения никакие самые активные попытки правительства не приведут к успеху в борьбе с современной патологией, определяемой преимущественно образом жизни. Бесправие местных Советов не позволяет им самостоятельно решать проблемы здравоохранения своего региона: формировать бюджет исходя из поставленных задач или, наоборот, ставить лишь такие задачи, которые по силам и по средствам решить. Не имеющие достаточных прав медики не могут организовать оказание медицинской помощи пациентам на должном уровне. Кроме того, проблемы охраны здоровья настолько широки, что никакое, даже самое мудрое правительство не в состоянии заниматься решением их всех. Исходя из этого, считаем, что важным элементом реформы здравоохранения должно стать понижение степени обобществления ресурсов и центрации управляющих функций до уровня муниципальных органов власти.

2. Бесконтрольность. Большие полномочия государственных властей позволяют им легко уходить от общественного контроля, обеспечивать себя негласными льготами, искажать информацию, если она угрожает их привилегиям. И чем шире полномочия правительства, тем больше у него способов противостоять контролю снизу, тем меньше у населения возможности влиять на его решения. Правительство, наделенное широчайшими полномочиями, даже если оно первоначально было избрано самым демократичным образом, постепенно начинает смешивать интересы с народных на свои собственные, выдавая последние за народные, ставить свои интересы, интересы родных и близких выше интересов далеких незнакомых людей. Это совершенно естественно и понятно, хотя и не всеми осознается. Широчайшие полномочия союзной власти привели к тому, что уровень медицинского обслуживания партийно-правительственного руководства, их родных и близких несоизмеримо выше среднего уровня с очередями, теснотой, грязью.

При этом правительству с большими полномочиями нетрудно внушить народу, что оно неустанно о нем заботится и что дела идут

хорошо. Теперь уже все знают, что по мере ухудшения положения в нашем здравоохранении все большее число показателей запрещалось к публикации. Публиковались же данные, динамика которых имела нужную направленность, а не отражала уровень развития отрасли и здоровья народа. Иллюзия благополучия поддерживалась несвободной прессой. Попытки реальной оценки положения дел квалифицировались как очернительство. Критика допускалась в строго дозированном виде. В результате население имело ложное представление о состоянии здоровья и уровне развития нашего здравоохранения. Очень многие доверчиво полагали, что советское здравоохранение — лучшее в мире. Таким образом, одним из серьезных последствий бесконтрольности является обман.

Поэтому важным принципом реформы здравоохранения должна стать свобода информации о состоянии народного здоровья, а также экономических потерь, связанных с отрицательными воздействиями среды обитания человека.

3. Иждивенчество. Большие полномочия правительства способствуют развитию и распространению иждивенческих настроений. У отдельных граждан, трудовых коллективов, местных Советов, отвыкших самостоятельно платить за медицинскую помощь, и у медиков, отвыкших ее продавать, отмирают экономические стимулы к поддержанию здоровья, к поиску эффективных мер лечения и профилактики. Все жалуются и не устают требовать у правительства лекарств, оборудования, стройматериалов, дополнительных денег или признания медикаментов и медоборудования товарами народного потребления, а то и военного назначения, для более жесткого (государственного!) контроля за их производством. Чтобы выполнить эти просьбы, чтобы строго спросить с виновных, заставить упорствующих, потребовать от нерадивых, правительство должно требовать увеличить свои полномочия. Таким образом, иждивенчество (следствие) и большие полномочия Центра (причина) связаны между собой положительной обратной связью: следствие усиливает причину, усугубляя таким образом создавшееся положение.

Следовательно реформа здравоохранения невозможна без возвращения функций реального заказчика и потребителя медицинских услуг предприятиям, организациям, учреждениям, кооперативам, т.е. всем

тем, кто эксплуатирует здоровье людей в процессе производства. Расходы на поддержание здоровья работающих должны быть включены в издержки производства, что приведет к созданию естественной экономической мотивации к его сохранению. Для всех производителей здоровье должно иметь потребительскую стоимость.

4. Неэффективность. Большие полномочия Центра обернулись беспомощностью системы в целом при решении простейших вопросов обеспечения работы здравоохранения. Централизованное государственное здравоохранение, задуманное для освобождения врача от всех материальных забот, для направления его энергии исключительно на охрану здоровья людей, для обеспечения всем гражданам необходимой медицинской помощи, привело к противоположным результатам. Исключительно государственное управление, как показывает опыт, в гораздо меньшей степени обеспечивает плановость и координированность сложной системы, каковой является здравоохранение, чем рыночное саморегулирование. Сторонники жестко централизованного управления считают, что все беды от бесконтрольной самостоятельности, от начальственного надзора или недобросовестности исполнителей. Мы же считаем, что хронические промахи в управлении вызваны переоценкой централизованного начала, неоправданной верой в возможность централизованного учета всех имеющихся связей, зависимостей, ресурсов, технологий, потребностей и принятия на основе всеобъемлющей информации оптимальных решений. Поэтому следующий принцип реформы — это многоукладность экономики здравоохранения и многоканальность системы его финансирования. Только таким способом можно добиться гибкости реагирования отрасли на потребности общества и интеграции здравоохранения в рыночную экономику.

Миф о всемогуществе централизованного управления с применением ЭВМ, введением упрощающего контроля, учет и снабжение армейского единообразия, разработкой совершеннейших методов нормирования и чудодейственной системы показателей здоровья населения постоянно разбивается о необъятную сложность и непрерывную изменчивость болезней, методов их лечения, человеческих отношений, предпочтений и вкусов. Поскольку тотальный централизм как метод управления неадекватен управляемому объекту — здравоохранению, ему внутренне присуща неэффективность. В стремлении преодолеть ее увеличивается штаты

управляющих и проверяющих, предпринимаются попытки упростить управляемый объект. Тем самым на живой организм - на деятельность и отношения между людьми в здравоохранении - набрасывается сковывающая узда регламентаций: вводятся единообразные организационные структуры, показатели работы, оклады, нормы нагрузки и т.д. Однако чрезмерная унификация мешает восприятию нового, более эффективного. Свободных от Министерства и его приказов структур в централизованном государственном здравоохранении нет. Нет таких больниц, поликлиник, отдельных врачей, которые могли бы свободно маневрировать своими ресурсами, внедряя новшества, покупать все необходимое для своих пациентов, в том числе и за их деньги, не спрашивая ни у кого на то разрешения и не ожидая ничьих указаний. Поэтому еще один принцип реформы - это отказ от жесткой регламентации деятельности лечебных учреждений и реализация общественных приоритетов в области здравоохранения через систему социальных и экономических стимулов. Необходимо ограничивать влияние государственных структур на процесс рыночной саморегуляции спроса и предложения путем отхода от распорядительных функций и ориентации на контролирующие. Это позволит стимулировать активное развитие горизонтальных экономических связей. Горизонтальные добровольные отношения должны быть доминирующими в обществе. Целесообразность их запрещения или регулирования необходимо убедительно доказывать. Не добровольным связям, а государственному вмешательству следует доказывать свое право на существование. В то же время крайне важным является сохранение разумного государственного вмешательства в охрану здоровья.

Государственное вмешательство в охрану здоровья

В нашей концепции стержнем общественной жизни должны стать отношения свободных граждан, построенные на взаимном согласии, уважении к правам друг друга, на договоре, на торговле, на взаимопомощи. Однако, невежество, тщеславие, эгоизм, безнравственность, преступные наклонности, недоверие приводят к необходимости иметь орудие для противодействия людским несовершенствам - к необходимости государства. Как и всякое орудие, государство может служить как созидательным, так и разрушительным силам, быть лекарством

или ядом. Для того, чтобы оно действовало во благо, необходимо уметь с ним обращаться, знать и видеть границу, при переходе за которую от государственного вмешательства больше вреда, чем пользы. При неумелом обращении государство может вырваться из-под контроля своих создателей и стать орудием зла, а не добра.

Функции государства в области охраны здоровья, которые не следует сворачивать ни при какой приватизации, можно разбить на четыре класса:

- надзирательно-карательные: они направлены против тех, кто нарушает права людей. Это санитарный надзор, санкции за нарушение регламента безопасности, борьба с преступным отношением к чужому здоровью, недопущение некомпетентного вмешательства в лечебно-оздоровительный процесс, противодействие монопольному (мафиозному) сговору;

- организаторские: они заключаются в проведении работ, представляющих общий интерес. Это наука, противоэпидемическая борьба, санитарное благоустройство мест общественного пользования;

- благотворительные: они направлены на помощь людям, которые не в силах заплатить за медицинские услуги или страховой полис;

- патерналистские: они нацелены на изменение поведения людей с помощью запретов, ценовой политики и пропаганды в сторону, полезную для здоровья.

Перечисленные функции государства в охране здоровья являются не только необходимыми, но и достаточными для эффективного управления. Превышение этих функций столь же разрушительно, сколь и их неисполнение. Преодолеть огромную концентрацию власти в Центре можно при передаче всех полномочий Центра, кроме тех, необходимость которых убедительно доказана, гражданам и местным Советам. Всякое сомнение относительно принадлежности полномочий должно решаться в пользу граждан, а между Советами - в пользу Советов, более приближенных к населению, т.е. в пользу "нижестоящих" Советов.

Любая реформа здравоохранения, в которой не предусмотрена широчайшая легализация добровольных отношений, в т.ч. рыночных, и в которую не заложено максимально возможное ограничение государственного вмешательства в охрану здоровья, такая реформа обречена на неуспех.

Противоречивым является и желание иметь бесплатное, общедоступное и высококвалифицированное медицинское обслуживание при более чем скромных финансовых возможностях государства. Если бесплатное и общедоступное, то никак не высококачественное, ибо малые средства, размазанные на всех, не обеспечат высокого качества. Если бесплатное и высококачественное, то никак не общедоступное, ибо на малую сумму обслуживать можно лишь часть желающих. Если общедоступное и высококачественное, то никак не бесплатное, поскольку необходимо дополнительное привлечение средств помимо государственных.

В обыденном сознании существует довольно стойкое мнение, будто бы дешевизна и бесплатность увеличивают доступность медицинской помощи. В действительности это не так. Понижение цены, как правило, повышает спрос на услуги. Без соответствующего увеличения предложения (а оно без адекватного покрытия убытков производителям скорее уменьшится) данное благо может исчезнуть из обращения, по меньшей мере перекоцует в разряд стойкого дефицита. Таким образом дешевое и бесплатное, может стать менее доступным, чем дорогое. Однако наивное, простительное лишь для неискушенных людей представление о большей доступности бесплатной медицины - краеугольный камень концепции советского здравоохранения.

Поэтому важный принцип реформы - обязательное участие граждан в покрытии части расходов на поддержание своего здоровья.

Такое участие стимулирует здоровый образ жизни, делает здоровье важным элементом конкуренции на рынке труда. В то же время отход от принципа бесплатности здравоохранения не должен влиять на возможность получения каждым гражданином Российской республики жизненно-важных видов медицинской помощи независимо от социального положения. Система финансирования социально-значимого объема помощи должна строиться на принципе общественной солидарности - богатый платит за бедного, здоровый за больного.

Повышение доступности и качества медицинской помощи невозможно без отхода от нормативно-распределительного метода финансирования и снабжения лечебных учреждений. Необходимо усилить экономическую мотивацию медицинского персонала к наращиванию объема услуг

и их качества. Для достижения этого важно принципиально изменить подходы к оценке объема медицинской деятельности, оплачивая работу ЛПУ по конечному результату. Необходимо прекратить выделять деньги на содержание ковок и штатов, поставив финансирование в прямую зависимость от объема качества и стоимости произведенных медицинских услуг в соответствии со сложившимися потребностями населения.

Свободный выбор врача и лечебного учреждения по желанию пациента и система формирования доходов ЛПУ от количества оказанных населению услуг по контролируемым государством ценам позволят создать здоровую конкурентную среду, обеспечит развитие отрасли на основе рационального сочетания государственного контроля и рыночной саморегуляции, таким образом активное влияние населения на формирование медицинской сети и приоритетное развитие наиболее полезнее ее звеньев будет осуществляться путем реализации принципа - деньги идут за пациентом.

Эффективное функционирование отрасли невозможно без активного участия науки в разработке и внедрении в практику новых медицинских технологий. Создание рыночных механизмов в сфере производства и потребления медицинских услуг позволит объективизировать экономическую ценность научных разработок, интеллектуальный продукт обретет реальную потребительскую стоимость. Необходимо распространить этот принцип и на процесс реализации региональных и общереспубликанских научных программ, путем распределения заказов на научные исследования на конкурсной основе.

Итак, основные принципы предлагаемой концепции реформы здравоохранения России это:

- децентрализация управления;
- муниципализация основной производственной базы;
- свобода информации о состоянии народного здоровья и экономических потерь от отрицательных воздействий на среду обитания человека;
- включение расходов на сохранение здоровья трудящихся в себестоимость продукции предприятий;
- создание рынка медицинских услуг;

- введение многоукладности хозяйствования и многоканальности системы финансирования;

- отказ от жесткой регламентации деятельности лечебно-профилактических учреждений и реализация общественных приоритетов в области здравоохранения преимущественно через систему социальных и экономических стимулов;

- замена распорядительно-распределительного метода государственного регулирования в здравоохранении функцией контроля деятельности в соответствии с законом;

- частичное финансирование здравоохранения из личного дохода граждан;

- финансирование лечебной деятельности по конечному результату в соответствии с объемом и качеством произведенных услуг, через страховые общества;

- распределение бремени расходов на содержание социальной службы здравоохранения на основе принципа общественной солидарности;

- финансирование научных разработок на конкурсной основе.

2. Основные направления реформы

Реформа здравоохранения предусматривает:

- формирование адекватной организационной структуры лечебной сети (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, медико-социальная и реабилитационная помощь);

- создание иерархии функций органов управления здравоохранением применительно к рыночным отношениям;

- разработку системы многоканального финансирования здравоохранения и развитие системы медицинского страхования;

- формирование специализированных коммерческих предприятий, обеспечивающих материально-техническое снабжение и хозяйственную деятельность учреждений здравоохранения;

- становление и развитие многоукладности здравоохранения (разгосударствление, муниципализация и приватизация ЛПУ);

- реорганизацию системы подготовки и усовершенствования медицинских кадров на основе непрерывного обучения и оценки уровня квалификации специалистов;

- реорганизацию научно-исследовательской деятельности;

- создание эффективного информационного обеспечения системы здравоохранения;

- дальнейшее развитие международного сотрудничества;

- развитие фармацевтической и медицинской промышленности;

- реорганизацию ведомственного здравоохранения;

- развитие медицины катастроф на базе медицинской службы гражданской обороны.

2.1. Организационная структура лечебной сети

Амбулаторно-поликлиническая
помощь

Наибольшие изменения предполагаются в системе первичной медико-санитарной помощи, которая является основой системы здравоохранения во всем мире.

В большинстве развитых стран при возникновении проблем со здоровьем население круглосуточно обращается в первичное звено медицинской помощи, представленное семейным врачом или врачом общей (свободной) практики, на уровне которых пациент решает 80-90% своих медицинских проблем без использования специали-

рованных, сложных и дорогостоящих диагностических и лечебных технологий. Специалист общей практики и, особенно, семейный врач — наиболее уважаемая фигура в большинстве стран мира, весьма высоко оплачиваемая.

На уровне же нашего участкового врача больно удовлетворяет в лучшем случае лишь половину своих медицинских потребностей, да и то после посещения ряда диагностических кабинетов, так как сам участковый врач никаких диагностических, даже самых простейших исследований делать не может. Впрочем, у него для этого и нет никакого оснащения. Остальные 50-60% медицинских проблем решают у нас, так называемые "узкие специалисты", каждый из которых идет у больного "свое" заболевание. Таким образом, наш участковый врач зачастую выполняет лишь функции диспетчера. Как правило, он не может оказывать обычные для врача общей практики виды помощи по амбулаторной хирургии, подбору очков, воспалениям наружного уха, миндалин, при легких травмах и т.п. Каждый визит больного к такому врачу тянет за собой шлейф посещений в диагностические и консультативные кабинеты.

Предельно ограничив функции и объем работы первичного звена, мы безмерно раздули сферу деятельности (и, соответственно, число) узких специалистов, заставив пациентов убивать время в очередях поликлиник или вызывать скорую помощь. Ставка на большие поликлиники резко увеличила радиус обслуживания, заставляя больных людей преодолевать большие расстояния.

Государствление системы первичной помощи превратило врачей в наемных работников, а узкая сфера деятельности и ограниченные профессиональные возможности отвратили лучших специалистов. Низкое качество внебольничной помощи приводит к неоправданному росту госпитализации и удорожанию всей системы медицинской помощи.

Организация и финансирование первичной медицинской помощи должны строиться снизу вверх, как это и делается в большинстве цивилизованных стран мира. Речь идет о введении механизма врачебной практики, как самостоятельного и независимого субъекта хозяйственной деятельности.

Врач общей практики или семейный врач получит право под собственную ответственность использовать все финансовые средства, образующиеся в рамках так называемого "оборота практики", т.е.

самостоятельно решать вопрос о найме своих помощников-стажеров, среднего и младшего персонала, арендовать или покупать помещения и оборудование, объединяться с другими специалистами для групповой практики, если это повлечет за собой повышение качества медицинской помощи. Врачи первичной практики будут нанимать себе и административно-хозяйственный персонал не для того, чтобы ему подчиняться, а для решения вопросов сервисного обслуживания своей работы.

Основной объем финансирования первичного звена здравоохранения будет определяться количеством прикрепившегося населения качеством оказания медицинской помощи и состоянием здоровья обслуживаемого населения.

Сегодня врачей, готовых работать на уровне первичного звена в качестве врача общей практики или семейного врача, сравнительно немного — ведь это должны быть врачи очень высокой квалификации имеющие глубокие знания не только в области терапии, но и по другим специальностям, и многое умеющие делать.

Первичное звено медицинской помощи должно быть максимально приближено к населению, чтобы врач общей практики мог оказывать не только плановую, но и неотложную помощь круглосуточно, его квартира должна располагаться также в центре микрорайона, желательно в комплексе с местом работы.

Врач первичной медицинской помощи должен иметь лицензию на право заниматься этим видом медицинской помощи, свою деятельность осуществлять по срочному договору с муниципалитетом.

Эти врачи должны быть независимы, органы управления и профессиональные ассоциации обязаны лишь контролировать качество помощи. Независимость наилучшим способом будет обеспечена, если приемные врачей и амбулатории перейдут в собственность врачей или групп медицинских работников. Работой по контракту с муниципалитетом эти независимые врачи надежно интегрируются в систему общественного здравоохранения, обеспечивая население бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, высокий уровень независимости, возможность, доказав право на контракт, иметь собственность и приемлемый уровень жизни привлекут в эту сферу квалифицированных специалистов.

На переходном периоде функции первичного звена должны нести амбулаторно-поликлинические учреждения, одновременно следует стимулировать развитие независимой врачебной практики узких специалистов с включением их в систему контрактных отношений.

Таким образом, развитие системы внебольничной помощи нацеливается на улучшение обслуживания конкретного человека, на появление у пациентов возможности выбора вариантов получения медицинской помощи в условиях высвобождения инициативы самих медицинских работников.

Безусловно, полное завершение этих преобразований потребует немало времени, но именно здесь без больших затрат можно получить ощутимый эффект, который почувствует население. Поэтому реформу первичной помощи следует проводить энергично. Предполагается, что уже в 1992 г. около 5% первичной медицинской помощи могли бы оказывать врачи общей практики.

Наряду с формированием сети общих (свободных) врачебных практик, с целью повышения качества и расширения спектра амбулаторно-поликлинической помощи, на базе имеющихся учреждений амбулаторно-поликлинического профиля планируется создание многопрофильных поликлиник с широким использованием консультативно-диагностических центров для оказания высоко-квалифицированной специализированной амбулаторно-поликлинической помощи.

Амбулаторная помощь, носящая наиболее массовый характер, потребляет относительно небольшую долю ресурсов здравоохранения. Большая часть финансовых средств идет на оказание стационарной помощи. Именно здесь необходимы современные медицинские технологии, дорогостоящее оборудование. И именно здесь таятся большие неиспользованные резервы.

Стационарная помощь

В рамках предстоящей реформы здравоохранения предусматривается пересмотр подходов к использованию имеющегося коечного фонда. Коек у нас больше, чем в любой другой стране, но используются они крайне нерационально-средние сроки пребывания на койке из-за малоинтенсивного лечения у нас самые длительные. Нигде в мире, например, на дорогостоящей хирургической койке не проводится обследование больных и восстановительное лечение.

Предлагается постепенный переход на трехуровневую систему оказания стационарной помощи (стационары интенсивного лечения, больницы сестринского ухода, стационары для планового лечения хронических больных) с последующим пересмотром нормативов табельного оснащения стационаров и больниц, их штатной структуры, управления и финансирования, что обеспечит рациональное использование высококвалифицированных медицинских кадров, конечно-го фонда и дорогостоящего оборудования.

Скорая и неотложная медицинская помощь

Работа скорой медицинской помощи зачастую вызывает обоснованное недовольство населения и не всегда соответствует реальным потребностям, что обусловлено относительно низкой эффективностью использования медицинских кадров, транспортных средств и оборудования. Около 30% вызовов можно отнести к разряду перестраховочных.

В рамках решения наболевших проблем, предлагается организовать оказание неотложной медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинических структур (общая врачебная практика, травмпункта и др. специализированные подразделения). Оказание скорой медицинской помощи, учитывая зарубежный опыт целесообразно осуществлять с широким использованием среднего медицинского персонала, paramedical служб и, при необходимости, специализированных бригад, укомплектованных высококвалифицированными специалистами.

Медико-социальная и реабилитационная помощь

Организация медико-социальной и реабилитационной помощи, предполагает объединение усилий Министерства здравоохранения и Министерства социального обеспечения.

С целью повышения эффективности использования кадрового потенциала и материально-технических ресурсов, направленных на решение проблем, возникающих при организации рассматриваемых видов помощи необходимо осуществить переориентацию деятельности отдельных видов медицинских учреждений и учреждений социального обеспечения, а практически заново сформировать сеть и структуру органов и учреждений службы.

Основой формирования службы медико-социальной и реабилитационной помощи является создание сети специализированных стационаров (отделений) сестринского ухода (геронтологические больницы, хосписы, стационары на дому и др.) и учреждений реабилитационного профиля, решение вопросов подготовки медицинских кадров, материально-технического обеспечения, разработка стандартов оказания медико-социальной, реабилитационной, правовой и др. видов помощи.

2.2. Управление здравоохранением

Серьезные изменения должны произойти в деятельности органов управления здравоохранением.

Программные документы по организации медицинской помощи населению, финансирование целевых программ должны утверждать соответствующие органы управления государственной власти.

Органы управления здравоохранением несут ответственность за организацию медицинской помощи на соответствующей территории. Согласно принятым решениям осуществляют:

на республиканском уровне

- прогнозирование, классирование и управление (координация) всех видов деятельности, связанных с охраной здоровья, профилактикой и лечением. Сюда включается разработка перспективных прогнозов связанных с изменениями тенденции качества жизни. В соответствии с этими прогнозами - разработка перспективных направлений развития системы здравоохранения и определение приоритетов, исследование основных факторов, определяющих качество жизни, разработка общенациональных программ, обеспечивающих рост качества жизни, определение ресурсов для этих программ и контроль за использованием этих ресурсов, научная политика, создание системы непрерывной подготовки кадров, определение общенациональных стандартов обучения, определение стоимости обучения, создание общереспубликанского информационного центра (банка данных) для оперативного слежения за состоянием здоровья и структурой заболеваемости населения республики, финансовая политика, направленная на преодоление тотального огосударствления и ведомственного самовластия, развития альтернативных структур, инновационная политика.

на областном уровне

- разработку общей программы по охране здоровья и целевых общеобластных программ, определение размеров дотаций территориям с плохой финансовой базой, определение программ обязательного медицинского страхования, разработку и утверждение медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, общее руководство системами контроля качества медицинской помощи, аккредитации медицинских учреждений и сертификации медицинских работников, организуют подготовку кадров, финансирование научных программ, областных учреждений, обслуживающих социально-значимые контингенты населения, установление условий деятельности областных учреждений, решение вопросов развития материально-технической базы этих учреждений и развития сети таких учреждений;

на уровне города, сельского района

- разработку и реализацию целевых программ по охране здоровья на уровне территорий, координацию деятельности учреждений здравоохранения независимо от форм собственности с применением экономических методов, определение условий деятельности учреждений здравоохранения с собственностью, преимущественно или целиком принадлежащей соответствующему муниципалитету, решение вопросов развития материально-технической базы таких учреждений и развитие сети таких учреждений, установление страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию.

Территориальные органы управления здравоохранением совместно с профессиональными медицинскими ассоциациями устанавливают обязательные требования к качеству медицинской помощи для всех учреждений, организаций и других юридических и физических лиц, оказывающих медицинскую помощь населению.

Под руководством соответствующих областных аккредитационных комиссий, которые формируют органы управления здравоохранением совместно с профессиональными медицинскими ассоциациями, проводится аккредитация медицинских учреждений. По ее результатам муниципалитеты выдают лицензии, определяющие виды и уровень медицинской помощи, которые имеет право оказывать данное учреждение.

Территориальные органы управления здравоохранением осуществляют финансирование целевых программ, капитального строительства, приобретения дорогостоящего оборудования, оплату по контрактам деятельности врачей общей практики, ряда специализированных медицинских учреждений, целевое дотирование страховых фондов, используя финансовые фонды организации медицинской помощи, принадлежащие муниципалитету.

2.3. Финансирование здравоохранения и развитие системы медицинского страхования

Нынешний объем финансирования здравоохранения совершенно недостаточен.

Так, например, в 1989 г., когда ассигнования возросли по сравнению с предыдущим периодом, тем не менее на нужды здравоохранения было выделено всего лишь 2,3% валового национального продукта (ВВП), тогда как по данным Всемирной организации здравоохранения минимально допустимый уровень ассигнований для развивающихся стран - не менее 7%. В развитых странах на нужды медицины выделяется значительно больше средств - в странах ЕС - от 9 до 12 процентов, в США - около 14% ВВП. Дешевое здравоохранение обходится нам очень дорого. Это и убогие медицинские учреждения, плохие условия лечения, отсутствие современных лекарств и оборудования, низкая зарплата медиков и, зачастую, - соответствующая отдача. За экономию на медицине приходится расплачиваться здоровьем, а то и жизнью людей. Из-за убожества нашей медицины у нас умирают люди, которые в развитых странах могли бы жить и даже работать.

В то же время необходимо отметить, что хотя медицина и содержится на деньги налогоплательщиков - то есть каждого из нас - получаемые отраслью средства никак не зависят от состояния здоровья населения, медики не несут ответственности перед потребителями за их рациональное расходование, за полученные результаты. По мнению западных экспертов, вложение дополнительных ресурсов в такую систему без обратной связи с потребителями отнюдь не гарантирует роста ее эффективности.

Поэтому предусматривается наряду с расширением источников финансирования здравоохранения придать им целевой и возвратный (медицинскими услугами) характер. Нормативы финансирования должны обеспечивать расширенное воспроизводство медицинских услуг.

Однако непосредственная оплата медицинской помощи пациентами показала свою неэффективность. Во первых платить врачам приходится тогда, когда человек болен и у него нет дохода. Во вторых, как правило пациент сам не может оценить качество предоставленных медицинских услуг, выбрать лучших врачей - не хватает специальных знаний, в третьих - необходимо обеспечить определенный уровень гарантированной медицинской помощи любому человеку, независимо от его дохода. Поэтому в большинстве развитых стран средства на здравоохранение привлекаются через систему медицинского страхования населения, включающую социальное (обязательное) медицинское страхование и добровольное медицинское страхование.

Социальное медицинское страхование предусматривает оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи неработающему населению и работникам некоммерческих организаций за счет муниципальной власти (местных Советов), работающему - за счет средств предприятий. Социальное медицинское страхование является гарантией для каждого человека в условиях рыночной экономики получения необходимой медицинской помощи независимо от их личного дохода. Финансирование обязательного медицинского страхования предусмотрено Законами СССР и РСФСР о предприятии и налоговом законодательством. Включение социального медицинского страхования предусмотрено Законами СССР и РСФСР о предприятии и налоговом законодательством. Включение социального медицинского страхования работающих в издержки производства незначительно (на 1-2%) увеличивает себестоимость продукции, но серьезно расширяет и укрепляет финансовую базу здравоохранения.

Предусматривается, что социальное медицинское страхование будет поэтапно вводиться в республике по мере выхода соответствующих республиканских нормативных актов, уточняющих порядок его осуществления и финансирования.

Добровольное медицинское страхование удовлетворяет групповые или личные потребности граждан в медицинской помощи сверх

предусмотренной социальным медицинским страхованием. Источниками финансирования являются средства из прибыли предприятий, личные доходы граждан.

Суть медицинского страхования заключается в том, что для обеспечения гарантии эффективного использования финансовых средств, направляемых на медицинскую помощь, эти средства страхователи (муниципалитеты, предприятия, граждане) передают по договору посреднику — специализированной медицинской страховой организации, больничной кассе (страховщику). В договоре оговаривается объем медицинской помощи, который должен быть предоставлен застрахованным пациентам (программа медицинского страхования), требования к качеству этой помощи, а также экономические санкции, которые предъявлены страховой организации при невыполнении условий договора.

Медицинские страховые организации, выполняя роль посредника, осуществляют накопление финансовых средств, оплачивают медицинскую помощь, оказанную застрахованным пациентам и отвечают рублем за выполнение своих договорных обязательств. Благополучие таких фирм прямо зависит от числа клиентов, от их удовлетворенности медицинской помощью, полученной по страховке, от рационального использования страховых средств. Поэтому страховщики осуществляют реальный контроль за использованием медицинскими учреждениями страховых средств, качеством медицинской помощи и учитывают это при оплате услуг медиков. Последнее особенно важно, ибо медицина — это такая сфера, где потребитель сам, как правило, не может оценить качество предоставленных ему услуг из-за отсутствия специальных знаний. Поэтому деятельность страховых компаний способствует защите прав пациентов.

Чтобы предотвратить экономический ущерб, страховые организации будут заключать договора только с теми медицинскими учреждениями, медицинскими работниками, которые способны оказывать качественные медицинские услуги в необходимом объеме, а также создадут эффективную систему контроля качества медицинской помощи, наказывая рублем производителей некачественных медицинских услуг.

Городские (районные Советы народных депутатов) вправе увеличить на своей территории гарантированный объем медицинской помощи, определяемый базовой программой обязательного медицинского

страхования, при наличии соответствующих финансовых ресурсов. Тарифы на медицинские услуги по обязательному страхованию устанавливаются совместно страховой организацией, облисполкомом, ассоциацией врачей, и, поскольку известны объемы медицинской помощи, легко определяется тот объем финансирования, который реально гарантирует каждому жителю получение необходимого объема помощи.

Медицинская помощь гражданам в рамках обязательного страхования будет оказываться на основе договоров страховой организации с конкретными предприятиями, муниципалитетом. Поэтому будут обеспечены реальные, подкрепленные экономическими санкциями, гарантии получения помощи, предусмотрено право выбора пациентами медицинских учреждений и все это сможет проконтролировать муниципалитет или предприятие.

Внедрение медицинского страхования позволит обеспечить реальные единые социальные гарантии в области медицинской помощи населению, обеспечит приток дополнительных финансовых ресурсов, повысит гарантии качества медицинской помощи и, в условиях экономического кризиса, обеспечит защиту трудящихся от черного рынка медицинских услуг, поставив этот рынок в цивилизованные регулируемые рамки.

2.4. ФОРМИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ
КОММЕРЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МАТЕРИАЛЬНО-
ТЕХНИЧЕСКОЕ СНАБЖЕНИЕ И ХОЗЯЙСТВЕННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проблема адаптации системы здравоохранения к рынку одна из наиболее сложных в предстоящей реформе. Перевод характера взаимодействия отрасли с обществом и государством в плоскость экономических отношений нарушает традиционный нормативно-распределительный способ материально-технического снабжения лечебно-профилактических учреждений.

С развитием рыночных структур все большая часть товаров медицинского назначения будет реализовываться на коммерческой основе. Процесс формирования рынка медуслуг невозможен без одновременного развития рынка средств их производства.

Сохранение в этих условиях монополии фондового снабжения ЛПУ нарушит принцип свободной конкуренции, т.к. доступность к распределителю и фондам ^{фактически} может стать одним из основных ценообразующих факторов на рынке услуг и определит экономическую эффективность их работы. Нет более благоприятной питательной среды для злоупотреблений.

Поэтому при переводе деятельности ЛПУ на цельную систему работы (оплата за услуги, а не по штатам и койкам) и создании таким образом стимула к формированию рынка медуслуг необходимо обязательно предусмотреть возможности развития коммерческих посреднических структур, которые бы обеспечили участие государственного сектора на рынке средств производства и одновременно освободили бы ЛПУ от несвойственных для них функций, связанных с поиском товаров, оценкой их потребительских свойств, доставки, а также маркетинга собственной продукции.

Второй круг проблем связан с коммерциализацией строительных и ремонтных организаций при исполкомах, отток кадров и ресурсов в кооперативы, а также отсутствие аналогичных собственных служб в системе здравоохранения. Более того, развитие страхового дела в республике приведет к необходимости создания элитной лечебной сети, условия сервиса и комфортности обслуживания в которой существенно бы отличались от среднего стандарта, который государство в состоянии гарантировать каждому своему гражданину

на имеющиеся средства от налогов. Как было указано выше, в условиях расслоения общества, свойственного рынку, возникающие дополнительные потребности в медицинском сервисе богатой части общества государству выгоднее удовлетворить через систему добровольного страхования, чем путем развития платной медицины и тем более, теневого бизнеса на основе государственной бесплатной лечебной базы.

Таким образом внедрение новых методов хозяйствования в сфере здравоохранения требует воздания коммерческих торговых, посреднических, ремонтно-строительных, консультативных, инновационных (внедренческих) организаций, действующих в сфере медицинской помощи.

Активная роль государства на этапе становления этих служб необходима потому, что саморазвитие на основе естественных экономических стимулов будет носить запаздывающий характер, т.к. период от возникновения потребности в этих функциях до осознания выгоды работы в этой сфере потенциальных свободных инвесторов и тем более становления на ноги самих служб может растянуться на годы.

Еще одной заинтересованной стороной в опережающем развитии коммерческих служб являются территориальные органы управления здравоохранением. Лишаясь распределительных функций, но продолжая отвечать в целом за эффективность функционирования лечебно-оздоровительной сети, они смогут сравнительно безболезненно переключиться на принцип управления через систему стимулов, льгот и дотаций (помимо карающих и контролирующих функций) только если смогут опереться на указанные коммерческие структуры. Иначе вертикальная структура управления ^{непереходный} в ~~длительный~~ периоде будет разорвана.

Опыт развития специализированных коммерческих предприятий - "Медсервис" в Кемеровской области, акционерное объединение медицинских технологий в г. Ленинграде и других показал, что для быстрого их формирования необходима хорошая координация и осознание потребностей такой работы со стороны органов управления, страховых организаций, лечебных учреждений и деловых кругов. Если объединить усилия и интересы всех этих заинтересованных сторон, становится возможным использовать в качестве источников для учредительного капитала бюджетные ресурсы службы здравоохранения, средства страховых компаний, ресурсы заинтересованных работать в этой сфере предприятий, кооперативов, научных, внедренческих, торговых учреждений, банков, частных лиц.

15

11

Наличие собственной производственной базы, действующей на хозрасчетной основе, позволит не только более оперативно удовлетворять потребности лечебно-профилактических учреждений в наиболее сложный период их интеграции в рыночные отношения, но и за счет работы на сторонних потребителей даст дополнительных источников доходов в сферу здравоохранения. При наличии контрольного пакета акций (основного учредительного фонда) у владельцев, прямо представляющих интересы медицинских служб (органы управления, организации медицинского страхования, лечебные учреждения) к тому же появится возможность координировать направления развития указанных служб, реинвестировать большую часть доходов опять же в здравоохранение. (Пример учредительных документов смотри в приложении).

5. РАЗВИТИЕ МНОГОУКЛАДНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гипертрофия государственного сектора, недоразвитость муниципального и отсутствие частного вызывает необходимость восстановления равновесия между ними. Эффективность функционирования и развития системы здравоохранения, гибкость и оперативность решения разнообразных потребностей людей и предприятий, адаптация к меняющимся запросам невозможны без рационального сочетания всех форм собственности.

В то же время здравоохранение имеет большие специфические особенности, без учета которых неразумная приватизация может привести к непоправимым последствиям. То же касается и вопроса разграничения степени государственного, муниципального и коллективного вмешательства в вопросы управления предприятиями Государственного сектора.

Здесь нельзя отдавать приоритеты, как это было в прошлом. Все виды деятельности и формы собственности одинаково важны, их нельзя рассматривать, как вышестоящие и нижестоящие. Они просто предназначены для решения разных задач и каждый вид деятельности необходимо развивать на основе экономической и общественной целесообразности. Важно учитывать, что в многоукладной экономической среде, где одновременно присутствуют и существуют разные степени свободы производителей и разные формы ответственности перед органами государственного управления, должны быть реализованы обязательства государственной и муниципальной власти перед своими гражданами в рамках объемов бесплатной помощи, сохранены гарантии качества и полезности любой медицинской услуги, независимо от статуса производителей и формы оплаты, сохранены условия эффективного использования коллективных средств, обеспечены гарантии перспективного развития отрасли, в соответствии с индивидуальными потребностями каждого человека, различных социальных групп, но не за счет ограничения общественных приоритетов.

Муниципализация:

Как уже указывалось выше, основные функции охраны и восстановления здоровья людей должны выполнять учреждения муниципального уровня. Развитие муниципального здравоохранения необходимо с одной стороны потому, что вышестоящие уровни управления (областные, республиканские) в условиях свободных рыночных отношений лишаются распорядительно-распределительных методов воздействия (основа управления в настоящее время), так как у исполнительной власти изымаются законодательные функции и коммерческий тип реализации медресурсов лишает их возможности распределения фондов. С другой стороны, коммерциализация конкретных производителей медуслуг на основе различных форм собственности, свобода от жесткого ведомственного диктата и стремление развивать наиболее доходные виды деятельности, требует координации работы всей лечебной сети, направленной на сохранение общественных интересов. Опыт цивилизованных демократических государств показывает, что все эти вопросы, наиболее успешно могут быть решены на муниципальном уровне. Муниципальное регулирование - это тот оптимальный вариант общественного самоуправления, когда хорошо просматриваются и учитываются индивидуальные интересы конкретных людей и социальных групп, проживающих в данной местности, но одновременно сохраняются все возможности централизованного регулирования наиболее важных направлений деятельности на основе организации коллективных действий. Другими словами, имеется достаточный уровень обобществления властных функций при высокой степени индивидуализации управления.

Исходя из этого, можно сформулировать главный принцип муниципального здравоохранения - лечебные учреждения, обслуживающие жителей конкретной административной территории должны функционировать на основе собственности со степенью обобществления не выше муниципальной и под-

чиняться местным органам самоуправления.

В последнее время наблюдаются попытки муниципализации ЛПУ, обслуживающих потоки больных из разных территорий.

Например ставятся вопросы о передаче областных больниц в юрисдикцию горсоветов. В этом случае, городские власти, приняв учреждение на свой бюджет стремятся вводить квотирование на прием больных из других территорий или требует дополнительную плату за их обслуживание. При этом не учитывается, что создание лечебной базы областных учреждений осуществлялось на налоговые поступления всех жителей, предприятий области, а не только проживающих в областном центре. Исходя из этого, лечебные учреждения, обслуживающие жителей нескольких территорий, должны подчиняться органам регионального самоуправления и иметь статус свободного производителя в экономическом пространстве, ограниченном всей зоной обслуживания.

Аренда:

Одной из наиболее действенных форм разгосударствления является перевод лечебных учреждений на аренду. Аренда позволяет сохранить за арендодателем все права собственника, а следовательно и направленность деятельности учреждения, что немаловажно в условиях монополизма большинства ЛПУ в районах обслуживания.

В тоже время аренда дает широкий спектр дополнительных прав и свобод коллективу в вопросах внутреннего самоуправления, хозяйственной и финансовой самостоятельности, освобождает от ведомственного диктата. Нельзя тем не менее сбрасывать со счетов, что права собственности дают значительно более сильные стимулы к высокоэффективному труду и развитию производственной базы, чем свобода, ограниченная в пространстве и во времени договором аренды.

Нет сомнения в том, что аренда получит распространение в деятельности тех ЛПУ, функции которых в большой степени определяют обязательства государства и местной муниципальной власти по гарантированной помощи населению. Поэтому в здравоохранении условия аренды должны зависеть от доли госзаказа в объеме деятельности учреждения. Целесообразным представляется следующая градация арендной платы.

1. Бесплатное пользование - для ЛПУ, вынужденных полностью работать в рамках госзаказа (100% квота на рынке мед-услуг в районе обслуживания);
2. Арендная плата ниже амортизационных расходов - для ЛПУ, имеющих ограниченные возможности в свободной коммерческой деятельности. Размеры внебюджетного дохода не позволяют ^{таким ЛПУ} поддерживать высокую рентабельность ^{в случае} полной компенсации амортизационных расходов, да это и нецелесообразно требовать, так как основная часть амортизационного износа связана с работой в рамках госзаказа;
3. Арендная плата на уровне амортизационных расходов - для ЛПУ, содержание которых полностью окупается за счет коммерческой деятельности. Их можно вывести из бюджетного финансирования, сохранив часть обязательств в рамках госзаказа, так как собственник передает в пользование основные фонды, ^в создании которых арендатор не принимал участие; ,
4. Арендная плата на уровне амортизационных расходов с учетом упущенной выгоды - для наиболее рентабельных медучреждений;
5. Лизинг - для ЛПУ, временно не обеспеченных госзаказом, но по каким-то причинам не подлежащим приватизации.

Приватизация

Приватизация лечебно-профилактических учреждений, как было указано выше, имеет специфику, связанную с необходимостью обеспечить социальные гарантии государства.

В принципе, если государство способно постоянно поддерживать благоприятную экономическую среду, при которой производителям мед-услуг выгодно развивать свою деятельность в сфере здравоохранения, (то есть нет угрозы массовой переориентации их на другие виды деятельности) широкое развитие частного сектора не ставит под угрозу реализацию программ обязательной медицинской помощи населению.

В конкретных условиях начала формирования рыночных отношений в России монополизм, гиперинфляция, несбалансированность рынка, нестабильность структуры налогов и системы ценообразования, могут привести к резким колебаниям экономической конъюнктуры. При этом уход с рынка только одного производителя (за счет переориентации производства) может привести к частичному или полному отсутствию предложения и формированию неудовлетворенного спроса. В здравоохранении нельзя допускать возникновение таких ситуаций даже на короткое время. Поэтому приватизация должна проводиться с учетом квот производителя на рынке мед-услуг, и введения ограниченного права собственности. Ошибкой было бы ^{бы} вводить ограничения на возможность приватизации в зависимости от типа ЛПУ, как это предлагается в большинстве концепций приватизации (например: поликлиники, аптеки, стоматологические кабинеты, косметологические лечебницы и тому подобное), или размеров учреждений. Одно и то же учреждение в одних случаях не может быть приватизировано, в других отдано владельцу с ограничением прав собственности, а в-третьих продано по демпинговой цене, в зависимости от конкретной ситуации. Сущест-

вует два основных фактора, ограничивающих возможность приватизации: это квота на рынке медуслуг и наличие (отсутствие) конкурентных сфер деятельности. Итак, подходы к приватизации должны быть следующими:

1. Лечебное учреждение может быть полностью приватизировано если оно имеет незначительную квоту на рынке медуслуг или насыщение госзаказа. возможно ^{легко осуществить} за счёт других производителей;

2. Лечебное учреждение может быть частично приватизировано, ^{возможная} если ^{переориентация} приватизированных подразделений не нарушает условий его работы по выполнению госзаказа;

3. Учреждение может быть передано во владение с ограничением прав собственности, если оно имеет решающую квоту на рынке, но введенные ограничения гарантируют сохранение доступности обязательного объема помощи населению.

Ограничения могут быть объемного и временного характера. Например, будущий владелец выкупает лечебное учреждение по льготной или полной цене (по остаточной, оценочной или договорной стоимости) но всеми правами собственника пользуется лишь в той доли имущества, которая не задействована в обеспечении госзаказа. Условия владения ^(ограничиваются) другой частью имущества оговариваются ^в договором купли-продажи.

Другой пример. Лечебное учреждение выкупается на общих основаниях, но права собственности ограничиваются условием, по которому владелец ^{в это} в течение согласованного времени не имеет права менять направления деятельности. В остальном он сохраняет все права собственника, причем может собственность перепродать, но с передачей тех же обязательств новому владельцу.

4. Лечебное учреждение не подлежит приватизации (но может быть передано, например, ^в муниципальную или арендную собственность)

в случае ориентации на оказание уникальных видов помощи, контролируемых муниципалитетом или государством.

Необходимо отметить, что опыт разгосударствления и приватизации в странах с условиями состояния экономики близкими к СССР показал, что должны быть не только отработаны принципы это действия в отрасли, но и подготовлены методические указания на места.

Важнейшими задачами периода подготовки должны стать:

1. Разработка ведомственного нормативного акта, предусматривающего порядок перехода имущества, учреждений здравоохранения в собственность трудового коллектива, частного лица, иностранной фирмы, выкуп арендного имущества или приобретение имущества инь., предусмотренным законом путем;

2. Подготовка правовых документов (положения о порядке разгосударствления, муниципализации и приватизации медицинских учреждений), регламентирующих порядок осуществления хозяйственной деятельности монополизированных лечебно-профилактических учреждений.

Целью этих документов должно быть создание правовой базы для изменений отношений собственности в отрасли в процессе перехода к рыночной экономике, проведения программы разгосударствления и приватизации учреждений и организаций здравоохранения.

3. Подготовка положения о порядке аудиторской оценки имущества.

Учитывая опыт зарубежных стран, приватизацию в здравоохранении можно осуществлять тремя основными путями.

Первый - это процесс отказа от владения (дивеститура), при котором государственная собственность продается или передается частным владельцам. Новыми собственниками могут быть: частная фирма, акционеры со стороны, служащие учреждения или предприятия, о котором идет речь, или какая-либо комбинация этих вариантов. Обычно дивеститура проводится путем продажи акций.

Второй метод приватизации - метод контрактов. Он предусматривает, что орган здравоохранения заключает контракт с частной фирмой, согласно которому та берет на себя оказание услуг или осуществление того или иного вида деятельности из числа тех, что входят в круг государственных функций. Работа больниц, ряда поликлинических учреждений и др. - все это виды деятельности, которые должны обеспечиваться государством. Однако государству совсем необязательно распространять свою ответственность до таких пределов когда оно берет на себя практическое осуществление этих видов деятельности с использованием нанимаемых им служащих. Государственные органы управления здравоохранения могут, например, подписать контракт с компанией, профессионально занимающейся здравоохранением, и эта компания будет управлять, допустим, медицинской клиникой, нанимать служащих, и обеспечивать необходимые услуги.

В соответствии с такого рода договоренностью орган здравоохранения платил бы компании за то, что она представляет жителям какого-то определенного района конкретные медицинские услуги на должном уровне.

Ответственность органов здравоохранения сводилась бы к тому, чтобы соблюдать условия контракта и следить за тем, чтобы частные фирмы выполняли взятые на себя обязательства.

Третий способ приватизации - система ваучеров (документ, удостоверяющий предоставление кредита и выполняющий функцию денег для приобретения человеком медицинских услуг).

С помощью сертификатов, у частных предпринимателей можно приобрести четко определенные услуги. В место того, чтобы создавать государственные больницы и нанимать врачей для оказания помощи государственно предоставляет определенной категории граждан медицинские ваучеры, которые дают им возможность за государственный счет обратиться к любому частному врачу или в любую больницу по своему выбору.

При переходе отрасли в систему государственно-страховой медицины будет расширяться перечень приватизируемых учреждений здравоохранения. Агентства социального страхования или фонды при органах здравоохранения смогут заключать контракты с любыми поставщиками медицинской помощи или медицинским учреждениям, независимо от формы собственности, если качество обслуживания отвечает определенным требованиям.

Главная труднейшая задача при проведении приватизации - добиться разумного соотношения между государственными и частными медицинскими службами.

Важным элементом реформы здравоохранения, призванным повысить качество медицинской помощи, является новая система непрерывной профессиональной подготовки, сертификации и рационального использования медицинских кадров.

Подготовка специалистов в условиях медицинских учреждений должна основываться на использовании системы стимулов и мотиваций для обеспечения заинтересованности студентов в получении глубоких знаний по специальности.

Продолжительность обучения студентов на базе высших учебных заведений должна составлять семь лет. На пятом курсе студенты заканчивают усвоение базовой программы обучения и на шестом курсе углубляют и систематизируют свои знания применительно к деятельности врача общей практики.

По окончании шестого курса представители органов муниципальной власти и органов управления здравоохранения территории, с учетом потребности в медицинских кадрах, заключают контракт с выпускником относительно его будущей деятельности как специалиста в области амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Седьмой год обучения предполагает использование в качестве базовых учебных заведений медицинские институты и университеты, институты усовершенствования врачей и др. Рассматриваемый период обучения предусматривает дальнейшее углубление знаний и совершенствование практических навыков с учетом предстоящей деятельности специалистов согласно заключенному контракту. Студенты, с которыми по окончании шестого курса контракт не был заключен, продолжают приобретать и совершенствовать знания и умения, необходимые для врача общей практики.

По окончании седьмого курса выпускники проходят сертификацию и получают сертификаты врачей специалистов.

В зависимости от степени усвоения программы обучения и приобретения практических навыков студенты получают сертификаты терапевтов или узких специалистов амбулаторно-поликлинической практики.

Студентам, отлично усвоившим курс обучения в институте, может быть выдан сертификат врача ^{общей} практики или узкого специалиста по стационарной помощи, имеющего право практиковать в условиях стационара, согласно видов услуг, оговоренных в сертификате.

Студенты, недостаточно хорошо усвоившие курс обучения в институте, получают сертификат врача стажера амбулаторно-поликлинической практики.

Система профессиональной подготовки специалистов предусматривает дальнейшее осуществление образования и получение сертификатов на оказание более сложных медицинских услуг.

Подготовка и использование работников управления здравоохранением

Первая группа задач состоит в срочной переподготовке руководителей управления здравоохранением по юридическим и правовым вопросам, особое внимание уделить руководителям подразделений центрального аппарата Министерства здравоохранения.

Для выполнения этой задачи создать кратковременные курсы интенсивной переподготовки для первых руководителей территориальных органов и начальников существующих главных управлений, управлений и самостоятельных отделов - использовать стажировку за рубежом.

Вторая группа задач состоит в разработке, с учетом международного опыта, единых квалификационных характеристик руководителей здравоохранения и, руководствуясь ими, программы подготовки работников управления здравоохранением включающих обучение психологии управления, деловые игры и практические занятия, тестирование личностных и деловых качеств, тренинга делового общения, привития навыков самооценки и обеспечения стрессоустойчивости, обучение современным методам управления трудовыми коллективами, эффективным методам личного труда руководителей, обучение по основам трудового и хозяйственного права, экономических знаний.

Создание при Министерстве здравоохранения РСФСР хозрасчетного центра (института) подготовки и повышения квалификации работников управления здравоохранением.

Третья группа задач:

Создание единой республиканской системы непрерывной подготовки повышения квалификации кадров управления здравоохранением, включающим в себя: хозрасчетный центр (институт) повышения квалификации, кустовые филиалы, совместное предприятие с зарубежными партнерами.

Создание системы управления карьерой государственных служащих (планирования служебного и профессионального роста) здравоохранения, включающую новую систему поощрений и наград.

Переход на конкурсный отбор кандидатов на замещение должностей в управлении здравоохранением.

Изучение потребности и рационального использования медицинских кадров

Первая группа задач:

Отмена принудительной системы распределения.

Переход на контрактно-договорные отношения в области подготовки кадров, с сохранением госзаказа, разработка квалификационных характеристик должностей медицинских работников в соответствии с международным требованием.

Создание государственной системы аттестации выпускников медицинских учебных заведений.

Вторая группа задач:

Определение потребности в кадрах, составление конкретного заказа на подготовку специалистов, определение ее стоимости, с государственным регулированием качества обучения на основе квалификационных характеристик (основа - четырехсторонний договор (контракт): Министерство - учебное заведение - ЛПУ (аптечное учреждение) - выпускник.

Проведение аттестации всех работающих в отрасли на основе квалификационных характеристик, отвечающих международным требованиям, переход к лицензированию дипломов учебных заведений за рубежом, с выдачей сертификата каждому медицинскому (фармацевтическому) работнику.

Третья группа задач:

Полный переход на контрактную систему подготовки и найма работников отрасли, создание при Министерстве кадрового информационного центра на хозрасчетных началах (с приданием ему функции кадрового маркетинга).

Научно-исследовательская деятельность

Медицинская наука, ее рациональная организация и координация являются важнейшими факторами развития здравоохранения России. К сожалению, в отличие от западных стран научная деятельность в нашей стране является нерентабельной в силу ряда причин:

1. Недостаточное финансирование науки.
2. Отсутствие системы осуществления координации и финансирования научных исследований.
3. Финансирование учреждений, а не научных программ.
4. Отсутствие конкурентности и конкуренции при распределении выделяемых средств.
5. Отсутствие системы грантов, позволяющих финансировать перспективную, инициативную тематику вне зависимости от места работы и должности исследователей.
6. Отсутствие связи между размерами финансирования и результатами исследований, их научной и практической значимостью.
7. Отсутствие достоверных критериев оценки качества научно-исследовательских работ.
8. Отсутствие полноценного информационного обеспечения научных исследований.
9. Низкая материально-техническая база научных учреждений.
10. Разделение науки на академическую, вузовскую, отраслевую и отсутствие системы координации.
11. Низкий уровень подготовки научных кадров.
12. Практически отсутствие контактов с представителями научных школ за рубежом.
13. Несовершенная научная инфраструктура.
14. Наличие сети государственных НИИ, создание которых осуществлялось хаотично, вне зависимости от потребностей здравоохранения. В результате наблюдается беспрецедентная диспропорция в структуре НИИ. Например, в России имеется 4 противочумных НИИ и ни одного института эндокринологии.

15. Отсутствие системы экономических мотиваций, стимулирующих использование результатов научных исследований в практику здравоохранения.

16. Наличие порочной системы аттестации научных работников, присуждения ученых степеней и званий.

17. Зависимость заработной платы от должности и звания, а не от конкретного индивидуального вклада в научную разработку, ее ценности и результатов использования.

Все это приводит к неконкурентоспособности разработок на внешнем рынке и невостребованности и неиспользуемости их на внутреннем.

Основные направления реформы:

1. Увеличение ассигнований на науку.

2. Создание многоканальности источников финансирования:

а) госбюджет в виде госзаказа на основе вертикальных договоров (контрактов),

б) госбюджет в виде хоздоговорных отношений с ведомствами не медицинского профиля,

в) коммерческие негосударственные источники финансирования (кооперативы, малые предприятия, совместные предприятия, иностранные фирмы и т.п.), в виде коммерческих контрактов,

г) горизонтальные хозрасчетные отношения между учреждениями минздрава,

д) международные общественные, межгосударственные и благотворительные организации в виде контрактов или грантов.

3. Создание грантовой конкурсной (анонимной) системы финансирования научных исследований.

Централизованные фонды:

1) фонд грантов - финансирует в широком диапазоне инициативную тематику, входя в непосредственные договорные отношения с исполнителем, формируется из всех источников финансирования, распределяется экспертным советом;

2) резервный фонд - финансирует научные разработки в чрезвычайных случаях, формируется из госбюджета, распределяется лично либо зам.министра, либо начальником ГУНУ.

4. Создание института независимых экспертов, определение их статуса.

5. Перевод значительной части прикладных исследований на хозрасчетный принцип финансирования (целевые социальные заказы предприятий) органов здравоохранения.

6. Создание системы экономических стимулов, с помощью которых государство стремится побудить частный сектор к расширению исследовательских работ и направлять их в нужное русло:

а) целевые субсидии на проведение фундаментальных исследований,

б) налоговые и амортизационные льготы;

в) финансовое посредничество и предоставление гарантий в случае разработки и освоения новой техники и т.д.

7. Разработка системы исследовательских целей. К числу приоритетных в странах с развитым здравоохранением относят следующие проблемы: материнство и детство, алкоголизм, наркомания, психические расстройства, улучшение здоровья населения и профилактические службы. Очевидно, что эти приоритеты актуальны и для России. К этому вероятно следует добавить проблемы травматизма, инфекционных и профессиональных заболеваний и некоторые другие. Из-за отсутствия этих проработок мы продолжаем осуществлять приоритетное финансирование кардиологии, онкологии, офтальмологии, тупиковых с точки зрения получения положительных результатов в отношении показателей качества жизни населения.

8. Создание эффективной, доступной и современной системы информационного обеспечения исследовательских работ.

9. Совершенствование научной инфраструктуры.

10. Паспортизация и реорганизация сети государственных НИИ, координация вузовской и академической науки.

Преобразование вузов в ведущие центры научного исследования, объединение научного и учебного потенциала, обеспечивающее повышение качества подготовки научных работников, включение в научные исследования студентов.

Объединение академических, отраслевых и вузовских научных структур на базе университетов и передовых вузов и НИИ. Превращение вузов в основные центры науки.

11. Создание государственной системы контроля над рынком инноваций, призванной обеспечить первоочередную реализацию проектов государственного значения.

Активное использование рыночных механизмов, усиление конкуренции научных коллективов, создание условий развития малых инновационных предприятий и организаций, приватизация наукоемких малотоннажных производств, частичная приватизация НИИ.

12. Создание системы регулярной аттестации и аккредитации всех научных учреждений республики с выдачей сертификата.

13. Реорганизация системы аттестации и присуждения ученых степеней и званий научным работникам.

14. Создание Российской Академии наук с новыми принципами ее деятельности, оплаты труда.

15. Создание медицинской биржи.

16. Интеграция науки в международную систему кооперации и разделения труда.

Информационное обеспечение органов и учреждений здравоохранения предполагает создание, широкомасштабное внедрение и применение различных систем и средств получения, сбора, анализа, хранения и использования данных, способствующих объективному решению проблем управления отраслью.

Реорганизация системы информации предусматривает формирование банка данных на республиканском, областном (краевом), городском, районном и учрежденческом уровнях на основе единой технологии сбора, хранения, анализа, обработки и возможности использования полученной информации.

Информационные банки данных должны содержать следующие блоки:

- сеть и структура органов и учреждений здравоохранения;
- отчетная информация о деятельности органов и учреждений здравоохранения;
- данные характеризующие состояние здоровья населения;
- медицинские кадры;
- финансирование и экономика здравоохранения;
- информация о рынке ресурсов здравоохранения;
- целевые программы;
- научные направления и результаты исследований;
- нормативно-правовая система здравоохранения.

Технология информатизации органов и учреждений здравоохранения должна предусматривать возможность использования данных для оперативного принятия управленческих решений, анализа интересующих материалов в динамике, получения справочной информации по различным аспектам здравоохранения и др.

2.9. Международное сотрудничество.

По новому понимаемое международное сотрудничество и сотрудничество с ВОЗ будет частью реформы здравоохранения. Его предполагается проводить по следующим основным направлениям:

1. Сотрудничество со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими межправительственными международными организациями системы ООН.
2. Международное экономическое и научно-техническое сотрудничество.
3. Межреспубликанское сотрудничество.

Сотрудничество со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими межправительственными международными организациями системы ООН

Для развития сотрудничества с международными организациями системы ООН и, в частности, с ВОЗ необходимо решить принципиальные вопросы членства РСФСР в этих организациях, включая валютный взнос в соответствии с существующими в этих организациях правилами. Членство в ВОЗ позволит учреждениям и работникам здравоохранения Российской Федерации участвовать в международных медицинских проектах и программе ВОЗ развития кадров здравоохранения, получать необходимую информацию о процессах развития здравоохранения в различных странах и международную экспертизу по актуальным проблемам здравоохранения и медицинской науки, в том числе, применительно и к РСФСР.

Представляется целесообразным, с учетом географического положения РСФСР, представительство Минздрава РСФСР в кадровом составе штаб-квартиры ВОЗ в Женеве (Швейцария), Европейского регионального бюро ВОЗ в Копенгагене (Дания), Регионального бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии в Дели (Индия), Регионального бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана в Маниле (Филлиппины).

Международное экономическое и научно-техническое сотрудничество

Внешнеэкономическая деятельность Минздрава РСФСР определяется острой необходимостью развития в республике производства медицинского оборудования, инструментов, лекарственных препаратов, предметов гигиены. Это не исключает закупки на начальных этапах готовой продукции, однако главной задачей является создание совместных производств на различной основе.

Значительные трудности в развитии внешнеэкономического сотрудничества создаются существующей политической и экономической обстановкой в России и в СССР, в целом. В этих условиях важным является поиск оптимальных форм сотрудничества, позволяющих решить проблему создания собственной медицинской и фармацевтической отраслей промышленности, эффективных в условиях рыночной экономики. К таким формам следует отнести: акционерное участие Минздрава РСФСР совместно с рядом зарубежных фирм в создании производств; создание фирм с участием зарубежных и советских партнеров для производства и распределения продукции.

Следует особо отметить проблему ценообразования на продукцию этих производств в условиях неконвертируемости рубля. В решении этой проблемы, на наш взгляд, следует отталкиваться от реальных производственных затрат, цен на сырье и комплектующие изделия с введением эффективной схемы распределения бюджетных ассигнований в виде дотаций на уровне потребителя.

Определив здравоохранение приоритетной областью, правительство России должно рассмотреть и принять решения по предоставлению Минздраву РСФСР возможности и условий для реализации его координирующей функции в создании медицинской и фармацевтической промышленности; предусмотреть налоговые льготы для развития внешнеэкономической деятельности в области обеспечения медицинской техникой и фармпрепаратами; обеспечить необходимые бюджетные ассигнования в свободно конвертируемой валюте и советских рублях.

Развитие сотрудничества, в частности, с развитыми капиталистическими странами позволит получать информацию и обмениваться опытом по развитию современных медицинских технологий, функционирования систем здравоохранения в условиях рыночной экономики и страховой медицины, интегрироваться в международную систему подго-

тов и использования медицинских кадров, участвовать в совместных научных медицинских проектах и др.

Сотрудничество с Китаем, Индией и другими азиатскими странами будет способствовать развитию методов традиционной восточной медицины в учреждениях здравоохранения Российской Федерации.

Межреспубликанское сотрудничество

Принципиально новыми должны быть отношения между органами и организациями здравоохранения РСФСР и республик, входящих в Союз. Они должны строиться на взаимовыгодной и равноправной основе с учетом перехода на рыночные отношения на договорной основе. Сотрудничающие организации должны нести юридическую и экономическую ответственность за соблюдение договорных обязательств (проект соглашения представлен в приложении).

2.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИИ

В настоящее время в России сложилось тяжелое положение с производством лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Формирование современной медицинской промышленности требует новых экономических и технологических подходов в условиях рыночной экономики.

Развитие должно идти по двум основным направлениям:

- создание новых современных производств, работающих на основе западных высоких технологий;
- реализация отечественных технологических и научных разработок с модернизацией существующей производственной базы.

Коммерческие структуры, организующие фармацевтическое дело в стране, должны быть представлены в основном крупными холдинговыми компаниями. Также компании должны располагать химическими и машиностроительными производствами, могут иметь в своем составе западных инвесторов.

Холдинговые многопрофильные компании могут успешно организовывать акционерные общества, производственная деятельность которых строится как на западных, так и на отечественных технологиях.

Новое технологическое строительство должно реализоваться в форме совместных акционерных компаний с западными партнерами. В настоящее время прямые инвестиции, выраженные западными технологиями, в наш технологический комплекс нереальны и неэффективны по двум причинам:

1) технологическая причина, технологии с уровнем выше нашего среднего уровня не могут устойчиво существовать в рамках нашей системы технологий из-за несоответствия комплектующих и запасных частей по качеству и ассортименту; такие технологии могут успешно функционировать только в определенной изоляции, опираясь на западные источники комплектующих и запасных частей; это возможно только при их совместной эксплуатации.

2) экономическая причина; привлечение западных технологий, учитывая инфляционные процессы в стране, возможно только при условии гарантированной валютной отдачи.

В этой связи создание новых производств с использованием высоких западных технологий реально только для тех лекарственных препаратов и медицинских изделий, которые сейчас в значительных количествах закупятся за рубежом.

Такие производства следует создавать как совместные компании при условии правительственных гарантий на приоритетную закупку готовой продукции за конвертируемую валюту. Совместная с западными партнером эксплуатация обеспечит устойчивость производства в технологическом аспекте (гарантированное снабжение комплектующими запасными частями) и экономическом аспекте (обеспечение валютной окупаемости).

Примером проекта, направленного на создание совместной компаний с использованием западной высокой технологий, может служить проект крупномасштабного биотехнологического производства человеческого инсулина (приложение I). Этот проект организуется холдинговой компанией "Инвестпул" с участием технологического комплекса Главного управления тяжелого органического синтеза при Миннефтехимпроме СССР и крупнейшей немецкой химико-фармацевтической компании "Хекст".

Важнейшей задачей формирования новой медицинской промышленности России является полноценная реализация отечественных научных и технологических разработок (НИР и НИОКР) в области лекарственных препаратов и медицинской техники. С этой целью необходимо вовлечь в такие производства все технологическое поле России, при широком использовании конверсии химических и приборостроительных комплексов в условиях уничтожения межведомственных барьеров. И в этом случае важную организующую роль должны сыграть крупные холдинговые компании.

Эти компании могут организовывать акционерные общества (АО) путем изъятия в создаваемые АО необходимых ингредиентов из существующих НИИ и производств, а в ряде случаев полного перевода производств с их одновременной приватизацией. Важно, чтобы государственная политика в области приватизации была направлена на создание таких АО медицинского профиля, формируя системообразующий фактор.

Валютные инвестиции для развития отечественных технологий, их приближения к западному уровню осуществляются при этом холдинговыми компаниями.

Государственная политика в поощрении и стимулировании развития производства лекарств и медицинской техники должна заключаться в основном в экономических мерах и юридической поддержке.

Во-первых, цены на лекарственные препараты и медицинские изделия следует формировать с учетом цен мирового рынка и рыночных тенденций в России. При этом обязательно следует предусмотреть дотации под розничные цены вначале за счет государства, в дальнейшем за счет медицинских страховых компаний. Необходимо в первую очередь закупать за валюту продукцию совместных компаний на территории России для выплаты кредитных задолженностей и возможности поддержания высоких технологий.

Во-вторых, необходимы правительственные гарантии получения медицинскими компаниями долгосрочных кредитов (с компенсацией потерь от инфляции), предусмотрев при этом, что кредитная задолженность может погашаться за счет прибыли предприятий, которая в этой части не облагается налогом.

В-третьих, желательное приведение действующего законодательства в соответствие с законами о лекарствах и о защите пациентов стран с развитой фармацевтической промышленностью, обратив особое внимание на процедуры регистрации новых лекарственных средств, их испытаний на здоровых добровольцах и больных людях, на создание специальных этических комитетов и комиссий по определению уровней необходимой дотации на лекарственные средства.

Изложенные соображения базируются на территории технологического развития производства (технодинамика) и на анализе постановки фармацевтического дела за рубежом.

2.11. Реорганизация ведомственного здравоохранения

Важнейшим аспектом реформы здравоохранения является реорганизация ведомственного здравоохранения. Целью такой реорганизации является исключение элементов дублирования в оказании медицинской помощи населению, в частности рабочим промышленных предприятий. Учреждения ведомственной службы здравоохранения должны пройти аккредитацию и лицензирование, после чего, они получают право на заключение договора со страховой организацией на оказание медицинской помощи застрахованным контингентам населения, в том числе рабочим промышленных предприятий.

Учреждения, не прошедшие аккредитацию и не получившие лицензии на конкретные виды медицинской деятельности подлежат расформированию или перепрофилизации.

2.12. Развитие медицины катастроф на базе медицинской службы гражданской обороны

Опыт ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении, взрывов в Арзамасе, Свердловске, на территории Башкирской АССР и др. показал отсутствие отработанной системы оказания помощи жертвам массовых катастроф мирного времени недостаточную подготовленность аварийно-спасательной службы и особенно системы оказания медицинской помощи Гражданской обороны.

Значительная часть пораженных при экстремальных ситуациях погибает от несвоевременности оказания медицинской помощи хотя и травма несмертельна. По данным ВОЗ, 20% среди погибших в результате несчастных случаев в мирное время могли быть спасены, если бы медицинская помощь была им оказана на месте происшествия.

Так называемые отряды первой медицинской помощи, подвижные противозидемические отряды и т.п., опаздывают, практически не имеют нужной экипировки для оказания медицинской помощи в экстремальных условиях, да и не могут быть использованы.

В ходе отработки нового хозяйственного механизма в здравоохранении только Кемеровской области выяснено, что на решение вопросов МСГО в год расходуется до пяти млн. рублей. На подготовку десяти тысяч врачей области по 35-часовой программе обязательной специальной подготовки в год расходуется до шестидесяти тысяч человеко-дней, или двести врачей в течение года практически не работают, а расходы на эти цели составляют свыше пятисот тысяч рублей. Соответственно на подготовку 36 тысяч средних медицинских работников области по аналогичной программе расходуется свыше двусот тысяч человеко-дней, или более 650 средних медработников, которых постоянно не хватает для нормальной работы существующих лечебно-профилактических учреждений, в течение года не работают, а расходы на эти цели составляют более полутора млн. рублей.

Но самое главное здесь в том, что это совершенно пустая работа, не дающая врачам, средним медработникам практически ничего полезного в их профессиональном росте. К тому же за последние десять лет ни один провизор или санитарный врач, прошедший обязательную специальную подготовку, ни разу не оказал врачебную помощь ни одному пострадавшему в плане подготовки МСГО.

Кроме того, на составление всевозможных планов МСГО, заседания штабов МСГО, штабные тренировки и учения МСГО, на проведение комплексных объектовых тренировок и учений, тактико-специальных учений формирований МСГО расходуются значительные трудовые затраты и финансовые средства. Вся эта работа не имеет никакой практической отдачи, не имеет ни экономической, ни социальной, ни тем более медицинской эффективности.

Согласно инструкциям занятия по МСГО, в основном, проводятся в рабочее время, на них не выделяются бюджетные ассигнования, это отрицательно отражается на прямой работе ЛПУ и вызывает недовольство населения.

Все расходы МСГО по стране превышают один миллиард рублей в год, так нехватка на неотложные дела в народном здравоохранении. Расходовать государственные ассигнования на содержание медицинской службы ГО - поистине казарменной медицины - в условиях больной экономики нашей страны считаем более чем не скромным.

Целесообразно упразднить медицинскую службу гражданской обороны с прекращением деятельности штабов МСГО, возложив ответственность и обязанности по оказанию медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных обстоятельствах на отделы здравоохранения области (краев, республик), и территориальные медицинские объединения городов и районов, как это предусмотрено законом о здравоохранении в СССР и РСФСР, и они с этим успешно справятся. Речь идет о создании медицины катастроф, подчиненной заместителям председателей исполкомов областей по чрезвычайным ситуациям.

В каждой территории нужно иметь работающие бригады экстренной специализированной медицинской помощи, способные автономно функционировать и оказывать медицинскую помощь 40-50 пострадавшим в любых условиях.

Специальную подготовку по оказанию неотложной медицинской помощи врачи и средние медицинские работники могут проходить в ГИДУВах, в училищах повышения квалификации, а уровень их знаний необходимо проверять и оценивать при присвоении квалификационных категорий.

Для обеспечения своевременной медицинской помощи при экстремальных ситуациях необходимо завершить создание центров медицины

катастроф в республиках, краях и областях, которые бы действовали и на текущие гражданские нужды, Минздраву РСФСР. Минфину РСФСР необходимо выделить ассигнования на создание и содержание центров медицины катастроф. Минздраву РСФСР разработать положение о ЦМК, определить структуру ЦМК, разработать типовой проект помещений ЦМК, предусмотрев подготовку студентов, врачей и населения по вопросам медицины катастроф.

Минздраву РСФСР упразднить МСГО с одновременным прекращением деятельности штабов МСГО РСФСР, АССР, краев, областей городов и районов.

Упразднив МСГО и другие надстройки здравоохранения, можно безболезненно сократить излишне раздутый административно-управленческий аппарат и еще найти средства на решение социальных вопросов.

Система охраны и укрепления здоровья в условиях рыночной экономики

Самый главный парадокс который существует в нашей системе охраны здоровья, видимо заключается в том, что функции охраны здоровья у нас возложены на медицинскую службу, которая в принципе не должна, да и не может этим заниматься. Кто же должен заботиться о сохранении здоровья человека?

В первую очередь те, кто им пользуется. Во-вторых сам человек, как собственник своего здоровья. При всей очевидности его интереса пожить подольше, сегодня не существует осязаемых стимулов к восприятию здоровья и усилий по его сохранению в натуральном денежном выражении. Это связано с тем, что здоровый образ жизни не дает Советскому человеку преимуществ в доходах, а беспокойство о своем состоянии возникает как правило только когда болезнь уже состоялась. Более того, если болезнь не тяжелая, болеть при существующей системе компенсаций даже выгодно. Введение рыночных отношений заставит человека воспринимать свое здоровье как своеобразный товар, который приходится продавать производству чтобы получить доход и обменять его на другие блага. Конкуренция на рынке труда и участие в частичном финансировании лечения из собственного кармана создадут необходимую экономическую мотивацию к здоровому образу жизни и профилактической направленности в увлечениях.

Также стимулы в сохранении и укреплении здоровья людей необходимо включить и для тех, кто эксплуатирует здоровье людей в процессе производства. Предприятиям должно быть выгодно иметь здоровых работников, здоровый коллектив должен поднимать конкурентоспособность и приносить доход.

Оптимизация штатов, при формировании конкурентной среды (когда нет лишних работников) и включение расходов на медобслуживание коллектива в себестоимость продукции призваны создать необходимые стимулы к тому, чтобы предприятиям было выгодно формировать социальный заказ на здравоохранительные мероприятия, нанимать специалистов и организации для проведения просмотров улучшать производственные и бытовые условия для своих работников.

Потребности предприятий и самих работников в сохранении здоровья должны быть главной основой всей системы профилактической помощи населению. Третьей стороной, также непосредственно заинтересованной в здоровье населения должно быть государство реализующее указание потребности посредством закона.

Второй уровень участников процесса охраны здоровья состоит из тех, кто непосредственно не использует здоровье людей, но на кого как раз и распространяется социальный заказ первого уровня. Это страховые компенсации, санитарные и проф. учреждения, и врачи общей (семейной) практики. В данном случае заказчик сам создаст систему стимулов, определяющих доход указанных звеньев в зависимости от уровня здоровья обслуживаемого населения.

Состояние здоровья населения свидетельствует о низкой эффективности профилактического направления. Причиной тому является использование преимущественно административных методов в решении проблем охраны и укрепления здоровья населения.

Основными принципиальными аспектами, определяемыми стратегию охраны и укрепления здоровья населения должно стать создание системы стимулов и мотиваций обеспечивающих развитие профилактической медицины.

При этом необходимо обеспечить заинтересованность органов управления в центре и на местах, предприятий, лечебно-профилактических учреждений и непосредственно всех членов общества в приоритетном развитии и реализации профилактического направления. Чем меньше будут болеть застрахованные, тем меньше расходов будет нести страховая компания. Ее роль вторична, так как если бы заказчик изменил ориентиры, появились бы и иные стимулы. Тем не менее, все участники второго уровня, работая на заказ, активно ищут и используют любые возможности для снижения потерь от заболеваний, так как они существуют за счет части образующегося дохода и им это выгодно.

Появляется и положительная обратная связь, когда страховая компания возвращает часть сэкономленных средств заказчику (возвратное страхование) в качестве премии за здоровый образ жизни, а также оплачивает усилия профучреждений, научных центров и семейных врачей, помогающих снизить заболеваемость и расходы на оплату лечения.

И только в качестве третьего уровня вторичной профилактики можно рассматривать лечебные учреждения, к которым попадают заболевшие, то есть те, чье здоровье не смогло сохранить система здравоохранения.

Служба медицинской помощи выполняет ремонтные функции в принципе своем существованием заинтересована чтобы люди болели. Тем не менее, и здесь отказавшись от навязывания принудительных профилактических обязанностей и внедрив систему стимулов (ранняя госпитализация, доплата за интенсивное лечение полное восстановление функций, штрафы за повторные госпитализации от недолеживания, за осложнения, премии за помощь в профилактических мероприятиях, научные разработки и т.п.) можно добиться эффективной роли в сохранение здоровья. Тем не менее необходимо подчеркнуть, что здоровье людей лишь на 8-12% зависит от качества медицинского обслуживания.

Важную роль в связи с этим призвано сыграть создание института профилактических служб здравоохранения обеспечивающего разработку и реализацию системы стимулов и мотиваций, способствующих охране и укреплению здоровья населения.

Практика решения проблем профилактики предполагает координацию организующих и исполнительных функций на основе платной экспертной активности и оценки информации о состоянии здоровья населения факторах и условиях его определяющих с последующим участием в разработке и реализации концепций и программ профилактического здравоохранения.

Основными направлениями деятельности такого института является:

- создание банка данных о состоянии здоровья и факторах его определяющих

- разработка и реализация системы стимулов и мотиваций для органов управления, предприятий, медицинских работников и населения, направленных на охрану и улучшение здоровья

- координация деятельности органов управления, институтов здравоохранения, предприятий страховых организаций и населения в решении проблем профилактики и формирования здорового образа жизни

- создание нормативно-правовой базы, обеспечивающей решение проблем профилактики.

Результаты деятельности институтов профилактических служб целесообразно использовать для информирования органов управления, координации деятельности различных институтов здравоохранения, страховых организаций и др.

Организационные структуры института профилактических служб здравоохранения должны быть открытой системой. способной к быстрому реагированию в имеющихся условиях и адекватно отражать направленность профилактических служб здравоохранения, посредством сочетания исследовательской и консультативной деятельности с привлечением высококвалифицированных специалистов на контрактной основе.

Итак, внедрение рыночных конкурентных отношений и частичной платности за медпомощь позволит стимулировать людей больше заботиться о здоровье, обращаясь к врачам чаще за советом, чем за помощью. Введение медицинского страхования и института семейных врачей приведет к появлению служб, непосредственно заинтересованных в использовании выделенных средств на сохранение здоровья, так как это выгоднее, чем финансировать лечение.

Привлечение предприятий к финансированию расходов на медобслуживание своих коллективов сделает их активными и заинтересованными участниками системы здравоохранения, оживит конкуренцию среди профилактических и научных учреждений (санэпидстанций, домов санитарного просвещения, НИИ гигиены и т.п.), где право на существование получают лишь наиболее полезные звенья.

Потребности промышленности и отдельных граждан в организации коллективных действий по осуществлению мер, улучшающих среду обитания человека, приведет к ориентации законодательной и исполнительной власти на нужды здравоохранения. (Пример: Появление вредных выбросов в атмосферу и рост респираторных заболеваний заставит жителей и расположенные на территории загрязнения предприятия оказать давление на органы муниципальной власти с целью применения санкций к нарушителю, так как помимо влияния на здоровье каждый понесет расходы на увеличение медицинской помощи).

4. Создание нормативно-правовой базы здравоохранения, адаптированной к рыночным отношениям

Одним из важнейших элементов реформы здравоохранения является создание кодекса законов о здравоохранении в условиях рыночных отношений.

Кодекс законов о здравоохранении должен состоять из следующих разделов:

- система охраны здоровья населения в условиях рыночных отношений,
- сеть и структура органов и учреждений здравоохранения, организация и учет их деятельности,
- финансирование здравоохранения и развитие медицинского страхования,
- аккредитация и лицензирование учреждений здравоохранения,
- подготовка и использование медицинских кадров,
- порядок и система контроля качества оказания медицинской помощи,
- разгосударствление, муниципализация и приватизация медицинских учреждений,
- деятельность и порядок финансирования научно-исследовательских учреждений,
- международное сотрудничество.

5. Аккредитация и лицензирование лечебно-профилактических учреждений

С целью повышения качества и обеспечения гарантированного объема медицинской помощи населению реформой здравоохранения предусматривается проведение аккредитации и лицензирования деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Под аккредитацией лечебно-профилактических учреждений понимается процесс оценки соответствия данного учреждения (материально-технической базы, уровня подготовки кадров, результатов деятельности и т.д.) определенным стандартам.

Аккредитации и лицензированию подлежат все лечебно-профилактические учреждения независимо от форм собственности.

Аккредитация завершается рекомендацией горрайисполкомом, на территории которых находится ЛПУ, выдать разрешение (лицензию), практиковать в рамках определенных объемов медицинской помощи и перечня медицинских услуг.

Аккредитация дает аккредитованному учреждению ряд преимуществ:

- право участвовать в страховых программах (обязательных и добровольных),
- оказывать дополнительные медицинские услуги предприятиям на основе договоров и платные услуги населению,
- проводить обучение студентов, интернов и подготовку специалистов на своей базе,
- участвовать в выполнении государственных, целевых программ и научных исследований и т.д.

6. Предлагаемые результаты реформы здравоохранения

Предлагаемая реформа здравоохранения призвана обеспечить приоритетность проблемы охраны и укрепления здоровья населения на основе использования системы стимулов, заинтересовывающих каждого человека, предприятие, учреждение, органы управления и государство в сохранении здоровья всех членов общества.

Состояние здоровья населения является одним из важнейших критериев оценки эффективности работы органов государственной власти и непосредственно президента республики.

Неслучайно одним из советников президента США является советник по здравоохранению, образованию и науке.

Комплекс предлагаемых мероприятий предусматривает защиту интересов потребителя медицинских услуг на основе бесплатного обеспечения гарантированного объема и качества медицинской помощи.

Система охраны и укрепления здоровья населения, адаптированная к рыночным отношениям, высветит социально-экономические аспекты общественного здоровья, привлечет внимание различных специалистов к решению наболевших проблем и будет способствовать снижению социальной напряженности.

Внедрение медицинского страхования создаст баланс интересов населения, предприятий и учреждений, органов управления и медицинских работников в деле охраны и укрепления здоровья.

При этом в рамках страховых программ население будет обеспечено бесплатной помощью в пределах гарантированного объема и качества на основе свободного выбора врача и лечебно-профилактического учреждения при участии квалифицированного посредника в лице страховой организации, отвечающей на предоставление медицинских услуг.

Предприятия, согласно программ медицинского страхования, представится возможность выбора врачей и учреждений для оказания медицинской помощи своим работникам на основе гарантий соблюдения медико-экономических стандартов, улучшения условий труда и заинтересованности работников в сохранении высокой трудоспособности.

Медицинские работники обретут реальную возможность рационального использования потенциала профессиональной компетентности в интересах населения и решения собственных проблем экономической заинтересованности.

Органы управления государственной власти смогут ставить конкретные задачи по улучшению или поддержанию на необходимом

уровне здоровья населения и спрашивать за результат.

Реорганизация системы управления информационного обеспечения, деятельности научно-исследовательских учреждений, подготовки и использования медицинских кадров обеспечит эффективность экономической целесообразности предстоящих перемен.

Реализация принципиальных аспектов предлагаемой реформы позволит уже в ближайшие годы получить ощутимые результаты удовлетворения населения в решении проблем здравоохранения.