



СФ

**С О В Е Т
Ф Е Д Е Р А Ц И И**

Федерального Собрания
Российской Федерации

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ВЕСТНИК
№ 54 (653)**

**О приоритетных направлениях
развития здравоохранения в
Российской Федерации**

К «правительственному часу» 403-го заседания
Совета Федерации Федерального Собрания
Российской Федерации, 23 декабря 2016 года

Аналитический вестник подготовлен к «правительственному часу» 403-го заседания Совета Федерации на тему «О приоритетных направлениях развития здравоохранения в Российской Федерации».

В издании представлен широкий спектр экспертных и профессиональных мнений по вопросам обеспечения доступности медицинских услуг для населения нашей страны в правовом, экономическом и финансовом аспекте, а также качества работы медицинских организаций. Уделено внимание развитию санаторно-курортного лечения детей, их медицинской реабилитации и оздоровления. Содержатся оценки профилактического направления здравоохранения, а также современных вызовов системам здравоохранения в общемировом масштабе.

В числе авторов вестника – специалисты Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, Центра экономической теории социального сектора Института экономики РАН, Центра сравнительной социальной политики факультета государственного управления МГУ имени М.В. Ломоносова, Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины и Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков.

Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации выражает благодарность всем авторам за сотрудничество и представленные материалы.

Данная публикация может быть использована в деятельности членов Совета Федерации, в работе органов государственной власти, органов управления здравоохранением, а также представлять интерес для медицинских работников, научных организаций и общественных организаций.

СОДЕРЖАНИЕ

Рязанский В.В., председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике

Об актуальных направлениях законодательного регулирования здравоохранения в Российской Федерации4

Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН

Римашевская Н.М., заведующая лабораторией гендерных проблем, член-корреспондент РАН, д.э.н.

Русанова Н.Е., ведущий научный сотрудник, д.э.н.

Здоровье россиян и приоритеты общественного здравоохранения8

Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации

Путило Н.В., заведующая отделом социального законодательства, к.ю.н.

К вопросу о правовых аспектах приоритетных направлений развития здравоохранения в Российской Федерации15

Волкова Н.С., ученый секретарь, к.ю.н.

Путило Н.В., заведующая отделом социального законодательства, к.ю.н.

Цомартова Ф.В., старший научный сотрудник отдела социального законодательства, к.ю.н.

К вопросу о доступности для населения услуг в сфере здравоохранения26

Центр экономической теории социального сектора Института экономики РАН

Чубарова Т.В., заведующая Центром, д.э.н.

Доступность медицинских услуг в России: методологические и финансовые проблемы32

Центр сравнительной социальной политики, факультет государственного управления, МГУ имени М.В. Ломоносова

Григорьева Н.С., директор Центра, профессор, д.п.н.

Оценка качества работы медицинских организаций: мониторинг для политиков48

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Стародубов В.И., директор, академик РАН

Соболева Н.П., заведующая отделением инновационных технологий профилактики заболеваний, к.м.н.

Савченко Е.Д., ведущий научный сотрудник отделения инновационных технологий профилактики заболеваний, к.м.н.

Инновационные направления развития центров здоровья63

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

Хан М.А., руководитель отдела медицинской реабилитации детей и подростков, д.м.н., профессор

Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации детей.....73

Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей Минздрава России

Кучма В.Р., директор, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

Рапопорт И.К., заведующая лабораторией научных основ школ здоровья, д.м.н., профессор

Седова А.С., и.о. заведующего отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков

Медицинские проблемы организации отдыха и оздоровления81

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России

Самородская И.В., руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения, д.м.н., профессор

Общемировые современные вызовы системам здравоохранения и перспективы междисциплинарных решений.....86

Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

Павленко О.В., главный советник отдела социальной политики

Актуальные вопросы развития телемедицинских технологий в России100

Об актуальных направлениях законодательного регулирования здравоохранения в Российской Федерации

Рязанский В.В., председатель
Комитета Совета Федерации по
социальной политике

В Послании Федеральному Собранию Российской Федерации от 1 декабря 2016 года Президент России В.В. Путин уделил значительное внимание вопросам здравоохранения и определил основные направления развития отрасли на ближайшую перспективу. В их числе – укрепление первичного звена здравоохранения, повышение уровня информатизации медицинских организаций и развитие санитарной авиации.

В рамках работы Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам уже утверждены четыре приоритетных проекта в сфере здравоохранения¹.

Первый проект, который получил название «Технологии и комфорт – матерям и детям», направлен на совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов и предусматривает, в том числе, развитие сети перинатальных центров. Меры по его реализации рассчитаны на ближайшие два года – до конца 2018 года и должны позволить снизить младенческую смертность в Российской Федерации до показателя 5,8 на 1000 детей, родившихся живыми.

В рамках проекта «Электронное здравоохранение», рассчитанного до 2025 года, запланированы внедрение информационных медицинских технологий, организация многоуровневой системы телемедицинских консультаций медицинских работников. Важными направлениями проекта являются переход к ведению медицинской документации в электронном виде, развитие электронных сервисов, которыми в 2018 году будут иметь возможность пользоваться не менее 14 млн. граждан, а к 2020 году – 30 млн. граждан.

Следующий проект – «Развитие санитарной авиации» – будет способствовать обеспечению своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации. Предусматривается реализация региональных программ развития оказания медицинской помощи с использованием санитарной авиации, а также строительство в рамках

¹ Утверждены на заседании Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 25 октября 2016 года.

государственно-частного партнерства в 34 субъектах Российской Федерации 34 вертолетных площадок при медицинских организациях.

Проект «Лекарства. Качество и безопасность» предусматривает внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя. С 1 января 2017 года начнется эксперимент по маркировке лекарственных препаратов специальными идентификационными знаками, которые можно будет отследить с помощью информационной системы². Такая маркировка поможет выстроить систему планирования производства и обеспечения системы здравоохранения лекарствами, а также сократить уровень контрафактной и фальсифицированной продукции в стране. На втором этапе с 1 января 2018 года предусматривается обязательная маркировка 100% лекарственных препаратов.

Безусловно, для эффективной реализации проектов первоочередное значение имеет качественная законодательная и нормативно-правовая база.

В связи с этим следует отметить сферу лекарственного обеспечения, где в последнее время существенно обновлено законодательство. Только в текущем году приняты законы о ратификации соглашений в рамках Евразийского экономического союза об установлении единых принципов и правил регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий³.

По инициативе членов Совета Федерации и депутатов Государственной Думы сохранен механизм централизованной закупки лекарственных препаратов для пациентов, страдающих заболеваниями из числа семи высокозатратных нозологий, что гарантирует обеспечение их необходимыми лекарствами вне зависимости от региона проживания⁴.

Установлены требования к ввозу в Российскую Федерацию физическими лицами в целях личного использования лекарственных препаратов, содержащих сильнодействующие вещества⁵. С целью развития биомедицины в нашей стране, создания и использования в

² Проведение эксперимента, а также методологическое сопровождение и взаимодействие с участниками обеспечивают Федеральная налоговая служба, Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (<https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/08/02>).

³ Федеральные законы от 31 января 2016 года № 5-ФЗ «О ратификации Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза» и от 31 января 2016 года № 4-ФЗ «О ратификации Соглашения о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза».

⁴ Федеральный закон от 26 апреля 2016 года № 112-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁵ Федеральный закон от 2 июня 2016 года № 163-ФЗ «О внесении изменения в статью 50 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств».

практическом здравоохранении инновационных средств для лечения заболеваний созданы правовые условия для безопасного применения биомедицинских клеточных продуктов⁶. Расширены полномочия Росздравнадзора по контролю за деятельностью медицинских и фармацевтических организаций⁷.

Принятые законодательные акты создают правовую основу, в том числе и для реализации предложенных мер в сфере лекарственной политики.

Вместе с тем в сфере развития информационных медицинских технологий имеются существенные правовые пробелы. Так, отсутствие как на федеральном, так и на региональном уровнях законодательного регулирования вопросов телемедицины является сдерживающим фактором для ее развития. В настоящее время в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»⁸ отсутствует понятие «телемедицинская услуга», что затрудняет развитие дистанционной медицинской помощи посредством информационных технологий и не позволяет осуществлять финансирование телемедицинских услуг из средств обязательного медицинского страхования. Необходимо законодательное установление видов медицинской помощи, которые не могут быть оказаны посредством электронной медицины.

Минздравом России в целях создания правовых основ использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья разработан проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения». Совет Федерации еще в октябре 2016 года рекомендовал Правительству Российской Федерации ускорить его внесение в Государственную Думу⁹. Скорейшее принятие закона необходимо, поскольку потребуются время еще и для разработки и принятия подзаконных нормативных правовых актов.

В будущем году Совет Федерации продолжит работу над такими законопроектами, как «О донорстве органов человека и их трансплантации», «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части разработки и применения клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи).

⁶ Федеральный закон от 23 июня 2016 года № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах».

⁷ Федеральный закон от 5 апреля 2016 года № 93-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁸ Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁹ Постановление Совета Федерации от 12 октября 2016 года № 455-СФ «О приоритетах Правительства Российской Федерации в социальной сфере на среднесрочную перспективу».

Особое внимание будет уделено вопросам устранения финансовых диспропорций в системе обязательного медицинского страхования. Совет Федерации неоднократно обращал внимание Правительства Российской Федерации на ежегодный рост расходов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в том числе трудоспособного возраста.

По мнению членов палаты для решения данной проблемы необходимо внести изменения в законодательство Российской Федерации в целях определения правового статуса самозанятых граждан – физических лиц, которые оказывают на индивидуальной основе некоторые виды услуг физическим лицам и не являются индивидуальными предпринимателями. Также на контроле палаты находится вопрос о введении персонифицированного учета неработающих граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, от численности которых зависит нагрузка на бюджеты субъектов Российской Федерации.

Совместными усилиями законодателей, органов исполнительной власти и экспертного сообщества мы должны устранить имеющиеся правовые пробелы и создать все условия для развития отечественного здравоохранения.

Институт социально-экономических проблем населения РАН

Здоровье россиян и приоритеты общественного здравоохранения

Римашевская Н.М., заведующая лабораторией
гендерных проблем, член-корреспондент РАН, д.э.н.

Русанова Н.Е., ведущий научный сотрудник, д.э.н.

Главное богатство любой страны – ее люди. Человеческий фактор сегодня не только на 2/3 определяет рост ВВП¹⁰, но и во многом детерминирует геополитическую роль территории. В развитии современной цивилизации доминирует ценность жизни, а успехи экономического развития все более связываются с демографической ситуацией, которая, в свою очередь, существенно зависит от состояния здоровья каждого человека в отдельности и населения в целом.

По определению ВОЗ «здоровье – это состояние физического, психического (душевного) и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи»¹¹. Исходный потенциал здоровья детерминирован генетическими особенностями индивида и проявляется запасом защитных сил организма, степенью его сопротивляемости патологиям. Здоровье как важнейший компонент человеческого капитала является одним из базовых факторов и одновременно результатом социально-экономической модернизации России. Потенциал здоровья нации на макроуровне определяется его запасом в разных возрастно-половых группах, которые характеризуются разным состоянием здоровья и по-разному реагируют на институциональные изменения в системе здравоохранения.

Исследовательская проблема определения категории «здоровье» эволюционировала от частно-научного понимания к многостороннему изучению, оставаясь при этом на верхней ступени иерархии человеческих ценностей. Однако особую актуальность она приобрела во второй половине XX в., когда, при переходе к постиндустриальному этапу, высокая производительность общественного труда позволила содержать институциональное население, и возникли новые отрасли, не требующие исключительно молодой, здоровой рабочей силы, что способствовало многовариантной занятости.

С точки зрения демографического развития важны два уровня здоровья – популяционный (общественное здоровье), относящийся к населению определенной территории, региона, страны, и

¹⁰ Доклад о развитии человека за 1996 г. UNDP, Нью-Йорк, Оксфорд, 1996, с. 7.

¹¹ Официальный сайт ВОЗ (<http://www.who.int/suggestions/faq/ru/>). Дата обращения – 07.08.2015.

индивидуальный, характеризующий отдельного человека. Состояние популяционного здоровья измеряется такими показателями, как продолжительность предстоящей жизни, уровень заболеваемости и инвалидизации, а в контексте индивидуального здоровья на первый план выходят характеристики здоровья как компонента человеческого капитала и качества жизни населения. Последнее настолько важно, что во многих странах произошла смена парадигмы в области общественного здравоохранения и перенос основных акцентов с проблем смертности и заболеваемости на задачи улучшения здоровья и повышения уровня благополучия, оцениваемые по субъективным и качественным данным о степени удовлетворенности жизнью как прогностическом индикаторе здоровья¹². В этой связи каждый человек несет ответственность за свое здоровье как за личную и социальную ценность, что проявляется через осознанность самосохранительного поведения, которое формируется под влиянием социальных норм, ценностей и стереотипов, предполагая высокую информированность и грамотность в сфере здоровья.

Сегодняшняя демографическая и медико-социальная ситуация в России требует реформ, способных привести систему охраны общественного здоровья в состояние, адекватное современным потребностям. В определенном смысле это новый взгляд на проблему здоровья, закономерно перешедшую с индивидуального на общественный уровень: если на протяжении почти всей истории человечества здоровье было лишь личной заботой человека (кроме периодов эпидемий и военных конфликтов), то на стадии технологической цивилизации индивидуальное здоровье стало тем единственным «пазлом», без которого не складывается законченный «портрет» производительных сил общества.

Общество, со своей стороны, может и должно предложить такую систему охраны здоровья, которая позволит каждому человеку получить качественную медицинскую помощь, обеспечивающую оптимальные результаты на базе современного уровня знаний и технологий при минимально необходимых затратах. Практика показывает, что это едва ли не самое трудное в современном инновационном мире. В последние годы многие страны проводят реформы здравоохранения, и нет ни одной, которую можно было бы считать абсолютно успешной. Часто возникает конфликт интересов «производителей» и «потребителей», обусловленный спецификой рыночных отношений в социальной сфере. Пример – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), которое полностью сняло проблему бесплодия в демографии, но спровоцировало целый ряд вопросов, вызванных потребностью клиник

¹² Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкая перспектива — новые рубежи в работе с фактическими данными. Основные положения.

получать прибыль.

Негативный тренд здоровья, наблюдающийся в России с начала 1990-х гг., во многом является следствием монетаристских экономических реформ с неизбежным при таком подходе снижении государственного внимания к социальным вопросам. Это способствует радикальной реформации поведения населения, в конечном счете приводящей к ухудшению «биологического наследственного фонда положительных свойств народа», его деградации и вырождению¹³. Более чем двадцатилетние обследования индивидуального здоровья в России выявили, что здоровье россиян имеет устойчивую нисходящую динамику, наиболее выраженную у детей и молодежи¹⁴. На протяжении жизни интенсивность ухудшения здоровья у детей выше средней, и проблемы заболеваемости перемещаются во все более молодые возрастные группы. Новорожденные с каждым годом появляются на свет все с меньшим потенциалом здоровья, а социальные условия препятствуют реализации врожденных резервов организма, расчетный биологический «пик» которых приходится на возраст 35 лет, но в реальности наступает вдвое раньше. В результате уже поколение 1980-х вступило в новый век с ухудшающимся здоровьем и, достигнув репродуктивного возраста, стало воспроизводить больное потомство.

Снижение рождаемости и уменьшение численности молодежных когорт непосредственно вызывает трудности модернизации экономики и реализации нового уклада хозяйственной жизни, основанного на быстрой смене технологий. Главная опасность такого тренда состоит в приближении к «точке невозврата», после которой повысить качество населения будет невозможно, а демографические потери увеличатся. Современное российское общество все глубже втягивается в «социальную воронку» нездоровья, для выхода из которой недостаточно жизни одного поколения.

Специфика инновационного общества в том, что оно способно найти полноценную социальную роль каждому человеку, независимо от его возраста и физических возможностей. При этом инновации, с одной стороны, позволяют ликвидировать ранее фатальные нарушения здоровья, но одновременно создают и новые опасности для него (например, компьютерная зависимость или «наследственное бесплодие»). Исходя из этого, задачей общественного здравоохранения становится синхронизация процессов выявления новых нарушений

¹³ Сорокин П. Социология революции. М.: Росспэн – «территория будущего», 2005, с. 183, 198.

¹⁴ См. Сбережение народа / Под ред. Н.М. Римашевской: Институт соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007; Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть 20-го века. Проект «Таганрог» / Под ред. Н.М. Римашевской. М.: Издательство ИСЭПН, 2001; Здоровье и социально-демографические процессы в России. Сборник статей под ред. профессора, д.э.н. А.Ю. Шевякова. М. 2010; Римашевская Н.М. Социальная политика сбережения народа. / Ученые записки Петрозаводского Государственного университета. Общественные и гуманитарные науки. № 5 (110). Август, 2010 и др.

здоровья и возможностей их коррекции. Структура социально-экономических факторов, определяющих здоровье, показывает, что главным является материальная обеспеченность населения, снижение масштабов бедности и социальной поляризации, возникших вследствие перекосов в сфере распределения, поэтому основные меры должны быть направлены на модернизацию распределительных отношений.

В 2012 г. все 53 государства – члена Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) приняли программу Здоровье-2020 – новую общую основу европейской политики в области здравоохранения¹⁵. Эта политика поддерживает действия государства и общества, направленные на то, чтобы улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства, укрепить общественное здравоохранение, а также обеспечить наличие систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, характеризующихся высоким качеством помощи и соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости и устойчивости. В 2013 г. была утверждена соответствующая система целевых ориентиров и индикаторов мониторинга, включающая:

- снижение преждевременной смертности;
- повышение средней продолжительности жизни;
- сокращение масштабов социальной несправедливости в отношении здоровья;
- повышение уровня благополучия населения;
- обеспечение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения;
- принятие соответствующих национальных целевых ориентиров¹⁶.

Указанные цели в принципе соответствуют принятым в последние годы в России решениям о реформировании системы общественного здравоохранения, однако степень их достижения различна. Европа в целом движется к достижению целевого ориентира по сокращению преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета, но высокими остаются уровни таких ключевых факторов риска, как употребление алкоголя (11 литров чистого алкоголя на душу населения в год) и табака (30% европейцев потребляют табак), а также избыточная масса тела и ожирение (59% имеют избыточную массу тела или страдают от ожирения)¹⁷. Хотя в России эти показатели, по данным ВОЗ, достаточно благоприятны, а такие социальные детерминанты, как младенческая

¹⁵ Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 14 июля 2015 г.).

¹⁶ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкая перспектива — новые рубежи в работе с фактическими данными. Основные положения. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/291518/EHR_High_RU_WEB_01.pdf?ua=1).

¹⁷ Там же.

смертность (7,4‰ в 2014 г.)¹⁸, продолжительность жизни (в 2014 г. – 70,93 года при рождении)¹⁹, охват детей начальным школьным обучением и уровень безработицы, демонстрируют положительную тенденцию, острота текущих проблем здоровья и здравоохранения ощутима.

Пристального внимания требует здоровье населения в трудоспособном возрасте (16–54/59 лет), поскольку данная возрастная группа, являясь базовой «движущей силой» модернизации экономики, характеризуется тенденцией к абсолютному сокращению численности. По данным диспансеризации взрослого населения России 2013 г. (около 23 млн. чел.) чаще всего у взрослых фиксируются болезни эндокринной системы, системы кровообращения и органов пищеварения, но распространенность меняется с возрастом. Молодежь в возрасте 21–26 лет наиболее подвержена болезням органов пищеварения и эндокринной системы (19‰ и 12‰, соответственно), к 39 годам на первое место выходят болезни системы кровообращения (68‰), уровень которых к пенсионному возрасту возрастает более чем вдвое (до 150‰)²⁰. Здоровье работников является важным ресурсом производства, в связи с чем ВОЗ и Международная организация труда (МОТ) придают большое значение охране здоровья на производстве. Для России это особенно актуально из-за прогнозируемого сокращения трудоспособного населения на 8–9% к 2020 г. – до 79–80 млн. чел. против сегодняшних 87 млн. человек²¹. В этих условиях необходимо, чтобы потенциал трудоспособного населения позволял «закрывать» потребности рынка труда, а здоровье работников позволило занять привлекательную или свободную нишу рынка труда. Таким образом, еще более важным становится сбережение здоровья трудоспособного населения на уровне государства, работодателя и индивида.

Первые итоги стартовавшей в январе 2015 г. реформы здравоохранения в России показали, что она не только не улучшила качество оказываемых населению медицинских услуг, но сделала их менее доступными из-за сокращения медицинского персонала, больничных коек и роста объема платных услуг²². По результатам социологических опросов 2014–2015 гг. меньше половины россиян удовлетворены медицинской помощью, а треть опрошенных оценивает

¹⁸ Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб./Росстат. – М., 2015. – с. 25

¹⁹ Там же, с. 19.

²⁰ Минздрав рассказал о болезнях россиян (<http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/09/25/051sick/>).

²¹ Башкатова А. Демография загоняет Россию в экономический тупик // Независимая газета. 01.03.2013.

²² Реформа здравоохранения 2015 – рост смертности в России, критика Счетной палаты, итоги года. // Информационный портал «Новости регионов России» (14.04.2015).

ситуацию в здравоохранении как плохую²³. Одной из возможных причин является институциональный разрыв между факторами популяционного и индивидуального здоровья, возникающий из-за несоответствия потребности современных систем общественного здравоохранения в высокоформализованных стандартизированных технологиях оказания медицинской помощи в рамках единого информационного пространства здравоохранения и социального развития, и возможностями населения принять их. Эффективность общественного здравоохранения детерминируется на макроуровне организационными принципами, источниками финансирования, правовым обеспечением, кадровым потенциалом, а индивидуальное здоровье как микроэкономический параметр более всего зависит от сложившихся традиций оказания медицинской помощи и обычаев самосохранительного поведения населения.

Основы российской системы здравоохранения были заложены земской медициной²⁴. Все принципы (участковость, общедоступность, бесплатность для всех плательщиков земских повинностей, диспансеризация) были разработаны еще в XIX в. Земские врачи впервые внедрили индивидуальные карты больных, позже признанные наиболее совершенной формой сбора данных о заболеваемости в амбулаторных условиях. Вначале существовала разъездная система, при которой врачи последовательно объезжали входящие в земство населенные пункты и оказывали необходимую помощь по месту проживания больных, позже она была заменена врачебными участками, сохранившимися до настоящего времени. На фундаменте земского здравоохранения сформировалась современная система оказания медицинской помощи («модель Семашко»), включающая амбулаторно-поликлинический и стационарный уровни. Земских врачей заменили участковые терапевты, выполняющие роль врачей первого контакта, к которым обращается заболевший. Человек либо лечится дома по назначениям участкового терапевта или узкого специалиста поликлиники, либо по направлению врачей поликлиники или самостоятельно через службу «скорой медицинской помощи» – в стационаре, откуда после проведенного лечения возвращается под наблюдение соответствующих врачей по месту жительства.

Такая система существенно отличалась от зарубежной, где врач первого контакта – это врач общей практики (или семейный врач). В 2005 г. в России был взят курс на постепенный переход от принципа обслуживания пациентов через поликлиническую сеть к созданию общих врачебных практик со специалистами-универсалами (приказ МЗиСР РФ

²³ Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. (<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya>).

²⁴ Сайт Врачебные файлы (<http://www.spruce.ru/text/conceptio/04.html>).

от 17.01.2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». Однако оказалось, что на современном уровне развития медицины врач общей практики не может самостоятельно поддерживать высокий уровень обслуживания пациентов, ему необходимо постоянно осваивать новые методики (поэтому за рубежом возникли варианты организации обслуживания на коллективной основе, то есть групповые практики). Кроме того, популярности поликлиник как многопрофильных лечебно-профилактических учреждений способствовали традиции государственного патернализма, автоматически гарантировавшие медицинскую помощь по месту жительства.

Совершенствование организации медицинской помощи, предусматривающее введение новых стандартов, этапов и целевых показателей, предполагает изменение привычного алгоритма поведения пациентов и функций медицинских работников. Это требует от государства обязательств по формированию здорового образа жизни среди населения, что возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе ценностей общества, создания у населения мотивации быть здоровым, обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

Едва ли не самой сложной проблемой российского здравоохранения остаются кадры. Несмотря на то, что врачей в Российской Федерации больше на душу населения, чем в среднем в развитых странах, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения в нашей стране хуже, что свидетельствует о низкой эффективности отечественной системы здравоохранения, недостаточной квалификации медицинского персонала и его слабой мотивации к профессиональному совершенствованию. Кадровые диспропорции приводят к тому, что большинство медицинских работников концентрируются в стационарных учреждениях (более 100 тыс. врачей) при их нехватке в первичном звене (около 49 тыс. врачей), сохраняется дисбаланс между разными медицинскими специальностями (избыток гематологов, урологов, гинекологов, некоторых других специалистов при нехватке педиатров, пульмонологов, общих хирургов) и неблагоприятное соотношение врачей и среднего медицинского персонала (1:2,1 при норме 1:3, для некоторых уровней патронажа и реабилитации – 1:7 или 1:8), практически полностью отсутствуют профессиональные управленческие кадры²⁵.

Таким образом, состояние и перспективы здоровья населения в контексте современных аспектов общественного развития

²⁵ Там же.

свидетельствует о возрастающей актуальности этой проблемы. Здоровье и здравоохранение взаимосвязаны, но не должны подменять друг друга, иначе приоритеты в сфере медицинских услуг будут выбраны неверно, а направляемые ресурсы не получат эффективного использования. Количество медицинского персонала, больничных коек и внедрение современных технологий лечения влияют не на здоровье, а на его восстановление, поэтому актуализируется задача не просто сохранения здоровья на уровне, полученном при рождении, но улучшения его и сохранения по крайней мере на протяжении репродуктивного и трудоспособного возраста.

Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации

К вопросу о правовых аспектах приоритетных направлений развития здравоохранения в Российской Федерации

Путило Н.В., заведующая отделом социального законодательства, к.ю.н.

Согласно принятым сегодня на международном уровне подходам²⁶ для определения качества государства используется такой критерий, как индекс человеческого развития, составляемый по результатам трех измерений: 1) здоровье и долголетие; 2) знания; 3) достойные условия жизни.

Из 186 стран Россия занимает 55 место: между Кувейтом и Румынией. Это место не позволяет России считаться страной с очень высоким уровнем человеческого развития (первое место занимает Норвегия, 47-е – Хорватия), но относит нашу страну к группе стран с высоким уровнем человеческого развития (с 48 (Бахрейн) по 94 (Тунис)).

Помимо этого используются такие критерии, как: *расходы на здравоохранение* (у России они составляют – 3,2% от ВВП; у Норвегии – 8% от ВВП; у Румынии – 4,4% от ВВП; у Иордании – 5,4% от ВВП); *материнская смертность* (в России составляет 35 смертей на 100 тыс. живорождений, для сравнения: Эстония – 2, Сингапур и Греция – 3, Норвегия, Австралия, Германия, Израиль – 7); *удовлетворенность качеством здравоохранения* (в России – 35); *ожидаемая продолжительность жизни* (в России составляет 69 лет, для сравнения: Япония и Китай – 83, Австралия, Норвегия, Нидерланды, Германия,

²⁶ Доклад о человеческом развитии 2013. Возвышение юга: человеческий прогресс в многообразном мире. Опубликовано для Программы развития Организации Объединенных Наций. М., Издательство «Весь Мир», 2013 г. С. 143–197.

Новая Зеландия, Ирландия, Швеция (82, 5), Швейцария, Исландия, Израиль, Бельгия, Австрия, Сингапур, Франция, Финляндия, Испания, Италия, Греция, Андорра, Великобритания – более 80 лет, Шри-Ланка, Босния и Герцеговина, Македония, Доминика, Албания, Ливия, Коста-Рика, Куба, Мексика, Бахрейн, Уругвай – более 75 лет).

Данные цифры требуют нового осмысления ряда ключевых постулатов, на которых основывается проводимая в настоящее время социальная политика вообще и политика в сфере здравоохранения в частности.

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 31.12.2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» Стратегия национальной безопасности определяет стратегические национальные приоритеты – важнейшие направления обеспечения национальной безопасности. Среди них: оборона страны; государственная и общественная безопасность; повышение качества жизни российских граждан; экономический рост; наука, технологии и образование; здравоохранение; культура; экология живых систем и рациональное природопользование; стратегическая стабильность и равноправное стратегическое партнерство.

Исходя из того, что обеспечение национальных интересов осуществляется посредством реализации стратегических национальных приоритетов (СНП) и состояние национальной безопасности напрямую зависит от степени их реализации, можно сделать вывод, что помимо закрепления перечня СНП, необходима разработка соответствующего правового оформления. Представляется, что это должны быть акты, близкие по своей природе и содержанию к программно-целевым документам (программам). В любом случае, они должны фиксировать количественно измеряемые цели и задачи, способы их достижения. Заметим: тот факт, что именно в Стратегии национальной безопасности определены СНП, не является произвольным усмотрением самой Стратегии. Согласно Федеральному закону от 28 июня 2014 г. №172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» Стратегия национальной безопасности Российской Федерации определяет национальные интересы Российской Федерации и стратегические национальные приоритеты в сфере обеспечения национальной безопасности Российской Федерации.

Стратегия национальной безопасности определяет организационные, нормативные правовые и информационные основы обеспечения национальной безопасности Российской Федерации. Положения Стратегии являются основой для разработки и корректировки документов стратегического планирования и программ в области обеспечения национальной безопасности и социально-экономического развития Российской Федерации, а также документов, касающихся деятельности органов государственной власти и органов

местного самоуправления. Однако в отношении СНП не указано, как именно следует их оформлять.

В Федеральном законе «О стратегическом планировании в Российской Федерации» можно насчитать более 20 документов стратегического планирования, разрабатываемых на федеральном уровне (ежегодное послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации; Стратегия социально-экономического развития Российской Федерации; Стратегия национальной безопасности Российской Федерации; Основы государственной политики, доктрины и другие документы в сфере обеспечения национальной безопасности Российской Федерации; стратегический прогноз Российской Федерации; прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на долгосрочный период; прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочный период; основные направления деятельности Правительства Российской Федерации; государственные программы Российской Федерации; планы деятельности федеральных органов исполнительной власти и др.).

Также необходимо учитывать, что, несмотря на отсутствие термина «стратегический национальный приоритет» в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р, определены основные приоритеты социальной и экономической политики, включая приоритеты в развитии человеческого потенциала, где здоровье названо приоритетом общества, и обозначены приоритетные задачи, решение которых необходимо для развития системы здравоохранения.

Практика показывает, что в условиях множественности документов, которыми утверждаются те или иные приоритеты, наблюдается конкуренция между приоритетами и методами их достижения, «чехарда» приоритетов (одна формулировка сменяется другой без какой-либо надобности и обоснованности), фиктивность и декларативность соответствующих актов. Поэтому должна быть создана строго иерархичная система актов, закрепляющих те или иные приоритеты. Причем приоритеты базового уровня должны быть закреплены в нормативных правовых актах, имеющих общеобязательный, императивный характер.

В связи с отмеченным многообразием считаем необходимым на данном этапе внести ясность в отношении того, в каком из указанных документов следует отразить положения стратегического национального приоритета «повышение качества жизни российских граждан» с учетом того, что это самостоятельный приоритет, отличный от приоритета «здравоохранение».

Проект стратегии развития здравоохранения должен

разрабатываться в системном единстве с актами, касающимися развития иных отраслей социальной сферы. В противном случае не удастся обеспечить комплексный характер обсуждаемых решений.

Также необходимо ориентироваться на уже упомянутые показатели качества жизни, закрепленные в международных документах, соотнося предлагаемые решения с той или иной группой показателей. Эти показатели можно условно разделить по нескольким блокам:

1) показатели экономического плана:

ВВП на душу населения,
квинтильный коэффициент дохода (соотношение доходов 20 процентов богатейших с 20 процентами беднейших),
индекс Джини (свидетельствует о неравенстве в обществе),
расходы на образование,
расходы на здравоохранение,
расходы на оборону,
материнская смертность (на 100 тыс. живорождений);

2) показатели оценочного характера:

удовлетворенность качеством образования,
удовлетворенность качеством здравоохранения;

3) показатели социально-демографического плана:

численность научных работников на 1 млн. чел.,
среднегодовой прирост населения,
ожидаемая продолжительность жизни,
коэффициент рождаемости у подростков;

4) показатель организационно-управленческого характера – коррупция;

5) показатель, отражающий процесс социализации личности, – средняя продолжительность обучения.

Среди проблем, на преодоление которых должны быть направлены стратегически важные преобразования в здравоохранении, необходимо отметить следующие.

1. Чрезмерная финансовая нагрузка на бюджеты субъектов Российской Федерации в части проведения государственной социальной политики, включая политику в сфере охраны здоровья граждан.

Именно финансовая обеспеченность норм законодательства об охране здоровья граждан или предложенный федеральным законом механизм финансирования здравоохранения становятся предметом судебных исков. Так, Конституционный Суд Российской Федерации указал, что наделение субъектов Российской Федерации полномочиями по предметам совместного ведения, связанным с реализацией функций социального государства, не означает, что Российская Федерация тем самым перестает нести ответственность за состояние дел в

соответствующей сфере²⁷. Напротив, в случае недостаточности собственных средств (например, для закупки лекарственных препаратов для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности) субъекты Российской Федерации вправе рассчитывать на **оказание им Российской Федерацией в той или иной форме финансовой помощи целевого характера. Однако такой механизм практически не используется.**

Свидетельством несовершенства используемого подхода к распределению финансовой нагрузки между Российской Федерацией и субъектами Российской Федерации являются многочисленные законопроекты, разработанные с одной целью – изменить положения ч. 1 ст. 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которым Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов Российской Федерации осуществление ряда полномочий, включая полномочие по организации обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами. Режим переданных полномочий предполагает, что средства на их осуществление предусматриваются в виде субвенций из федерального бюджета.

Первоначально данную норму предполагалось ввести в действие с 1 января 2014 года, затем вследствие принятия Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – с 1 января 2015 г. В настоящее время согласно нормам Федерального закона от 21 июля 2014 г. № 205-ФЗ «О внесении изменения в статью 101 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия должны быть переданы субъектам Российской Федерации с 1 января 2018 года.

Несколькими проектами сегодня (например, проект федерального закона № 893840-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (внесен в

²⁷ Определение от 2 июля 2013 г. № 1054-о «Об отказе в принятии к рассмотрению запросов Кабинета министров Республики Татарстан и Вахитовского районного суда города Казани о проверке конституционности пункта 10 части 1 статьи 16 и части 9 статьи 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данная позиция отражена также в Постановлении КС РФ от 17 июня 2004 года № 12-П, определениях КС РФ от 27 декабря 2005 года № 502-О и от 16 ноября 2006 года № 508-О.

Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации членами Совета Федерации Г.Н. Кареловой, В.В. Рязанским, Л.В. Козловой, И.Н. Чернышевым, В.И. Круглым, В.С. Абрамовым, депутатами Государственной Думы О.Ю. Баталиной, В.Ю. Максимовым, И.В. Соколовой, О.В. Хоронжук, А.П. Петровым) предлагается закрепить соответствующие полномочия **за федеральными органами государственной власти.**

2. Чрезмерное увлечение идеями рыночной экономики, стремление создать конкуренцию между государственными (муниципальными) и частными медицинскими организациями привело к еще большей концентрации не только сложной, высокотехнологичной медицинской помощи, но и специализированной в государственной системе здравоохранения. Частные медицинские организации и не пытаются играть на этом поле. Их удел – стоматология, аптечные пункты, ветеринария, косметология и т.п. Идея о возможной конкуренции между государственными медицинскими организациями вообще является нелепой, если ее применять за границами крупных мегаполисов, где нет ни развитой сети медицинских организаций (оказывающих одинаковые услуги), ни свободных медицинских кадров (поэтому услуги оказываются одними и теми же врачами и в государственной поликлинике, и в частной).

Включения частного бизнеса в систему ОМС также не произошло, поскольку страховые тарифы как нормы возмещения стоимости услуг значительно ниже издержек оказания соответствующих услуг частными лечебными учреждениями. Если они включатся в конкуренцию за бюджетные средства, то должны будут либо снизить качество услуг, либо повысить стоимость платных услуг, чтобы компенсировать недостатки поступлений из ОМС.

3. Следует признать, что использование принципа одноканального финансирования приводит к проблемам в финансировании высокотехнологичной помощи. Свидетельство тому – внесение в 2014 году в ст. 42 и 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» таких изменений, которые позволяют финансировать медицинскую помощь государственным служащим и приравненным к ним лицам из средств федерального бюджета.

Несмотря на принятие Федерального закона от 22.10.2014 г. № 314-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²⁸, где соблюден принцип бинарного финансирования медицинской помощи (и за счет

²⁸ Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи лицам, занимающим государственные должности Российской Федерации, лицам, замещающим отдельные должности федеральной государственной гражданской службы, и иным лицам согласно актам Президента Российской Федерации и актам Правительства Российской Федерации осуществляется за счет: 1) бюджетных ассигнований федерального бюджета; 2) средств обязательного медицинского страхования.

средств бюджета, и за счет средств ОМС) и первым из источников назван именно бюджет, с сожалением следует констатировать, что дальнейшее правовое обеспечение права граждан на охрану здоровья в целом и бесплатную медицинскую помощь все менее отражает приведенные позиции Конституционного Суда Российской Федерации и все более связывается с возрастающей зависимостью обеспечения этого права от страховых механизмов. Между тем данная тенденция не имеет под собой достаточных правовых оснований, поскольку в силу ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации финансовыми гарантиями бесплатного характера медицинской помощи названы ее финансирование за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, иных поступлений. Исключение (или сведение к ничтожным показателям) первого из названных источников меняет всю сущность механизма реализации социального права граждан на бесплатную медицинскую помощь, нарушает ст. 7 и 41 Конституции Российской Федерации.

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон об обязательном медицинском страховании) регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (ст. 1).

При этом в соответствии со ст. 3 бесплатная медицинская помощь застрахованному лицу за счет средств обязательного медицинского страхования обеспечивается: 1) в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования; 2) в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Статьи 21 и 35 предусматривают, что средства федерального бюджета могут использоваться при финансировании оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Данные нормы Федерального закона следует толковать таким образом, что только включенные в базовую программу обязательного медицинского виды медицинской помощи могут оплачиваться за счет средств обязательного медицинского страхования.

Иные виды медицинской помощи, включенные в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в силу норм ст. 41 Конституции Российской Федерации и Федерального закона от 21 ноября 2014 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», являются

бесплатными для граждан в силу их финансирования из средств федерального бюджета.

Следует заметить, что Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» нарушил основные принципы финансового функционирования системы обязательного медицинского страхования: в ст. 34 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» была закреплена возможность участия средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования в финансировании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В настоящее время наблюдается стремление полностью перевести высокотехнологичную медицинскую помощь в русло финансирования из средств ОМС. Согласно заключению Правительства Российской Федерации на проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вносимый в Государственную Думу депутатами Государственной Думы О.Г. Дмитриевой, И.Д. Грачевым, Н.Р. Петуховой и А.Д. Крутовым, «с 2014 года осуществляется поэтапное включение отдельных видов ВМП в базовую программу ОМС», что не позволяет поддержать идею о финансировании медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств федерального бюджета.

Между тем в соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации бесплатность оказания медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения обеспечивается за счет средств бюджета, страховых взносов, других поступлений. Причем средства бюджета названы первыми среди источников. Это позволяет рассматривать вопрос о непосредственном финансировании высокотехнологичной медицинской помощи из средств федерального бюджета (в дополнение к средствам обязательного медицинского страхования).

4. Отмечающаяся в средствах массовой информации проблема нехватки специалистов в сфере здравоохранения и недостаточность их подготовки для использования современных средств диагностики и лечения связана с отсутствием у работающих медиков возможности повышать свой профессиональный уровень, поскольку сокращение численности медицинских работников вследствие «оптимизации здравоохранения» привела к перегрузке оставшихся специалистов. Принимая те или иные управленческие решения, органы управления в

сфере здравоохранения не учитывают непомерную «бумажную» нагрузку на врачей, которая не только не снижается, но и постоянно растет.

5. При всех положительных моментах процесса стандартизации следует отметить и опасность внедрения современных стандартов, которая состоит в том, что в условиях неподготовленности материально-технической и организационной, кадровой базы медицинские учреждения будут отказываться от оказания услуг по высоким стандартам. Так было в системе образования, когда введенные СанПиНом высокие требования к организации учебного процесса в группах продленного дня привели не к повышению качества пребывания в них, а к массовому отказу школ от оказания таких услуг.

В то же время юридико-технические по своей природе акты (стандарты, порядки, регламенты) обладают большим воздействием на содержание прав и обязанностей пациента и медицинского работника в конкретных правоотношениях, нежели нормы федеральных законов. Так, неверное определение количества времени, отведенного на прием пациента врачом, приводит к тому, что сама медицинская помощь становится фикцией. Однако наблюдается ярко выраженная тенденция сокращения времени, отводимого на непосредственное общение с пациентом: *если в 1999 году²⁹ на первичный прием больного терапевтом отводилось 39 минут, повторный – 24 минуты, то в 2005 г.³⁰ норматив времени на прием одного больного составлял 20 минут при первичном посещении и 18 минут при повторном посещении врача, а в перспективе планируется сократить это время до 10–12 минут³¹.*

6. Правоприменительная практика в сфере обращения лекарственных средств в основном связана с защитой интеллектуальных прав, недобросовестной конкуренцией, соблюдением требований законодательства о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд. С учетом этого фактора, а также имеющихся пробелов правового регулирования (*отсутствуют обязательные полномочия органов местного самоуправления по созданию аптек, производству лекарств в аптеках; критерии географической доступности аптек для населения не являются обязательными для исполнения и т.д.*) наблюдается все больший отход правового регулирования в области лекарственных средств от принципов,

²⁹ Согласно Методике расчета по нормированию труда в системе центров профпатологии. Методические рекомендации № 99/40 (утв. Минздравом РФ 11 марта 1999 г.).

³⁰ Согласно письму Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2005 № 26-МЗ «Об организации работы по медицинскому обеспечению отдельных категорий граждан, получателей набора социальных услуг».

³¹ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/06/28/1906-kommentariy-direktora-departamenta-tatyany-semenovoy-rossiyskoy-gazete-o-normativah-vremeni-priema-u-vracha>.

характерных для сферы охраны здоровья, и преобладание принципов регулирования, характерных для сферы промышленной политики.

В настоящее время 15 государств (Боливия, Венесуэла, Германия (ФРГ), Дания, Коста-Рика, Ливия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Словакия, Уругвай, Финляндия, Чехия, Швеция, Эквадор) присоединились к Конвенции МОТ № 130 «О медицинской помощи и пособиях по болезни» (заключена в г. Женеве 25.06.1969 г.)

В целом содержание концепции в отношении социальных прав граждан в сфере здравоохранения соответствует нормам российского законодательства. Исключение составляет правовое регулирование института лекарственного обеспечения. В соответствии со статьями 1, 7, 8 и 13 Конвенции МОТ № 130 «О медицинской помощи и пособиях по болезни» термин «медицинская помощь» трактуется широко и включает в себя медицинские услуги лечебного характера и медицинские услуги профилактического характера, а также иные, связанные с медицинской помощью услуги. В силу этого в ст. 13 Конвенции указана структура медицинской помощи, которая, помимо прочего, включает отпуск необходимых медикаментов по рецепту врача или другого квалифицированного специалиста и зубоврачебную помощь.

Если в отношении иных категорий услуг, образующих медицинскую помощь, российское законодательство об охране здоровья граждан соответствует Конвенции, то в отношении лекарственного обеспечения ситуация иная. В соответствии со статьями 18, 29, 80 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» получение лекарственных средств на бесплатной для пациента основе по законодательству Российской Федерации возможно в следующих случаях:

1) при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме;

2) при оказании специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;

3) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях для специально установленных законом категорий граждан или видов заболеваний.

Из имеющихся в ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определений понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» со всей очевидностью не следует, что в их состав входит получение лекарственных препаратов. Более того, из имеющихся норм не прослеживается вывод о единстве оснований для оказания медицинской помощи и

лекарственного обеспечения. То есть признание бесплатного характера медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (ст. 41 Конституции Российской Федерации) не сопровождается провозглашением бесплатного характера лекарственного обеспечения при получении бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Более того, даже закрепляя подобный бесплатный характер получения лекарственных препаратов, законодатель ограничивает возможность выбора лекарственных препаратов. Так, бесплатными для пациентов согласно ст. 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при получении медицинской помощи в первых двух из выше перечисленных случаев будут лишь препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Таким образом, законодательство Российской Федерации не содержит механизмов, позволяющих гарантировать сохранение конституционного принципа бесплатности медицинской помощи в отношении лекарственной терапии. Данное обстоятельство позволяет рассматривать ратификацию Конвенции МОТ № 130 «О медицинской помощи и пособиях по болезни» как создание дополнительных гарантий доступности и качества лекарственной терапии для граждан Российской Федерации.

7. Анализ практики реализации актов федерального законодательства показывает: укрупнение и присоединение организаций социальной сферы делает менее доступными их для граждан, что ставит под сомнение действенность конституционных норм, гарантирующих от имени государства гражданам важнейшие социальные блага (ст. 7, 39, 41, 43 и др. Конституции Российской Федерации). При этом важно учитывать, что учреждения закрываются не только вследствие прямой ликвидации (процент ликвидируемых учреждений значительно ниже, чем реорганизуемых), но и после реорганизации: гораздо легче ликвидировать учреждение, ставшее структурным подразделением укрупненного учреждения, нежели отдельное, самостоятельное «мелкое» учреждение. Поэтому следует обратить внимание на законодательные инициативы, касающиеся ограничений процесса ликвидации. Реорганизация также должна быть ограничена.

С целью устранения негативных явлений правоприменительной практики (закрытие и слияние организаций социальной сферы, ухудшение качества медицинских и иных услуг) необходимо установить общие параметры доступности социальных услуг, на основе которых и осуществлялось бы регулирование отдельных аспектов этой доступности федеральными и региональными органами исполнительной власти. С этой целью надлежит пересмотреть положения,

содержащиеся в распоряжении Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. № 1683-р «О методике определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры» и придать им общеобязательный характер посредством закрепления в форме *постановления* Правительства Российской Федерации или *указа* Президента Российской Федерации.

8. Необходимы реальный социально-юридический мониторинг последствий принимаемых мер и своевременная ответная реакция на складывающуюся практику.

Мониторинг состояния здоровья граждан необходим. Но не менее важно проводить мониторинг правовых решений, влияющих на это здоровье.

В настоящее время наблюдается хаотичность и бессистемность в принятии решений, низкое качество законодательных формулировок. Поэтому полагаем необходимым проследить социальные последствия таких решений, как:

разрешение продажи лекарственных препаратов организациям и лицам, не являющимся субъектами фармацевтической деятельности в сельской местности;

доплаты молодым специалистам – медикам, приехавшим на работу в сельскую местность;

доступность и качество лекарственной терапии для пациентов в условиях замены импортных лекарственных препаратов на препараты отечественных фармацевтических производителей и др.

К вопросу о доступности для населения услуг в сфере здравоохранения

Волкова Н.С., ученый секретарь, к.ю.н.

Путило Н.В., заведующая отделом социального законодательства, к.ю.н.

Цомартова Ф.В., старший научный сотрудник
отдела социального законодательства, к.ю.н.

Доступность для населения услуг в социальной сфере (образование, здравоохранение, культура и социальное обслуживание) – одна из ключевых проблем сегодняшнего дня.

В контексте международно-правовых норм и Конституции Российской Федерации доступность означает достигаемость гарантируемых социальных благ для всех граждан в равной степени независимо от места жительства, социального статуса, имущественного положения и т. п.

В 2000 г. Европейская конференция профсоюзов и Европейский центр предприятий с публичным участием и предприятий всеобщего экономического характера выступили с предложением принять Хартию услуг всеобщего характера. Услугу всеобщего характера Хартия определяет как «услугу, создаваемую, организуемую и регулируемую публичным органом, чтобы гарантировать, что предоставление услуги будет обеспечено на условиях, которые он сочтет необходимыми для удовлетворения потребностей общества».

Каждая услуга оказывается с учетом следующих принципов:

универсальность, безопасность, справедливая тарификация;
качество, уровень которого должен быть специфицирован ответственным публичным органом;
эффективность, которая должна быть удостоверена публичным органом;
демократический контроль, транспарентность и т.д.

Услуги всеобщего характера должны оказываться в соответствии с принципом субсидиарности на ближайшем уровне и взаимодополняемости между различными уровнями: европейским, национальным и местным.

Результаты научных исследований, проведенных в Институте законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, позволяют считать, что универсальными критериями доступности услуг в социальной сфере являются:

- 1) географическая доступность (в том числе транспортная доступность);
- 2) экономическая доступность;
- 3) культурная доступность;
- 4) организационная доступность (в том числе информационная);
- 5) *социальная доступность – доступность услуг в социальной сфере для отдельных групп граждан (пожилых, детей, заключенных, инвалидов)*³².

Доступность медицинской помощи – один из базовых принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации, нашедший отражение в важнейших законодательных актах в сфере здравоохранения (федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

³² См.: Публичные услуги и право / под ред. Ю.А. Тихомирова. М., 2007. Социальное законодательство: Научно-практическое пособие / Е.Г. Азарова, В.Н. Зенков, В.В. Лапаева и др.; отв. ред. Ю.А. Тихомиров, В.Н. Зенков. М., 2005. Административные процедуры и контроль в свете европейского опыта / под ред. Т.Я. Хабриевой, Ж. Марку. М., 2011. Хабриева Т.Я. Основные векторы и проблемы развития социального законодательства // Журнал российского права. 2014. № 8. Терещенко Л.К. Услуги: государственные, публичные, социальные // Журнал российского права, 2004, № 10. Путило Н.В. К вопросу о природе социальных услуг // Журнал российского права. 2006. № 4.

В законодательстве о здравоохранении закреплены следующие критерии доступности (ст. 10 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

1) организация оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличие необходимого количества медицинских работников и уровень их квалификации;

3) возможность выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) установление в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

5) транспортная доступность медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

6) возможность беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

7) предоставление застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведений о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в силу Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» критерии доступности медицинской помощи устанавливаются в программах обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Так, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» критериями доступности и качества медицинской помощи в числе прочего являются:

удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения;

смертность населения, в том числе городского и сельского населения;

обеспеченность населения врачами, в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

обеспеченность населения средним медицинским персоналом, в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

полнота охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе проживающих в городской и сельской местности;

количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы, и др.

Применительно к услугам по лекарственному обеспечению речь идет о *ценовой и ассортиментной доступности* необходимых лекарственных препаратов (см., например, письмо Росздравнадзора от 9 февраля 2010 г. № 04И-102/10 «О мониторинге ценовой и ассортиментной доступности лекарственных средств»).

Один из способов обеспечения доступности услуг – наличие специальных органов и организаций, которые эти услуги обязаны оказывать (в силу своего правового статуса) или могут оказывать. Неслучайно конституционными гарантиями доступности медицинских услуг можно считать предписания ст. 41 Конституции Российской Федерации, в которых проведена четкая корреляция между бесплатностью медицинской помощи и оказанием ее в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Анализ действующего законодательства в сфере здравоохранения показывает, что субъекты, оказывающие услуги в данной сфере, могут функционировать в любой организационно-правовой форме. Так, например, в соответствии с пунктом 11 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация – это юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Положения указанного Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

В соответствии с ч. 2 ст. 8 Конституции Российской Федерации в России признаются и защищаются равным образом частная,

государственная, муниципальная и иные формы собственности. Данный принцип нашел воплощение и в системе обязательного медицинского страхования. Согласно ст. 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования отнесены имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с указанным Федеральным законом: 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы; 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Кроме того, в соответствии со ст. 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» юридическим лицом, созданным для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах, является бюджетное учреждение – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием.

Таким образом, в сфере здравоохранения субъектами оказания услуг не являются органы государственной власти. Компетенцию последних составляют регулятивные полномочия (в том числе контрольно-надзорные), позволяющие оказывать воздействие на субъектов социальных услуг с целью обеспечения защиты интересов граждан, реализации их прав и свобод в социальной сфере, в том числе с целью обеспечения доступности указанных услуг для широкого круга лиц.

Провозглашение доступности для населения услуг в социальной сфере в целом и в здравоохранении в частности, то есть возможности получать их в любом месте в любое время, в соответствии с теми требованиями качества и достаточности, которые устанавливаются законодательством Российской Федерации, требует установления государством механизма обеспечения этой доступности. Наделяя органы государственной власти полномочиями по определению государственной политики, по организации системы образования, оказания медицинской помощи и т.д., по принятию нормативных правовых актов, регулирующих общественные отношения в социальной сфере, осуществлению

государственного контроля (надзора), государство посредством федеральных органов исполнительной власти опосредованно осуществляет контроль за доступностью социальных услуг.

Своевременная реализация полномочий федеральными органами исполнительной власти по определению государственной политики, принятию нормативных правовых актов (особенно создание подзаконного уровня регулирования как механизма реализации норм закона), осуществлению федерального государственного контроля, а также принятие мер к нарушителям (в том числе и к должностным лицам органов государственной власти субъектов Российской Федерации в части исполнения переданных полномочий) является залогом успешного обеспечения принципа доступности услуг.

При этом следует иметь в виду, что реформы, проводимые в социальной сфере, должны коррелироваться с принципом доступности социальных услуг населению, не подменять этот принцип принципом оптимизации бюджета и системы поставщиков социальных услуг. Это связано с тем, что эффективность расходов государственных (муниципальных) учреждений не может быть достигнута без ущерба для гарантий качества и доступности услуг этих учреждений для населения, если ориентироваться на разграничение оказываемых услуг на базовые (с государственной гарантией их качества и доступности) и иные, не несущие в себе такой гарантии.

Анализ практики реализации актов федерального законодательства, предусматривающих глобальный пересмотр действующих документов организаций социальной сферы (например, уставов в силу вступления в силу Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»), свидетельствует об очевидной потребности в централизации юридического «обслуживания» муниципальных организаций и одготипных организаций субъектов Российской Федерации. Однако укрупнение и присоединение организаций социальной сферы делает менее доступными их для граждан, что ставит под сомнение действенность конституционных норм, гарантирующих от имени государства гражданам важнейшие социальные блага (ст. 7, 39, 41, 43 и др. Конституции Российской Федерации).

Создание условий обеспечения доступности для населения услуг социальной сферы обуславливает необходимость обеспечить полноту, вариативность и достаточность полномочий заинтересованного федерального органа исполнительной власти по нормативному регулированию для эффективной реализации его функционально-целевого предназначения.

В то же время с целью устранения негативных явлений правоприменительной практики (слияние и закрытие организаций сферы здравоохранения, ухудшение качества медицинских и иных услуг)

необходимо установить общие параметры доступности социальных услуг, на основе которых и осуществлялось бы регулирование отдельных аспектов этой доступности федеральными и региональными органами исполнительной власти.

Нормативный правовой акт – это результат согласования интересов. Применительно к выявленной проблеме (интересы населения в доступности услуг не соответствуют интересам органов власти по упрощению управления организациями социальной сферы) следует учитывать, что при разрешении ситуации конкурирующих интересов приоритет всегда должен отдаваться правам граждан, поскольку именно права и свободы человека являются высшей ценностью, а обязанность государства состоит в их признании, соблюдении и защите (ст. 2 Конституции Российской Федерации). Придание положениям распоряжения Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. № 1683-р «О методике определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры» общеобязательного характера позволит сочетать как интересы управления организациями социальной сферы, так и интересы граждан, без ущемления последних.

Центр экономической теории социального сектора Института экономики РАН

Доступность медицинских услуг в России: методологические и финансовые проблемы

Чубарова Т.В., заведующая Центром, д.э.н.

Доступность рассматривается как один из важнейших принципов построения системы здравоохранения, которые в значительной степени определяют ее цели, задачи и структуру, позволяют оценить результат работы³³. Обеспечение доступа к медицинским услугам рассматривается во всех официальных документах как основная задача российской системы здравоохранения. Например, Государственная программа «Развитие здравоохранения» ставит своей задачей «обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки».

В связи с этим представляется важным рассмотреть некоторые

³³ Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М.: Авторская академия. 2013.

методологические проблемы доступа, в частности его определения и измерения, сделав акцент на финансовых проблемах в этой области.

Доступ в системе здравоохранения: проблема определения

Рассмотрение доступа населения к медицинской помощи сталкивается с рядом методологических трудностей. Основная проблема состоит в том, как его определить и, соответственно, измерить. При этом доступ следует рассматривать, прежде всего, как политическую категорию, в том смысле, что, поскольку он включается в цели государственной политики, необходимо принятие решения о том, что представляет собой адекватный уровень медицинской помощи. Вместе с тем, даже если в той или иной стране поставлена политическая задача обеспечения всеобщего доступа населения к услугам системы здравоохранения, ее практическое воплощение может столкнуться с серьезными практическими трудностями.

Хотя доступ является важным для здравоохранительной политики и исследований, он не получил точного общепризнанного определения. В широком смысле под *доступом* понимается возможность для гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью. Его можно также определить как своевременное использование индивидуальных медицинских услуг для достижения наилучших результатов в отношении здоровья³⁴. Доступ имеет различные аспекты, среди которых обычно выделяют территориальный, финансовый и культурный.

Доступ можно понимать как возможность определить потребность в медицинской помощи, найти соответствующее медицинское учреждение, воспользоваться его услугами и тем самым реально удовлетворить потребность. Таким образом, доступ является общей концепцией, которая объединяет более специфические характеристики, описывающие взаимоотношения между пациентом и системой здравоохранения³⁵.

В целом доступ к медицинской помощи относится к легкости, с которой человек может получить необходимую медицинскую помощь. Однако это подразумевает отсутствие финансовых ограничений, наличие адекватного предложения медицинских услуг, отсутствие дискриминации по социальным характеристикам и других факторов, которые ему препятствуют³⁶.

³⁴ Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. Access to Health Care in America. Washington: National Academies Press; 1993.

³⁵ Penchansky R., J. W. Thomas .The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction // Medical Care .Vol. 19, No. 2 (Feb. 1981).

³⁶ Docteur E., Oxley H. Health care systems: lessons from the reform experience. OECD, Econ. Dept. 2003. № 304.

Можно выделить три принципиальных вида барьеров для доступа: структурные, финансовые, личные и культурные.

Структурные барьеры – это препятствия на пути к медицинской помощи, непосредственно связанные с числом, типом, концентрацией, местоположением или организационной конфигурацией поставщиков медицинских услуг. Финансовые барьеры могут затруднять доступ либо ограничивать способность пациентов платить за необходимые медицинские услуги, создавая препятствия для врачей и больниц при лечении пациентов с ограниченными средствами. Личные и культурные барьеры могут препятствовать людям в получении медицинской помощи, в которой они нуждаются, или следовании рекомендациям по лечению.

Наличие барьеров доступа к медицинской помощи вызывает ряд негативных последствий, в числе которых – возникновение неудовлетворенной потребности, задержки в получении нужного лечения или услуг по профилактике, госпитализация, которую можно было предотвратить.

Интересно отметить, что часто доступ определяется или через необходимость ликвидации барьеров, или через систему мер, которые должны его обеспечить. Кроме того, часто в определении доступа акцент делается на процессе, а не на результате. Такое понимание доступа особенно характерно для официальных документов. Его можно найти и в Докладе «О повышении доступности и качества медицинской помощи», подготовленном рабочей группой для Президиума Государственного Совета Российской Федерации в 2005 г., и в законодательстве Российской Федерации об основах охраны здоровья граждан.

Так, в основу понимания доступности медицинской помощи в упомянутом выше Докладе заложены подходы, сформулированные в Заявлении о доступности медицинской помощи, принятом 40-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в Вене в 1988 г. Она определяется как свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны; наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, необходимых медицинских технологий; возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации; имеющимися транспортными возможностями; уровнем общественного образования по проблемам

сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний³⁷.

В Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятые в 2010 г., включена специальная статья (Статья 10), где закрепляется, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;

3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством России требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Так как доступность определяется по отношению к чему-либо, а люди различаются по тому, что они считают доступным, то она становится нормативной концепцией. Отсюда необходимость обеспечения определенного стандарта или норматива, в том числе и финансового, который не налагает, по мнению третьей стороны (обычно государства), неразумного бремени на доход домохозяйства в связи с возникновением расходов на медицину.

³⁷ Доклад рабочей группы Президиума Государственного совета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи», 2005 г.

Однако остается вопрос о том, насколько высокий уровень заболеваемости и смертности обусловлен проблемами с доступностью медицинской помощи. Неясно, каковы могли быть результаты, если бы доступ был обеспечен, и медицинская помощь была бы получена вовремя. В каждом конкретном случае данная услуга может не иметь положительного результата по ряду причин, например, если она не подходила пациенту, или лечение сомнительно по эффективности, квалификация персонала низкая. При этом следует также учитывать, что пациент может просто не следовать указаниям врача, а стандартный алгоритм лечения может просто не подходить определенной доле заболевших по индивидуальным причинам.

Применительно к системе здравоохранения возникает проблема всеобщего (*universal*) доступа населения к медицинским услугам. Все граждане имеют первоначально равный доступ к системе здравоохранения и могут претендовать на получение медицинской помощи. Более того, такая возможность рассматривается как одно из основных прав (в данном случае – право на охрану здоровья) человека. Однако критерий всеобщности, то есть реального обеспечения всеобщего доступа, оказалось достаточно сложно определить. Здесь необходимо ориентироваться на такие категории, как потребность и спрос.

Потребность подразумевает, что человеку реально необходима помощь по медицинским показаниям. Она может существовать у человека, но не быть выявленной и осознанной. В результате рост заболеваемости можно отнести за счет повышения качества и возможностей диагностических средств – раньше просто не было технических возможностей для подобного рода диагностики. Развитие медицинских технологий в этом контексте повышает нагрузку на систему здравоохранения.

При этом модель потребления и степень удовлетворения социально значимых потребностей не всегда зависят только от уровня экономического развития. Потребности, осознанные социальной группой, выступают как ее интерес. Следует также учитывать, что потребности динамичны и изменчивы, и на базе уже удовлетворенных потребностей возникают новые.

Спрос в строгом экономическом смысле подразумевает способность и готовность населения платить, в рассматриваемом случае – за медицинскую помощь. Он корреспондируется с такой категорией, как предложение. Однако при анализе систем здравоохранения понятие «спрос» используется, скорее, как осознанная человеком потребность (не всегда необходимая) в получении медицинской услуги, которую он пытается реализовать практически. Повышение уровня жизни населения, прогресс в медицинских технологиях, старение населения и его растущие ожидания приводят к

росту спроса на медицинскую помощь. Предложение в здравоохранении, в отличие от ряда других отраслей, достаточно негибкое и ограниченное, оно не может автоматически следовать за спросом, ни физически, ни финансово (имея в виду высокую долю общественного финансирования здравоохранения). Поэтому задачу политики в области здравоохранения можно сформулировать как необходимость улучшения соотношения между спросом и предложением, чтобы если и не расширить доступ, то, во всяком случае, его рационализировать³⁸. В этом контексте возникает функция «привратника» (*gate keeper*) – это медицинское учреждение первичной медицинской помощи или врач общей практики, которые определяют потребность пациента в том или ином виде помощи и при необходимости направляют его в следующее учреждение в системе здравоохранения.

Доступ традиционно связывается с такими параметрами, как своевременность и качество. Система здравоохранения обеспечивает доступ, если медицинская помощь надлежащего качества может быть получена гражданином вовремя. Поэтому существующая система медицинских учреждений, их территориальное распределение и организация работы должны быть рассмотрены с этой точки зрения.

Обеспечение доступа часто связывают с возможностью выбора врача или медицинского учреждения. При этом принимается, что, если у пациента есть такой выбор, это расширяет доступ. Однако представляется, что данный вопрос не может решаться однозначно. Ведь хорошего врача или больницу будут выбирать многие, а их возможности по оказанию медицинской помощи не безграничны. Соответственно, положительное влияние выбора на доступность медицинских услуг для большинства населения проявляется только при общем высоком уровне работы врачей и медицинских учреждений и их адекватном территориальном распределении.

В отношении доступа возникает еще одна категория системы здравоохранения – справедливость. Она подразумевает, что «в идеале каждый должен иметь справедливую возможность достичь полного потенциала здоровья и более прагматично – никто не должен быть ущемлен в достижении этого потенциала, если этого можно избежать»³⁹. Во многом понимание справедливости основано на отношении к возможности «преференциального» доступа. Должны ли (или могут ли) отдельные категории населения иметь преимущества при получении медицинских услуг? Так возникает тема справедливости в охране здоровья.

³⁸ Hartmann L., Ulmann P., Rochaix L. Access to regular health care in Europe // *Revue française des affaires sociales*. English edition. Reforms and regulation of health care systems in Europe. 2006. № 2–3. April–September.

³⁹ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health // *Int J Health Serv*. 1992; 22(3): 429–45.

В развитых странах принимается как аксиома, что ресурсы здравоохранения должны распределяться справедливо. При этом можно выделить два подхода к справедливости: справедливость иметь «физический» доступ, использовать ресурсы здравоохранения, финансовая справедливость, оцениваемая как бремя финансовых взносов различных социально-экономических групп населения в систему здравоохранения. В настоящее время вопросам справедливости уделяется большое внимание в контексте структурных диспропорций в здравоохранении, например, обеспечение медицинскими услугами сельского населения или малообеспеченных граждан.

Необходимо также различать такие понятия, как доступ, с одной стороны, и охват и использование – с другой стороны. В последнее время подходы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к рассматриваемым проблемам основаны на идее всеобщего (универсального) охвата (*universal health coverage, UHC*). В докладе ВОЗ было определено, что под этим понимаются три аспекта, а именно⁴⁰:

набор услуг, которые получает гражданин;

доля населения, охваченного системой государственного здравоохранения, страховыми или иными программами, обеспечивающими право на получение медицинской помощи;

доля расходов на здравоохранение, покрываемых страхованием или какими-либо механизмами объединения рисков.

Известный исследователь Д. Донабедян отмечает, что доказательством доступа является использование услуг, а не просто наличие медицинской службы. Доступ может, соответственно, быть измерен по уровню использования по отношению к потребности. Следует признать, однако, что клиенты и специалисты оценивают «потребность» по-разному. Кроме того, следует различать два компонента в использовании услуги: «инициацию» и «продолжение».

В результате можно предложить следующее разделение рассмотренных выше понятий:

охват подразумевает то, что гражданам положено получить в системе здравоохранения в соответствии с законодательством или программой;

доступ подразумевает, что система организована так, что гражданин имеет возможность получить медицинскую помощь в случае возникновения потребности;

использование означает, что гражданин реально получил необходимую медицинскую помощь.

⁴⁰ WHO. World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage.

Измерение доступности медицинских услуг: роль финансовых показателей

Оценить доступность достаточно сложно ввиду расплывчатости и многоаспектности самой концепции, что вызывает практические трудности при ее применении и требует серьезной методологической работы. Например, интересные исследования проводятся в области измерений доступности лекарств⁴¹.

Доступ может измеряться несколькими способами, которые включают:

структурные показатели наличия или отсутствия конкретных ресурсов, которые облегчают получение медико-санитарной помощи (наличие медицинской страховки или медицинских служб);

показатели использования результата доступа к медицинской помощи (успешное получение необходимых услуг, результат для здоровья);

оценку пациентами (легкость доступа к медицинскому обслуживанию, удовлетворенность полученной медицинской помощью).

При этом если первые две группы показателей основаны на данных официальной статистической отчетности, то для оценки последнего важную роль играют социологические опросы. В качестве основных показателей доступа специалисты выделяют долю населения, охваченную системой здравоохранения, содержание набора предоставляемых услуг, наличие так называемого разделения расходов, географические, организационные барьеры и уровень использования доступных услуг⁴².

Для оценки доступа относительные показатели развития здравоохранения более полезны, чем абсолютные. Например, важно не просто общее число врачей той или иной специальности, а, например, число врачей на тысячу населения. В свою очередь, для понимания относительных показателей необходимо определиться с ориентирами. Сколько должно быть врачей или коек на тысячу населения, чтобы обеспечить доступ? Если число врачей или количество коек снизится, например, на 100, это хорошо или плохо? Ограничивает ли это доступ и увеличивает ли нагрузку на врачей, снижая качество их работы? В этих условиях нужны адекватные нормативы оказания медицинской помощи, оптимизация институтов системы здравоохранения и ее возможности быстро адаптироваться к изменяющимся как эпидемиологическим, так и

⁴¹ World Health Organization and Health Action International. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components / 2nd edition. Switzerland. 2008. Cameron A., Ewen M., Ross-Degnan D., Ball D., Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis//The Lancet. 2008. № 373. P. 240–249.

⁴² Worz M., Foubister T., Busse R. Access to health care in the EU Member States// Euro Observer. Summer 2006. Vol. 8, № 2.

социально-экономическим условиям.

Многие показатели отражают физические характеристики системы предоставления услуг, такие как распределение и близость (время в пути или расстояние) медицинских учреждений. Однако отсутствие физических барьеров не обязательно эквивалентно полной доступности. Поэтому необходимо изучать другие ее аспекты, например, культурную приемлемость предлагаемых услуг, доступность информации об услугах и удовлетворенность пациентов. Во многих странах с низким уровнем доходов низкое качество услуг и неприемлемое лечение больных служат основными сдерживающими факторами их использования. Поэтому для адекватного исследования доступности систем здравоохранения требуется набор показателей. В ряде случаев необходимо сочетание прямого измерения отдельных аспектов, в основном физической доступности, основанного на данных информационных систем здравоохранения, и данных периодических или случайных обследований, что дает возможность включить другие параметры доступа, в том числе приемлемость и удовлетворенность. Косвенные, или прокси-индикаторы, позволяют определить искомый показатель на основании результатов прямых измерений показателей, функционально с ним связанных. В их числе в последнее время все больше внимания специалистов в области здравоохранения привлекают финансовые показатели.

Важность измерения доступа сейчас повышается, так как в рамках «Целей устойчивого развития» ООН в разделе о здравоохранении появился такой показатель, как всеобщий охват. Более того, в него открыто включены финансовые аспекты получения медицинских услуг, что свидетельствует об их важности в понимании доступности. ВОЗ подчеркивает, что отслеживание ситуации со всеобщим охватом должно включать показатели и охвата услугами, и финансовой защиты с возможностью их дезагрегирования. Общая цель 3 по здравоохранению определена как необходимость достижения всеобщего охвата, включая защиту от финансовых рисков, доступ к качественным необходимым услугам, безопасным, эффективным, качественным и доступным необходимым лекарствам и вакцинам для всех. Она включила два аспекта: обеспечение собственно получения необходимых услуг и финансовой защиты населения в сфере здравоохранения.

Для их измерения предложены два индикатора.

1. Индикатор 3.8.1: охват необходимыми (essential) медицинскими услугами. Он определяется через средний охват необходимыми медицинскими услугами на основании индикаторов по следующим четырем направлениям:

здоровье репродуктивное, материнское, новорожденных и детей;
инфекционные заболевания;
неинфекционные заболевания;

мощность медицинских учреждений и возможность получить их услуги.

Рассчитывается средний общенациональный охват по указанным направлениям, скорректированный по охвату наиболее уязвимых групп населения. Источниками данных для 16 индикаторов являются обследования домохозяйства (10); обследования медицинских учреждений (2); административные данные (2) и сочетание этих источников (2).

В настоящее время нет общепризнанной на международном уровне методики. И ВОЗ, и Мировым банком проводится работа по формированию композитного индекса всеобщего охвата для всех стран на основании 16 показателей охвата. Они были выбраны, в том числе, и по тому, что есть в наличии и хорошего качества по большинству стран (от 75–100% стран). Интерес к этой работе также проявляется ЮНИСЕФ, который имеет серьезную базу данных по значительному числу показателей, прежде всего в области материнства и детства.

2. Индикатор 3.8.2: финансовая защита при получении медицинских услуг.

По данным ВОЗ в 2002–2012 гг. 22 миллиона человек в 37 странах не были защищены от затрат на медицинскую помощь, так как они тратили более 25% своих общих расходов на здравоохранение. К концу 2016 г. ВОЗ и Мировой Банк должны представить глобальные оценки по финансовой защите более чем по 80 странам, в которых проживает более 90% населения мира, как часть общего отчета по мониторингу всеобщего охвата.

По данному вопросу нет признанной методологии, и ведется активная работа по формированию международного стандарта. В результате возникла дискуссия о том, как рассчитывать такой показатель. Была создана специальная группа (the Inter-agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators), которая предложила такой показатель, как «доля населения, охваченного медицинским страхованием, или общественной системой, или социальным страхованием, на 1000 населения».

Однако, по мнению ВОЗ и ряда исследователей, новый индикатор, предложенный рабочей группой, не является адекватной мерой финансовой защиты. Отмечается, что он не отражает реальное использование медицинских услуг. Граждане могут быть застрахованы или охвачены какими-либо программами, тем не менее сталкиваться с высокими платежами, при этом финансовый риск может измениться без изменения в охвате. Рассматриваемый показатель трудно дезагрегировать, следовательно, практически невозможно оценить справедливость.

Сама принадлежность к системе медицинского страхования или право на получение услуг в системе общественного здравоохранения не

учитывает влияния расходов на медицинские услуги на благосостояние граждан. Международный опыт показывает, что люди могут иметь законное право на участие в системе здравоохранения, получать медицинские услуги без существенных платежей. Кроме того, есть большие различия между странами в том, что представляет собой медицинское страхование, с разными последствиями для обеспечения защиты от финансовых рисков. Программы медицинского страхования существенно варьируются, что затрудняет их сравнение и интерпретацию. В результате, как показывает опыт многих стран, защита людей от финансового риска при получении медицинских услуг может существенно изменяться с течением времени, даже при отсутствии изменений в степени принадлежности к медицинскому страхованию или их законного права на систему здравоохранения.

Измерения финансового аспекта вызвали большой общественный резонанс. В результате было оформлено специальное заявление гражданского общества (Civil Society statement on Goal 3, 4 and 5 at the 3rd meeting of the Inter Agency and Expert Group on SDGs indicators, 30 March – 1st April, 2016), в котором была выражена озабоченность более 300 организаций по поводу измерения индикатора 3.8.2, который, по их мнению, не отражает финансовые риски и не является политически нейтральным.

Более адекватной мерой оценки уровня финансовой защиты в системе здравоохранения является анализ влияния затрат на медицинские услуги на жизненный уровень домохозяйства. На этой основе было предложено переформулировать соответствующий индикатор как отсутствие охвата какой-либо формой финансовой защиты, определенное как расходы домохозяйства на здравоохранение как доля общих расходов домохозяйства с порогом не более 25%.

Важно, что для исчисления такого показателя есть базы данных, так как соответствующие опросы проводятся начиная с 2000 г. национальными статистическими органами, по крайней мере, 109 стран. Такие данные могут быть дезагрегированы для анализа справедливости по доходу, возрасту и т.д., что дает возможность оценить реальную ситуацию с финансированием здравоохранения.

Выбор окончательных индикаторов является сложной задачей, так как они должны отвечать определенным критериям. Индикатор должен иметь отношение к проблеме, быть обоснованным концептуально, с измеримым числителем и знаменателем, четкой целью и определением, которое улавливает эффективный охват; реальным, построенным на основе сопоставимых данных, доступных по большинству стран, которые могут быть детализированы для анализа справедливости.

Важное значение имеет определение порогов показателей, что должно быть основано на анализе лучших практик и согласованных методологиях. Причем пороги могут различаться в зависимости от

условий, например, общие и региональные, для различных групп населения и т.д. При этом они должны давать возможность анализа трендов по странам и во времени. Интересно, что Цели развития тысячелетия были приняты в 2000 г. до конца 2015 г., и 1990 г. был установлен как базовый для отслеживания показателей с тем, чтобы сравнить тенденции до и после принятия таких целей. Повестка дня до 2030 г. не делает никаких отсылок к базовым годам для глобального мониторинга целей устойчивого развития.

При измерении доступа возникает вопрос о построении композитных индексов. Многоаспектность систем здравоохранения обуславливает необходимость разработки обобщенных показателей ее деятельности, так как ни один отдельный показатель не может «уловить» функционирование системы в целом. Поэтому каждый из компонентов измеряется отдельно, а результаты объединяются в композитный индекс, который становится единой мерой оценки всей системы. Преимуществом такого индекса и ранжирования является то, что они дают политикам и чиновникам эффективные инструменты для принятия решения⁴³. Вместе с тем возникает ряд методологических вопросов, в том числе определение весов, учет экзогенных воздействий на работу системы.

При этом переход к комплексному измерению работы системы подразумевает, что важные аспекты деятельности, которые трудно измерить, все-таки должны быть отражены в композитном индексе. Поэтому необходима разработка удовлетворительных и обоснованных прокси-индикаторов для проблемных для измерения аспектов доступа. Если такой индекс будет основан на сомнительных данных, то это может вызвать недоверие к нему.

Таким образом, преимущество использования композитного индекса состоит прежде всего в том, что он наглядно демонстрирует общее направление развития того или иного явления, привлекая внимание общественности к основным проблемам, повышая уровень информированности лиц, ответственных за принятие решений, и, таким образом, качество таких решений. Главная проблема при построении общего индекса состоит в необходимости оценочных суждений о том, какие компоненты включать и какие веса им присваивать. Один из возможных способов решения этой проблемы заключается в привлечении общественности – экспертов, политиков, граждан – к обсуждению составляющих индекса и их весовых значений⁴⁴.

В области финансирования в рамках ВОЗ была проведена работа по формированию индекса справедливости в финансировании

⁴³ Григорьева Н.С. Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий // Государственное управление. Электронный вестник. 2015. Выпуск № 51, С. 34–55.

⁴⁴ Кислицына О. Измерение качества жизни/благополучия: международный опыт. М. Институт экономики РАН. 2016.

здравоохранения (index of fairness in health care financing (FFI)). Он основан на посыле, что финансирование здравоохранения должно быть пропорционально способности домохозяйства платить⁴⁵. При этом разработчики утверждают, что предлагаемый подход отличается от традиционного, который встречается в литературе, по справедливости в отношении финансирования здравоохранения и измеряет степень, в которой платежи за систему здравоохранения ведут к перераспределению доходов. Если принять за данность усилия того или иного общества в области перераспределения доходов, следует признать, что некоторые системы финансируются более справедливо, чем другие. Понятие справедливости должно уловить степень, в которой система позволяет домохозяйству избежать катастрофических платежей; граждане, находящиеся в сходном финансовом положении, вносят одинаковый вклад, а богатые несут часть расходов бедных.

В России работа по формированию показателей доступности активизировалась начиная с 2000-х гг., особенно после принятия пакета базовых здравоохранительных законов (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья, закон об ОМС) и внедрения бюджетирования, ориентированного на результат. Они все более активно вводятся в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Причем в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 г. № 1382, впервые дается разграничение показателей качества и доступности.

Финансовые проблемы доступности медицинских услуг в России

Финансовые показатели имеют важное значение для понимания того, что происходит с доступом населения к медицинской помощи. Следует подчеркнуть, что, хотя они имеют косвенный характер, при анализе доступа наличие финансовых проблем рассматривается как возможный барьер для получения населением медицинской помощи⁴⁶. В связи с этим в России необходимо обратить внимание на следующие проблемы в области финансирования системы здравоохранения.

Недофинансирование отрасли с точки зрения общественных средств носит хронический характер. Общественные средства, которые включают ресурсы бюджетов всех уровней и средства обязательного

⁴⁵ Murray C., F. Knaul, Ph. Musgrove, Ke Xu, K. Kawabata. Defining and Measuring Fairness in Financial Contribution to the Health System. GPE Discussion Paper Series: No. 24. EIP/GPE/FAR World Health Organization. 2004.

⁴⁶ Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз . 2014. № 2 (32).

медицинского страхования (ОМС), составили в 2014 г. всего 3,5% ВВП.

Таблица 1

**Государственные расходы на здравоохранение по странам мира
(в процентах к ВВП)**

	Год	Расходы на здравоохранение		Год	Расходы на здравоохранение
РОССИЯ	2014	3,5	Армения	2014	1,6
Европа			Индия	2013	1,3
Австрия	2012	8,7	Казахстан	2014	2,2
Беларусь	2014	3,8	Киргизия	2014	3,0
Бельгия	2012	8,2	Китай	2013	3,1
Болгария	2012	4,2	Республика Корея	2013	3,8
Венгрия	2012	5,0	Таджикистан	2014	2,0
Германия	2012	8,6	Турция	2012	4,7
Дания	2012	9,6	Япония	2013	8,5
Италия	2012	7,2	Африка		
Латвия	2012	3,4	Алжир	2013	4,9
Нидерланды	2012	9,9	Египет	2013	2,1
Норвегия	2012	7,7	ЮАР	2013	4,3
Польша	2012	4,7	Америка		
Республика Молдова	2014	5,3	Аргентина	2013	4,9
			Бразилия	2013	4,7
Великобритания	2012	7,8	Канада	2013	7,6
Украина	2014	3,6	Мексика	2013	3,2
Финляндия	2012	6,9	США	2013	8,1
			Австралия и Океания		
Франция	2012	9,0	Австралия	2013	6,3
Швеция	2012	7,9	Новая Зеландия	2013	8,1
Эстония	2012	4,8			
АЗИЯ					
Азербайджан	2012	1,1			

Источник: Здравоохранение в России.2015. Стат. сбор. Росстат. 2015.

Увеличение частных выплат населения в систему здравоохранения при неразвитости механизмов предоплаты. При этом зависимость получения медицинской помощи от необходимости ее оплаты указывает на возможные проблемы с доступом.

С одной стороны, в России значительна доля частных расходов на

здравоохранение. Согласно данным ВОЗ в 2012 г. они составили почти 50% общих расходов на здравоохранение (см. табл. 2). Для сравнения, в странах ОЭСР эта доля составляет в среднем 30%.

Таблица 2

Расходы на здравоохранение в России

	1995	2000	2003	2005	2008	2009	2012
Общие расходы на здравоохранение, % ВВП	5,3	5,4	5,6	5,2	4,8	5,4	6,5
Общие государственные расходы на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение	73,9	59,9	59,0	62	64,3	64,4	51,5
Частные расходы на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение	26,1	40,1	41,0	38	35,7	35,6	48,9
Общие государственные расходы на здравоохранение, % общих госрасходов	9,0	12,7	9,3	11,7	9,2	8,5	8,9
Расходы системы социального страхования на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение	34,5	40,3	43,7	42,0	38,7	38,7	38,9
Личные расходы «из кармана», % частных расходов на здравоохранение	64,7	74,7	71,1	82,4	81,3	80,9	92
Частные планы предоплаты, % частных расходов на здравоохранение	6,0	8,1	6,6	8,2	10,6	11,0	4,2

Источник: WHO, World health statistics, соответствующие годы.

С другой стороны, более показательной с точки зрения доступа является доля оплаты «из кармана» в структуре частных источников финансирования. В России этот показатель достигает 92% (см. табл. 2). По мнению ВОЗ, оплата медицинских услуг непосредственно пациентом в момент их получения («у источника») является самой несправедливой с точки зрения распределения финансового бремени в системе здравоохранения и может быть особенно опасной в ситуации, когда требуется единовременная оплата крупных медицинских расходов, так называемых катастрофических расходов. Под такими расходами ВОЗ и Мировой банк подразумевают выплаты «из кармана» за услуги системы здравоохранения населением непосредственно поставщику услуг, которые равны или превышают 25% общих расходов домохозяйства на потребление.

Поэтому ВОЗ рекомендует развивать системы страхового типа, основанные на предварительной оплате. Нужно отметить, что добровольное медицинское страхование в России развито достаточно

слабо и в основном в этом сегменте действуют корпоративные программы. При этом следует помнить, что добровольное медицинское страхование формируется по рискованной модели, то есть размер взносов зависит от степени наступления страхового случая. Поэтому для снижения размера страховых выплат необходимо постоянно страховаться в течение длительного времени.

Увеличение доли платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, оказываемых населению. Так, если в 2005 г. она составляла 4,8%, то к 2014 г. достигла уже 6,4%. Это свидетельствует о том, что объем платных медицинских услуг растет быстрее, чем платных услуг в целом. Причем объем платных медицинских услуг на душу населения в текущих ценах вырос за 2005–2014 гг. более чем в 4 раза (см. таблицу 3).

Таблица 3

Объем платных услуг в области здравоохранения и отдыха в России

	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Платные услуги населению, млн. руб.:						
медицинские	109756	250474	286058	333895	416227	474432
санаторно-оздоровительные	36082	60460	68521	75622	82444	92300
услуги физической культуры и спорта	14862	30089	33909	37475	47849	53973
социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	5391	8200	10851	13361
Платные услуги населению, на душу населения, руб.:	15828,8	34606,2	38756,4	42156,2	48272,8	51115,7
Из них						
медицинские	764,7	1753,4	2001,0	2331,6	2900,4	3247,5
санаторно-оздоровительные	251,4	423,2	479,3	528,1	574,5	631,8
услуги физической культуры и спорта	103,6	210,6	237,2	261,7	333,4	369,4
социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	37,7	57,3	75,6	91,5
Удельный вес услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению, процентов:						
медицинских	4,8	5,1	5,2	5,5	6,0	6,4
санаторно-оздоровительных	1,6	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2

услуг физической культуры и спорта	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	0,1	0,1	0,2	0,2

Источник: Здоровоохранение в России. 2015. Стат. сбор. Росстат. 2015.

В заключение хотелось бы отметить, что конкретные задачи в области доступности медицинских услуг в России, которые предстоит решить в ближайшее время, включают:

обеспечение расширения доступа к надлежащему, безопасному и эффективному лечению, в том числе клиническим и профилактическим услугам, паллиативной медицинской помощи, и совершенствование методологии его измерения;

уменьшение неравенства и измерение доступа к медицинской помощи различных групп населения, исследование не только социальных, культурных, экономических и географических факторов, влияющих на доступ к медико-санитарной помощи, взаимосвязи между доступом и здоровьем для конкретных групп населения, но и финансовых аспектов, касающихся, прежде всего, справедливого распределения финансового вклада в систему здравоохранения.

Центр сравнительной социальной политики, факультет государственного управления, МГУ имени М.В. Ломоносова

Оценка качества работы медицинских организаций: мониторинг для политиков

Григорьева Н.С., директор Центра,
профессор, д.п.н.

Современное здравоохранение нуждается в качественном управлении. Чтобы этого добиться, Правительство, граждане, пациенты, клиницисты, закупщики и поставщики услуг нуждаются в различной информации о результатах деятельности медицинских организаций. При этом возрастает значение аналитической работы, независимой экспертизы, сравнительного анализа⁴⁷ мониторинга и оценки. Количественная оценка управления через рейтинг сама по себе не может быть продуктивной. Она обязательно должна сочетаться с

⁴⁷ Методология сравнительного анализа была использована в монографии: Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. «От традиций к инновациям – реформы здравоохранения в современном мире». М., Изд-во «Экономика», 2012.

качественными показателями. Оценка результатов деятельности – это общественное благо, которое требует определенных действий Правительства и наличия аналитического потенциала как внутри системы здравоохранения, так и вне ее.

Понятийный контекст

Оценка – это систематический сбор информации для установленных пользователей с заранее определенными целями и по широкому кругу вопросов⁴⁸. Но это и процесс, ориентированный на дальнейшее практическое использование результатов. Существует достаточно обширная литература по мониторингу и оценке, где приводится описание методов, техники анализа и обобщения результатов. Оценка может быть формирующая, что позволяет по ее результатам повлиять на ход исполнения, и итоговая, фиксирующая конечный результат, когда можно извлечь уроки на будущее, но изменить настоящее уже нельзя. В любом случае оценка качества невозможна без надлежащего мониторинга качества работы медицинских организаций с последующей оценкой.

Мониторинг – регулярный сбор данных (индикаторов) и последовательное отслеживание ситуации в сравнении текущего момента с заявленными задачами.

Качество – важная категория для здравоохранения, особенно когда речь идет о результате, достигнутом при произведенных затратах. Поэтому в понимании и определении качества возможны различные подходы⁴⁹.

Качество можно рассматривать с точки зрения системы здравоохранения в целом, и в таком контексте оно имеет, по крайней мере, три измерения.

Первое – непосредственно медицинский аспект (клинический результат). *Второе* – качество обслуживания (условия пребывания в учреждениях здравоохранения, оперативность доступа, поведение медицинского персонала). *Третье* – социальное измерение, которое отражает степень, в которой система соответствует одобряемой обществом социальной этике здравоохранения. Социальное качество данной сферы может быть определено как обеспечение каждому гражданину доступа к здравоохранению и защиты от финансовых

⁴⁸ Patton, Michael Q. Utilization-Focused Evaluation. Fourth Edition, SAGE Publication Inc., 2008; Michael Q. Patton Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. American Journal of Evaluation, Vol. 22, No. 3, 2001, pp. 329–336.

⁴⁹ Понятийный анализ категории качества в здравоохранении дан в работах: Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. «Современное здравоохранение: политика, экономика, управление». М.: «Авторская академия», 2013, стр. 37–63; Григорьева Н.С. «Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий» // Государственное управление. Электронный вестник, 2015, Выпуск № 51, http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item/51_2015grigorieva.htm; Григорьева Н.С. «Качество – величина измеримая» // Здравоохранение, 2016, № 2.

проблем при наступлении болезни.

Проблема ограниченности ресурсов в здравоохранении побуждает к поиску баланса между этими тремя измерениями. Это означает, что на основе только этих измерений можно построить достаточно много матриц с целью достижения необходимого компромисса.

Для здравоохранения существует значимая проблема связи затрат и качества медицинского обслуживания. Важно понять, насколько дополнительные вложения обеспечивают повышение качества оказываемой помощи. Традиционно подразумевалось наличие линейной связи, то есть увеличение расходов ведет к улучшению качества оказываемых услуг, и, соответственно, меньший объем ресурсов ведет к ухудшению результата. Однако не всегда дополнительные вложения автоматически обеспечивают рост результата. Поэтому перераспределение ресурсов остается важной проблемой для здравоохранительной политики и является одной из главных функций государственного управления.

Для оценки качества необходима информация, свидетельствующая об адекватности медицинской помощи с точки зрения соответствия применяемых технологий диагностики и лечения потребностям и ожиданиям населения. Анализ *структурных показателей качества* медицинских услуг должен проводиться на основании обследований поставщиков медицинских услуг: как исследования ресурсов медицинских учреждений, так и опросов медицинского персонала. Информация о *качестве процесса* может быть собрана тремя основными способами: наблюдением за приемом врача, на основе анализа отчетной информации медицинских учреждений и из медицинских карт. *Качество результата* в здравоохранении может быть оценено на основании индексов результативности. Необходимые для этого медицинские и экономические индикаторы результативности могут быть получены из отчетной информации учреждений здравоохранения и из данных обследований амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Одним из критериев социальной эффективности услуг здравоохранения является удовлетворенность пациентов, которая оценивается путем обследований населения.

Обеспечение качества – это не обещания и не гарантия безошибочности здравоохранения. Конечная цель – это создание доверия и веры в качество медицинской помощи. Пациент должен доверять врачу и организации, в которую он обратился, и быть уверенным в том, что будет сделано все возможное для решения его проблемы. Таким образом, происходит визуализация оценки качества. Достижение абсолютной безошибочности здравоохранения во все времена было невозможно. Но всегда предполагается приближение к идеалу. И в этом смысле поставленные цели достижимы, и через

постановку этих целей происходит стимулирование усилий по достижению надлежащего качества. Эффективная программа обеспечения качества не является самоцелью, скорее, является средством поддержания и улучшения медицинского обслуживания. В любом случае динамика понятия «качество» в здравоохранении определена историческим развитием системы здравоохранения и связанных с этим процессом подходов к пониманию обеспечения качества медицинской помощи.

Достижение качества работы медицинских организаций предполагает постоянный мониторинг и оценку принимаемых мер для трансляции полученной информации лицам, принимающим решения.

Концептуальные модели оценки качества

Разработка стратегии для обеспечения качества медицинской услуги требует четкой концептуальной основы и ясного набора программных целей для того, чтобы эта стратегия была успешно реализована. Наиболее признана модель: структура – процесс – результат, которая известна как триада Донабедиана⁵⁰. Эта модель уже на протяжении долгого периода позволяет проводить сопоставимые исследования и оценивать результаты, поэтому ее, как правило, называют традиционной. Она хорошо описана и в отечественной литературе⁵¹. В традиционной модели больше усилий направлено на оценку качества, чем гарантии качества.

Для различных вариантов измерения качества, которые возникли в конце 1980-х – начале 1990-х годов, был применен другой общепризнанный термин: «непрерывное улучшение качества»⁵². Философская и техническая базы для этой модели заимствованы из набора управленческого и статистического методов управления, разработанных американскими статистиками для работы в промышленности. Но словосочетание «постоянное совершенствование» было рассмотрено в качестве «идеала в сфере здравоохранения»⁵³.

⁵⁰ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44(3):166–206; Donabedian A. *The Criteria and Standards of Quality*. Michigan: Health Administration Press; 1982. 504 p.; Donabedian A. *The Criteria and Standards of Quality*. Michigan: Health Administration Press; 1982. 504 p.; Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Volumes I-III. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980, 1982, 1984; Donabedian, A. *Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means*. *Inquiry* 25:173–192, 1988a; Donabedian, A. *The Quality of Care. How Can it be Assessed?* *Journal of the American Medical Association* 260:1743–1748, 1988b.

⁵¹ Тарасенко Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России // электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья», 2013, № 6 <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/30/lang,ru/>

⁵² Batalden, P.B. and Buchanan, E.D. *Industrial Models of Quality Improvement*. Pp. 133–159 in *Providing Quality Care: The Challenge to Clinicians*. Goldfield, N. and Nash, D.B., eds. Philadelphia, Pa.: American College of Physicians, 1989; Bergner, M. and Rothman, M.L. *Health Status Measures: An Overview and Guide for Selection*. *Annual Review of Public Health* 8:191–210, 1987.

⁵³ Berwick, D.M. *Sounding Board. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care*. *New England Journal of Medicine* 320:53–56, 1989.

Чтобы применить эту модель в сфере здравоохранения, были сделаны четыре основных допущения:

1. Люди, участвующие в предоставлении медицинских услуг, работают в основном в организациях, и для улучшения качества используют все возможности и ресурсы организации.

2. Все работающие в здравоохранении – от администраторов до вспомогательного персонала – должны выполнять работы в соответствии со своими возможностями.

3. Если работники не могут достичь лучших результатов, это означает, что сложившиеся системы расточительны, ненадежны или плохо организованы.

4. Взаимодействие индивидов, организаций и систем, в которых они практикуют, всегда можно улучшить.

Образец использования этой модели может быть рассмотрен на примере американской программы Medicare⁵⁴, в рамках которой такой мониторинг ведется уже много лет. Необходимо отметить, что в наборе показателей отчетности заданы те, которые интересуют государство, хотя в целом могут быть использованы и другие показатели.

Проанализировав усилия разных стран по ведению национального мониторинга качества работы медицинских организаций, можно заметить, что многие страны делают это, но есть и те, кто к формированию рейтингов относится с недоверием. В одних странах программы обеспечения качества строятся на традиционной модели: структура – процесс – результат. В других показатели эффективности и финансовый (бухгалтерский) учет являются доминирующими элементами программ обеспечения качества. Модель непрерывного улучшения качества активнее включает пациентов и общественность, селектируя их мнения, что может способствовать улучшению организации здравоохранения.

Программа может иметь несколько целей, каждая из которых может быть выражена в разной степени. Стремясь к достижению этих целей, программа обеспечения качества может предотвращать возникновение проблем, обнаруживать и исправлять те недостатки, которые уже имеют место, и поощрять более высокие стандарты

⁵⁴ Medicare – национальная программа социального страхования, которая предоставляет страховку гражданам США старше 65 лет, которые работали и вносили соответствующие взносы. Она также обеспечивает медицинское страхование молодым людям с определенными заболеваниями. Программа существует с 1966 года и покрывается расходами федерального правительства США. В 2011 г. почти половина расходов на стационарное лечение больных (47,2%) была покрыта из программы Medicare (Torio CM, Andrews RM. National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2011. HCUP Statistical Brief 160. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. August, 2013). Однако это не означает, что все расходы пациента покрываются из средств программы. Они оплачивают часть услуг, и величина их участия в платежах зависит объема этих услуг. В 2014 году 15,6% американцев были покрыты Medicare. Ожидается, что к 2050 году их число увеличится до 95,8 млн. человек (Medicare – Statistics&Facts – <http://www.statista.com/topics/1167/medicare>).

обслуживания. Она может исключать неудачные практики, поддерживать передовой опыт или использовать различные комбинации для достижения целей. То есть возможности для разнообразной деятельности есть.

Методологические проблемы построения рейтингов: международная практика

Мониторинг и оценка качества деятельности медицинских организаций предоставляют возможность, прежде всего политикам, обеспечить улучшение работы и проконтролировать отчетность. Это своеобразный показатель, который позволяет сделать вывод о правильности избранного курса или, наоборот, о необходимости его смены. В конечном счете, мониторинг и оценка нужны для того, чтобы повысить качество решений, принимаемых разными акторами в системе здравоохранения.

Прогресс информационных технологий и рост требований к подотчетности систем здравоохранения и обеспечению выбора пациентов привели к быстрому прогрессу в системах измерения работы, но остается ряд вопросов, которые требуют внимания и решения.

Различные способы использования показателей оценки работы позволяют привлечь широкий спектр методов измерения, аналитических технологий и подходов к представлению результатов, включая общенациональные обследования, опросы пациентов, базы данных самих учреждений и клиническую информацию.

Основное требование в любой системе измерений – это наличие ясной концептуальной основы для разработки показателей оценки, что должно обеспечить охват измерения всех основных областей систем здравоохранения и определит приоритеты развития. В этом случае усилия по сбору и анализу информации согласованы и не дублируются. Иначе говоря, требование состоит в разработке оптимального портфеля инструментов измерения. Примером может стать проект индикаторов качества ОЭСР, которая намерена сформировать набор индикаторов, которые обычно широко используются в национальных системах здравоохранения⁵⁵.

Проблемы методологии особенно остро возникают, когда стоит вопрос о выборе отдельных индикаторов и определении уровня, на котором предоставляются данные. Это может быть макроуровень (продолжительность жизни населения страны), мезоуровень (уровень смертности после операций в больнице) и микроуровень (результаты здоровья пациентов, достигнутые отдельными врачами). Задача состоит в разработке показателей оценки работы, которые демонстрируют следующие признаки: **приемлемость, выполнимость, надежность,**

⁵⁵ GDP on health and life expectancy, 2005–06. Source OECD, 2008.

чувствительность к изменениям, достоверность.

Кроме того, необходимо учитывать политический и организационный контекст, в рамках которого данные собираются, анализируются и распространяются. Есть определенные проблемы, которые связаны с интерпретацией измерителей результата среди представителей заинтересованных сторон. Поэтому больше внимания необходимо уделять тому, как показатели интерпретируются получателями, какое влияние на них оказывают. Один из наиболее спорных вопросов – это использование композитных индикаторов, которые стремятся объединить в один измеритель несколько показателей оценки работы организации или системы. С одной стороны, такие индикаторы очень привлекательны, так как помогают суммировать уровни достижения результата в доступной форме. Но с другой стороны, композитные индикаторы следует использовать с большой осторожностью, так как в результате можно прийти к искаженным выводам.

На политическом уровне показатели работы могут быть использованы для решения многих задач в направлении улучшения работы. Они могут быть применены для публичного представления информации по оценке работы в форме организационных отчетов. Это очень важно, поскольку демонстрирует наглядный результат. Однако в этом есть и определенный ограниченный эффект для пациентов, так как в таких отчетах высок уровень обобщения и существует возможность обойти вниманием частные, но важные проблемы. Необходим механизм противодействия таким тенденциям.

Проводятся эксперименты по исследованию того, как измерение работы может быть использовано для создания системы прямых финансовых стимулов для вознаграждения по результатам работы организаций. Это очень важная область применения индикаторов работы. Однако такие схемы поднимают ряд вопросов по поводу дизайна. Например, какие аспекты работы учитывать, как измерять достижения, как определять цели, устанавливать ли стимулы на индивидуальном или групповом уровне, насколько сильной должна быть связь между достижением и результатом и какой денежный вес придать такому стимулу. Пока мало убедительных исследований по эффективности таких стимулов, и это очевидный приоритет в перспективных исследованиях.

Обязанности государства, которые появляются при решении задач выполнения мониторинга и оценки, можно обобщить следующим образом.

1. Разработка ясной концепции и ясного видения цели всей системы оценки работы:

согласование с отношениями отчетности;

согласование с другими механизмами системы здравоохранения.

2. Дизайн механизмов сбора данных:

детальная спецификация отдельных индикаторов;
согласование с лучшей мировой практикой.

3. Руководство информацией:

аудит и контроль качества данных;
обеспечение доверия общественности к информации;
обеспечение хорошо информированных общественных дебатов.

4. Разработка аналитических способов и возможностей помощи в понимании данных:

анализ должен проводиться эффективно и результативно;
принимающие решение на местах должны понимать анализ;
заказ исследований по необходимым вопросам, в том числе
механизмам обратной связи и учета рисков.

5. Развитие соответствующих методов агрегирования данных и их презентации:

информация должна иметь правильное влияние на все
заинтересованные стороны;
подготовка публичных отчетов;
обеспечение сравнимости и преемственности информации.

6. Разработка стимулирующих мер на основе показателей работы учреждения:

мониторинг влияния информации о работе учреждения на
поведение;
усиление положительных результатов работы и снижение
отрицательных эффектов.

7. Правильная оценка инструментов оценки работы:

обеспечение эффективности расходования средств на
информационные ресурсы.

8. Управление политическим процессом:

разработка и мониторинг вариантов политики;
поощрение здоровых политических дебатов;
специфические (отдельные) группы интересов не должны получать
монопольного контроля над информацией.

Особо следует подчеркнуть, что эти функции не обязательно должны выполняться государством, но государство обязано обеспечить, чтобы все они действовали и приносили результат. Ниже сформулированы основные требования, которые должны быть отражены в информации о работе медицинских организаций с учетом интересов заинтересованных сторон, для которых тот или иной рейтинг составляется в зависимости от потребностей.

Таблица 1

**Требования, предъявляемые к информации о работе
медучреждений на различном уровне системы здравоохранения**

Заинтересованные стороны (стейкхолдеры), имеющие влияние	Примеры потребностей	Требования к информации
Правительство	мониторинг здоровья нации; разработка политики здравоохранения; обеспечение правильности работы мер регулирования; обеспечение расходования государственных средств по назначению; обеспечение осуществления соответствующих функций информации и исследования; мониторинг эффективности и результативности мер регулирования	информация по исполнению на национальном и международном уровне; информация по доступу и справедливости обслуживания, по использованию услуг и листам ожидания; данные по здоровью населения
Министерство здравоохранения как основной регулятор	защита и обеспечение безопасности и благосостояния пациентов; обеспечение более широкой защиты потребителей; обеспечение эффективного функционирования рынка	своевременная, надежная и постоянная информация по вопросам безопасности пациентов и их благосостояния; информация о честности и эффективности финансовых потоков
Плательщики (налогоплательщики и члены страховых фондов)	обеспечение расходования средств эффективно, результативно и в соответствии с ожиданиями	агрегированные сравнительные данные по результатам работы учреждений; информация по производительности и эффективности по затратам; информация по доступу и справедливости
Организации, покупатели медицинских услуг	обеспечение соответствия контрактов, предлагаемых пациентам, тем задачам, которые ожидает пациент	информация по обслуживанию пациентов и их удовлетворенности; информация о работе провайдеров; информация по эффективности затрат на лечение

Организации, предоставляющие медицинские услуги	мониторинг и улучшение предоставляемых услуг; оценка местных потребностей	агрегированные клинические данные; информация об обслуживании пациентов и их удовлетворенности; информация по доступу и справедливости, использованию услуг и листам ожидания
Врачи	способность соответствовать существующей практике; способность улучшать работу	информация по существующей практике и передовому опыту; информацию по лучшим достигнутым показателям
Пациенты	способность сделать выбор медицинской организации или врача, когда возникает потребность	информация по альтернативным возможностям лечения, расположению и качеству услуг близлежащих медучреждений, включая неотложную помощь; по качеству и вариантам лечения по выбору
Общественность	уверенность в том, что необходимые услуги будут доступны в будущем; контроль над действиями правительства и других государственных органов	общие тенденции в развитии здравоохранения в стране, сравнение с работой других систем на национальном и местном уровне информация по эффективности и безопасности

Источник: Адаптировано из: Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, P. 3.

Как видно из приведенной таблицы, запрос у разных акторов отличается, а требования к запрашиваемой информации (комбинация требований) могут повторяться, что, с одной стороны, упрощает мониторинг и оценку, а с другой – требует высокой профессиональной работы и четко разработанных методик.

Так, например, качество медицинской помощи, оказываемой конкретному (отдельному) больному, несет одну смысловую нагрузку, качество медицинской помощи, оказываемой в лечебном учреждении, – другую, а в целом по стране – третью. Поэтому допустима ситуация, когда методы и критерии оценки качества могут не совпадать. Неоднозначны подходы к оценке качества со стороны различных

субъектов в области здравоохранения. Врачи оценивают качество своей работы и деятельность своих коллег с одних позиций, больные – с других, органы здравоохранения – с третьих. Множество показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, затрудняет построение оценочной системы, поэтому искусство составителей и пользователей мониторинга состоит в качественной увязке отдельных показателей с тем, чтобы в сумме они отражали характеристику всей системы.

Во многих странах давно уже признаны выгоды от наличия базы для оценки работы системы здравоохранения. В научной литературе указывается, что установление определенных рамок не только важно для мониторинга и оценки, а соответствуют более широким стратегическим целям и приоритетам системы здравоохранения и структурированы в соответствии с различными областями в развитии страны, что является важным шагом в мониторинге и предоставлении отчетности о работе системы здравоохранения. Это также ключевой аспект реформ здравоохранения в долгосрочной перспективе.

Сильные стороны современного «Отчета о работе организаций здравоохранения» характеризуются следующим образом:

охватывают различные области работы (результативность, эффективность, доступ и опыт пациентов), которые соответствуют международной практике, основаны на результатах международных исследований, что делает их сопоставимыми;

включает критерии отбора показателей;

содержит индикаторы, позволяющие проводить стратифицированный анализ работы системы здравоохранения по отношению к различным (в том числе уязвимым) группам.

Эти сильные стороны позволяют уверенно использовать «Отчет» в будущем, поскольку это основа, к которой можно добавлять в случае необходимости новые индикаторы, что позволит полнее представлять различные стороны и аспекты деятельности. Публикация ключевой информации по критериям, лежащим в основе того или иного индикатора; открытая направленность опубликованных индикаторов на определенные целевые аудитории и использование в процессе разработки индикаторов опыта других стран будут способствовать развитию сильных сторон такого доклада.

В качестве примера работы по выработке национальных индикаторов (критериев) оценки работы организаций здравоохранения и системы в целом можно сослаться на опыт Австралии. Последовательное отслеживание всех шагов, предпринятых страной для выработки собственной системы, наглядно демонстрирует

сложность и важность проделанной работы⁵⁶. Особого внимания заслуживает ее методологическая часть, в которой четко прослеживается взаимосвязь международного и странового опыта (см. подробнее: Григорьева Н.С. «Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий» // Государственное управление. Электронный вестник, 2015, Выпуск № 51).

Таблица 2 показывает следствия проведенных исследований. А именно: изучение международной практики выявило в результате: 210 индикаторов для уровня местных сообществ (муниципалитетов), 232 – для больниц и 37 – на уровне населения. Число существующих индикаторов национальной отчетности (для сравнения) указано в таблице в скобках. Показательно, что было обнаружено только семь индикаторов эффективности, тогда как большинство индикаторов по «эффективности – безопасность и качество» – 145 для уровня местного сообщества и 145 – для больниц.

Таблица 2

Число международных индикаторов в зависимости от области РАФ и уровня (местное сообщество, больница, население) (в скобках – число индикаторов РАФ/национальных)

Область	На уровне местного сообщества	Больницы	Население	Всего
Результативность – доступ	34 (15)	45 (5)	0	79
Результативность – опыт пациентов	25 (1)	21 (1)	1	47
Результативность – безопасность и качество	145 (5)	145 (16)	2	298
Эффективность	0 (1)	7 (4) 0		7
Уровень здоровья населения	5	9	34 (9)	48
Всего	210 (22)	232 (26)	37 (9)	--
В том числе показатели:				
Структуры	0 (1)	4 (1)	1	5
Процесса	126 (3)	144 (9)	1	271
Результата	84 (18)	84 (16)	35 (9)	203

Источник: Адаптировано из: Final Report: Performance indicators used internationally to report publicly on healthcare organisations and local health systems.

⁵⁶ Final Report: Performance indicators used internationally to report publicly on healthcare organisations and local health systems. October 2013. Australian Institute of Health Innovation.

Индикаторы, выявленные в ходе мировых сопоставлений, дают отличную возможность усилить представительность PFA. Была признана необходимость расширения применения индикаторов области «результативность – безопасность и качество» и «опыт пациентов» как в больницах, так и на местном уровне. В плане интегрированного лечения на мировом уровне был признан такой показатель, как «госпитализация, которую потенциально можно избежать», и работа в этой области получила серьезную поддержку.

В итоговой части таблицы приведены базовые показатели, которые известны и в России⁵⁷.

Следует заметить, что задача разработки любой методики сравнительной оценки учреждений первоначально сталкивается с необходимостью обеспечения сопоставимости показателей. Для России это принципиально новая работа, которая не терпит излишней поспешности. Классическая «по Семашко» система здравоохранения, реализованная в СССР, включала оказание медицинской помощи в двух формах: стационарная и амбулаторная. Больницы обеспечивали лечение пациентов «на койках», поликлиники оказывали медицинскую помощь «на приемах» (соответственно, основными показателями мощности учреждений является количество коек и число приемов в смену). Движение к рыночной экономике и оптимизация работы медицинских организаций привели к объединению учреждений в комплексы, где часто присутствуют одновременно и стационар, и поликлиника, внедряются стационарзамещающие технологии (дневной стационар, стационар на дому и пр.). Однако профилизация учреждений затрудняет возможности сравнения (например, поликлиника первого уровня, в которой также реализуется специализированная помощь по одному-двум направлениям) и создает предпосылки для сокрытия результатов.

Одним из решений может быть сравнение по лицензируемым видам деятельности (например, амбулаторная специализированная помощь по кардиологии), однако ввиду большого количества видов работ такой оценке могут быть подвергнуты лишь некоторые из них. Данный подход может быть использован для оценки ключевых направлений (например, мероприятия в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» – сосудистые центры, травмоцентры для помощи при дорожно-транспортных происшествиях и пр.). Тем не менее эта работа идет, и есть первые результаты.

Так, например, Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга совместно с территориальным фондом ОМС составили рейтинг лучших

⁵⁷ Михайлова Н.В. (2010) Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 // Вестник Росздравнадзора, № 3, с. 19–27.

клиник города. И по результатам работы медицинские учреждения получили стимулирующие выплаты в пяти номинациях: взрослая и детская больницы, взрослая и детская поликлиники, родильные дома. При этом было выбрано два направления поисков, по которым осуществлялось исследование: методы оценки эффективности медицинского учреждения; системы интегральных показателей медицинского учреждения.

В первом направлении были выбраны следующие аналоги:

1. Система сбалансированных показателей (ССП);
2. Data Envelopment Analysis (DEA)⁵⁸;
3. Stochastic Frontier Analysis (SFA)⁵⁹;
4. Метод оценки качества и эффективности медицинской помощи, основанный на сравнении фактически оказанной помощи с медико-экономическим стандартом (МЭС, КСГ).

Во втором направлении были выбраны следующие аналоги:

1. Перечень промежуточных показателей результативности (ППР) и временных целевых показателей (ВЦП) для оценки деятельности федеральных бюджетных учреждений, подведомственных ФМБА России;
2. Целевые показатели деятельности специализированных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения России, и критерии оценки эффективности работы их руководителей;
3. Показатели эффективности НПЦ «Бонум»⁶⁰.

Аналоги сравнивались с помощью метода анализа иерархий Т. Саати⁶¹. По каждому направлению было выбрано по одному прототипу системы сбалансированных показателей и показатели эффективности НПЦ «Бонум». Для улучшения прототипа метода оценки

⁵⁸ **Анализ охвата данных (DEA)** – непараметрический метод в исследовании производственных границ, исследования операций и измерения эффективности производства для принятия решений в экономике. И хотя DEA используется в основном в экономике, его применяют и для измерения производительности в управлении операциями, где комплекс мер выбран для сравнения производительности производства и услуг.

⁵⁹ **Стохастический анализ пограничных состояний (SFA)** является методом экономического моделирования. Он используется для описания случайных компонентов, которые влияют на основной процесс, но не имеют к нему непосредственного отношения.

⁶⁰ Гайнирова М.М., Никифоров Д.А. УрФУ г. Екатеринбург. Подход к оценке эффективности деятельности многопрофильного медицинского учреждения на примере НПЦ «Бонум». Сборник трудов IX заочной студенческой конференции. Новосибирск: Изд-во «СибАК», 2013.

⁶¹ **Метод Анализа Иерархий (МАИ)** — математический инструмент системного подхода к сложным проблемам принятия решений, который не предписывает лицу, принимающему решение, какого-либо «правильного» варианта, а дает возможность найти такой вариант (альтернативу) в интерактивном режиме, который бы наилучшим образом согласовался с его пониманием сути проблемы и требованиями к ее решению. Этот метод разработан американским математиком Томасом Саати, который разработал программные продукты и в течение многих лет проводил симпозиумы ISAHIP (*International Symposium on Analytic Hierarchy Process*). Метод Анализа Иерархий используется в мире для принятия решений в разнообразных ситуациях: от управления на межгосударственном уровне до решения отраслевых и частных проблем не только в бизнесе, промышленности, но и в социальных секторах: здравоохранении, образовании.

эффективности проведено анкетирование руководителей.

Метод анализа иерархий является универсальным для оценки весовых коэффициентов показателей в иерархичной системе взаимосвязанных показателей. Суть метода заключается в построении матрицы парных сравнений групп факторов, размерность которых определяется числом таких факторов, а расчеты весовых коэффициентов производятся по приведенным формулам. Сходные программы существуют и в других регионах Российской Федерации. Проблема заключается в том, что даже первичный анализ информации об оценке качества работы медицинских организаций, размещенный на сайте департаментов здравоохранения регионов, показывает трудности (а зачастую и невозможность) экспертного заключения по представляемым данным⁶².

Выводы

Исследовав зарубежные научные источники и информацию, размещенную в открытых источниках в сфере управления здравоохранением, представилась возможность глубже познакомиться с методологией составления зарубежных рейтингов медицинских организаций. Как правило, рейтинги медицинских организаций, осуществляемые с участием государственных органов (либо использующие статистические данные, собранные государственными органами), подробно детализированы, насчитывают большое число показателей (с подробно разработанными индикаторами по каждому из них). В любом случае есть необходимость, прежде всего, создания концепции данной системы, определения ее методологии, а затем разработки непосредственно системы детализированных статистических клинических/неклинических показателей деятельности медицинских организаций.

Опыт других стран⁶³ может быть полезен для формирования собственных подходов и выработки своей системы показателей. Потребность в данной информации испытывают самые различные субъекты, но, несомненно, важно, какая информация необходима органам законодательной и исполнительной власти в сфере здравоохранения, как она предоставляется и каким образом интерпретируется. Мониторинг и оценка качества дают возможность, прежде всего политикам, обеспечить улучшение работы и проконтролировать отчетность медицинских организаций. Данная

⁶² Тарасенко Е.А. (2014). Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг // Здравоохранение. № 1. С. 68–74.

⁶³ Smith Peter C., Mossialos Elias, Papanicolas Irene Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and Prospects. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008; Worz M., Foubister T., Busse R. (2006) Access to health care in the EU Member States. Euro Observer, summer, Vol. 8, № 2.

задача становится еще более актуальной в связи с практическими шагами, которые предпринимаются в России по реформе (модернизации, оптимизации) системы здравоохранения.

**Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения
Минздрава России**

Инновационные направления развития центров здоровья

Стародубов В.И., директор, академик РАН

Соболева Н.П., заведующая отделением инновационных технологий профилактики заболеваний, к.м.н.

Савченко Е.Д., ведущий научный сотрудник отделения инновационных технологий профилактики заболеваний, к.м.н.

В принятой в октябре 2007 года Концепции демографической политики Российской Федерации определены меры по стабилизации численности населения страны и формированию предпосылок для последующего ее роста. На государственном уровне был принят ряд конкретных мер, направленных, в первую очередь, на повышение рождаемости, основными из которых стали внедрение «родового сертификата» и «материнского капитала». Однако мало лишь повысить рождаемость, необходимо сохранить жизнь до глубокой старости.

Фундаментом современной системы укрепления и сохранения здоровья населения становится профилактика, базирующаяся на организационных и информационных технологиях. На государственном уровне предприняты беспрецедентные усилия по развитию профилактики: Программа «здоровье здоровых», национальный Проект «Здоровье», реализация Программы по сокращению потребления табака и алкоголя, пропаганде физической активности и спорта, и другие проекты.

В организационном плане профилактическая деятельность обеспечивается законодательной базой, отражающей стратегические направления сохранения здоровья населения, которые осуществляются системой медицинской профилактики: центрами, отделениями, кабинетами медицинской профилактики, центрами здоровья, диспансеризацией населения.

К сожалению, следует отметить низкую эффективность всех указанных профилактических направлений по разным причинам:

основой для всех является отсутствие контроля качества и эффективности со стороны Министерства здравоохранения;
 разрушение системы первичной профилактики;
 недостатки в работе центров здоровья;
 недостаточное ресурсное и кадровое обеспечение профилактических мероприятий.

В настоящее время профилактика финансируется из двух источников: бюджет (центры медицинской профилактики) и система ОМС (центры здоровья, диспансеризация населения). Основой для улучшения здоровья являются мероприятия первичной профилактики, проводимые центрами медицинской профилактики.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения профилактическая работа с населением приносит свои плоды и способна сформировать в общественном сознании позитивные установки на сохранение и укрепление здоровья при условии финансирования профилактической деятельности из расчета не менее 5–7 рублей на одного жителя региона в год. Однако, как можно видеть из данных таблицы 1, ни в одном из федеральных округов этот показатель не достигает указанного предела. Выделение средств на целевые профилактические программы проводилось на критически низком уровне либо вообще не проводилось (Южный ФО).

Таблица 1

Количество бюджетных средств, полученных на профилактическую работу в 2014 году (на 1 человека в рублях)

Федеральный округ	Планировалось	Фактически получено	На целевые программы
Российская Федерация	1,1	1,1	0,5
Центральный ФО	0,5	0,4	0,1
Северо-Западный ФО	0,8	0,8	0,5
Южный ФО	0,2	0,2	0,0
Северо-Кавказский ФО	1,3	2,3	1,6
Приволжский ФО	0,8	0,8	0,0
Уральский ФО	4,8	4,7	1,7
Сибирский ФО	1,5	1,4	0,9
Дальневосточный ФО	0,7	0,7	1,0

Таким образом, это приводит к тому, что потребность населения в достоверной, научно обоснованной пропагандистской информации центров медицинской профилактики практически не удовлетворяется, что недопустимо в сегодняшней критической ситуации с состоянием здоровья граждан.

В таблице 2 представлен перечень субъектов Российской Федерации, в которых в 2014 году количество полученных бюджетных средств на профилактическую работу составило более 1 рубля на человека.

Таблица 2

Субъекты Российской Федерации, получившие бюджетных средств на профилактическую работу более 1 рубля на человека (годовая отчетная форма №70, 2014 г.)

Субъект РФ	Планировалось	Фактически получено	На целевые программы
Центральный ФО			
Белгородская область	1,9	1,9	0,1
Воронежская область	1,5	1,3	1,1
Липецкая область	2,3	2,3	0,0
Тульская область	1,5	1,0	1,0
Ярославская область	1,0	0,5	0,5
Северо-Западный ФО			
Республика Коми	1,6	1,6	1,6
Архангельская область	3,0	3,0	1,0
Калининградская область	1,1	1,4	1,4
Мурманская область	1,4	1,4	0,5
Южный ФО			
Республика Адыгея	1,3	1,3	0,0
Северо-Кавказский ФО			
Ингушская Республика	1,0	1,0	0,0
Ставропольский край	2,7	2,7	1,4
Приволжский ФО			
Оренбургская область	3,7	3,7	0,0
Республика Башкортостан	3,0	3,0	0,6
Республика Татарстан	1,1	1,1	0,0
Уральский ФО			
Курганская область	1,5	1,5	0,2
Свердловская область	1,4	1,4	0,0
Тюменская область	7,1	7,1	7,1
Ханты-Мансийский АО	23,4	23,1	6,9
Ямало-Ненецкий АО	2,9	2,9	0,0

Челябинская область	1,0	1,0	0,1
Сибирский ФО			
Республика Бурятия	9,2	9,2	0,0
Республика Тыва	3,5	3,5	0,0
Республика Хакасия	2,9	2,9	2,0
Новосибирская область	4,9	4,7	2,6
Дальневосточный ФО			
Амурская область	1,2	1,2	2,0
Магаданская область	7,1	7,1	3,1
Сахалинская область	2,8	2,8	0,0

В связи с изложенным стоит вопрос о необходимости ресурсного обеспечения профилактики, которое находится в прямой зависимости от государства, то есть построении здоровой государственной политики, соответствующей Оттавской Хартии. Необходимость этого подтверждается данными по снижению численности населения как по России в целом, так и в большинстве федеральных округов Российской Федерации (диаграмма 1, 2).

Диаграмма 1

Динамика численности населения Российской Федерации



Диаграмма 2

Динамика численности населения в федеральных округах



Исходя из важности профилактики, обеспечивающей сбережение здоровья, снижение преждевременной смертности и продление средней продолжительности предстоящей жизни, целью настоящей работы является анализ деятельности центров здоровья для детей и взрослых, которые могут в значительной степени повлиять на состояние здоровья

всего населения.

Авторами впервые рассматривается соответствие названия центра здоровья его организационной структуре. Это связано с тем, что у многих специалистов возникал вопрос о целесообразности существования центров здоровья в системе здравоохранения.

Создание центров здоровья было обусловлено настоятельной необходимостью уделять внимание не только больным, как это делается повседневно на всех уровнях оказания медицинской помощи, но и контингенту здоровых и практически здоровых лиц.

С момента создания центров прошло более 5 лет, создано более 800 центров здоровья, и, естественно, встает вопрос об их эффективности. В этом аспекте требуется дать оценку их деятельности, пересмотреть некоторые позиции в отношении структуры центров и решить ряд вопросов, связанных с объемом проводимых исследований и оказываемой профилактической помощи лицам, обратившимся в центр здоровья. Нашей задачей являлся только анализ структуры и разработка предложений, касающихся организационных форм деятельности центров здоровья.

Сегодня структура центра здоровья представляет собой в основном отделение функциональной диагностики, прием врача-терапевта (педиатра), кабинет ЛФК и «Школу ЗОЖ», что не может обеспечить укрепление и сохранение здоровья обращающимся лицам. Центры здоровья не являются самостоятельными организациями, часть из них существуют на базе поликлиник и в меньшей степени больниц, в то время как большинство из них объединены или с центрами медицинской профилактики, и/или с врачебно-физкультурными диспансерами.

Исходя из вышеизложенного, на наш взгляд, основными направлениями для организации наиболее рациональной структуры центров здоровья должны стать:

комплексная оценка состояния здоровья детского и взрослого населения;

сохранение и укрепление здоровья всех возрастных групп;

формирование здоровья будущих поколений.

Никто не отрицает, что необходим активный научный поиск эффективных форм деятельности центров здоровья в связи с негативными изменениями в состоянии здоровья населения, ростом хронической патологии среди детей и взрослых и предотвратимой смертности в трудоспособном возрасте.

По итогам комплексного медико-статистического исследования более 50% детей подросткового возраста страдают заболеваниями, которые в дальнейшем могут оказать негативное влияние на репродуктивную функцию, качество здоровья женщин – матерей, что, в свою очередь, отразится на состоянии здоровья потомства.

В этой связи главным представляется сохранение здоровья во всех возрастных группах и со всех его сторон: физического, психического, репродуктивного, что определяет жизнеспособность общества и обеспечивает воспроизводство населения.

Для отдельного человека и общества в целом нет большей ценности, чем здоровье, что подтверждается многочисленными социологическими опросами. В то же время укрепление и сохранение здоровья относится к наиболее проблемным и трудновыполнимым социальным обязательствам Российского государства. Удовлетворенность граждан организацией медицинской помощи в стране согласно опросам общественного мнения из года в год уменьшается. По мнению социологов «...в современной России система поддержания здоровья не ограничивается государственной системой здравоохранения, на перманентном реформировании которой сосредоточены усилия чиновников в постсоветские годы. Ее удельный вес в деле обеспечения здоровья людей не является настолько доминирующим, как это представляется в нормативных и стратегических документах...»

Препятствиями формированию целостной системы ориентации и установок на здоровый образ жизни личности являются противоречия между:

социальной потребностью в здоровом человеке и реальными условиями для формирования соответствующих установок в различных группах населения;

общественной ценностью здоровья и реальными возможностями его сохранения и укрепления независимо от уровня материального положения различных групп населения;

необходимостью создания в регионе соответствующей экологической ситуации, форм и методов сохранения и укрепления здоровья населения и реальными действиями по их формированию;

декларируемой в обществе «модой на здоровье и здоровый образ жизни» и реальными действиями семьи, учреждений образования и здравоохранения в этой сфере.

Здоровый образ жизни должен целенаправленно формироваться в течение всей жизни человека, а не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций.

Большую роль в формировании ориентаций на ЗОЖ играют институты семьи, образования и здравоохранения. Это связано с тем, что:

образ жизни личности, особенно на ранних этапах ее развития, напрямую зависит от той семьи, в которой родился человек. Учебные заведения, так или иначе, вносят свои коррективы в дальнейшее развитие образа жизни личности, зачастую детерминируя его;

поддержание здоровья человека, формирование ориентаций на

здоровый образ жизни не всегда зависят от него самого, для этого нужны условия, в которых формируется личность, факторы, воздействующие на этот сложный социальный процесс.

Психическое здоровье является важным элементом воспроизводства образовательного и трудового потенциала общества, а психические расстройства имеют огромные негативные экономические и социальные последствия. ВОЗ выступает с аргументированных позиций признания проблем психического здоровья первостепенными по важности. В развитии психических расстройств у взрослых людей важную роль играют нарушения психического здоровья в детском возрасте. Охрана психического здоровья детей и подростков должна рассматриваться в качестве стратегической инвестиции, обеспечивающей получение в долгосрочной перспективе многопланового положительного эффекта отдельными лицами, обществом в целом и системой здравоохранения.

Крайне актуальной проблемой является несбалансированное питание, как в аспекте пониженной массы тела у детей и подростков, так и в отношении тенденции к распространению ожирения. Заболеваемость, связанная с алиментарным фактором (болезни органов пищеварения, гипертоническая болезнь, ИБС, заболевания эндокринной системы), стабильно растет. Железодефицитная анемия у детей, женщин фертильного возраста, в том числе беременных, в первую очередь является следствием дефектов питания.

Таким образом, назрела необходимость разработки новых подходов в структуре центров здоровья, основой для которых должно стать, на наш взгляд, воспроизводство населения, зависящее от двух факторов – рождаемости и смертности. Приоритет рождения и воспитания детей среди других жизненных целей и ценностей в России сегодня утрачен. В то же время достаточно часто семьи, желающие иметь детей, сталкиваются с проблемами репродуктивного здоровья, как у мужчин, так и у женщин.

Исходя из вышеизложенного, нами предлагается конкретизировать название центров здоровья: центр здоровьесбережения у детей и центр репродуктивного и семейного здоровья для взрослого населения. В связи с этим меняется и внутренняя структура центров с их функциональной деятельностью (схема 1, 2).

Схема 1



Схема 2

Структура Центра репродуктивного и семейного здоровья взрослого населения



В целях повышения качества и эффективности работы региональных центров здоровья необходимо создание Центра репродуктивного и семейного здоровья на федеральном уровне с участием научных медицинских организаций: акушерства, гинекологии и перинатологии, научного центра здоровья детей, НИИ урологии и геронтологии. При этом ЦНИИ организации и информатизации

Минздрава России выполняет функцию аналитического центра в этой системе (схема 3).

Схема 3



На региональном уровне деятельность центров здоровья должна быть тесно связана с первичной медико-санитарной службой, с центрами медицинской профилактики и диспансерами. Ответственность за профилактику несут администрация региона (губернатор и заместитель по социальным вопросам) и администрация муниципальных образований.

Схема 4



Для реализации предложенной модели необходимо четкое понимание ответственности всего общества, каждого индивидуума и всех структур, имеющих отношение к сохранению здоровья населения.

Необходимо рассматривать роль семьи, систем образования и здравоохранения как основных социальных институтов в формировании ориентации населения на здоровый образ жизни.

Внедрение предложенной организационной структуры центров здоровья должно стать целью жизненной позиции «быть не только самому здоровым, но иметь здоровыми будущие поколения своих детей, внуков, способствовать сохранению здоровья своих стареющих родителей и прародителей». Этому будет способствовать развитие нравственного и духовного здоровья, поскольку образ жизни является продуктом духовных усилий каждого человека.

Основным направлением развития личности и практики оздоровления населения может стать здоровый образ жизни как национальная идея.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации детей⁶⁴

Хан М.А., руководитель отдела
медицинской реабилитации детей и
подростков, д.м.н., профессор

В настоящее время детская курортология имеет хорошую теоретическую, методологическую и кадровую базу для эффективного решения насущных проблем педиатрии.

Сегодня наиболее актуальным направлением развития детской курортологии является разработка научных основ организации санаторно-курортного лечения детей и нормативно-правового регулирования деятельности детских санаторно-курортных организаций.

Санаторно-курортное лечение занимает важное место в системе охраны здоровья детей.

В настоящее время чрезвычайно актуально совершенствование детской санаторно-курортной службы, сохранение российских курортов, в первую очередь, для оздоровления детей.

Современный этап развития санаторно-курортного лечения детей связан с разработкой и реализацией единой государственной стратегии

⁶⁴ Использован материал научно-методического семинара Аналитического управления Аппарата Совета Федерации на тему «Развитие медицинской реабилитации и организации санаторно-курортного лечения детей – актуальное направление развития здравоохранения» (27 октября 2016 года).

его развития, охватывающей все направления: развитие курортов как территорий, эффективное использование природных лечебных ресурсов, развитие лечебной базы, продвижение и создание комфортных условий пребывания.

Система санаторно-курортной помощи детям в Российской Федерации характеризуется снижением числа санаториев для детей в связи с их низкой рентабельностью, малой мощностью, укрупнением санаториев с одновременным увеличением числа санаториев для совместного пребывания детей с родителями (более высокая эффективность санаторно-курортного лечения детей с родителями) и количества санаторных оздоровительных лагерей круглогодичного действия.

Большую роль в оздоровлении детей играют детские санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздрава России, число которых в течение 10 лет сократилось на 40% (с 35 – в 2007 г. до 18 – в 2016 г.).

В 2015 году в этих учреждениях получили санаторно-курортное лечение 67 239 детей, преимущественно из социально незащищенных групп населения (дети-инвалиды, дети-сироты, дети, больные туберкулезом, и др.).

Ключевыми задачами в области санаторно-курортного лечения детей являются:

1. Повышение в целом доступности санаторно-курортного лечения детей. Это обеспечение оздоровлением и санаторно-курортным лечением детей с факторами риска развития заболевания, хроническими болезнями и увеличение обеспеченности санаторно-курортным лечением детей из социально незащищенных групп (дети-инвалиды, дети, больные туберкулезом, дети граждан, пострадавших от радиационных воздействий).

2. Создание качественной и эффективной системы санаторно-курортной реабилитации детей после оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Подготовка кадров.

4. Научно-методическое обеспечение деятельности детских санаторно-курортных организаций.

Приоритетными путями решения задачи повышения доступности санаторно-курортного лечения детей являются разработка вопросов нормативно-правового регулирования в системе детской санаторно-курортной службы.

Состояние и совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы в сфере санаторно-курортного лечения является неотъемлемым условием эффективного развития санаторно-курортной службы, в том числе детской.

Существующая нормативно-правовая база в данной области за последние двадцать лет существенно не менялась, что потребовало проведения ряда безотлагательных мер.

В последние годы Министерством здравоохранения совместно с профильными институтами проведена большая работа по разработке документов, регламентирующих деятельность санаториев для детей, в том числе для детей с родителями, и санаторных оздоровительных лагерей круглогодичного действия.

Министерством здравоохранения Российской Федерации издан приказ от 05.05.2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения», устанавливающий единые требования к организации работы санаторно-курортных организаций, рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения оборудованием.

Настоящий Порядок устанавливает правила организации и оказания санаторно-курортного лечения взрослому и детскому населению в санаторно-курортных организациях и иных учреждениях, осуществляющих медицинскую деятельность, на территории Российской Федерации.

В Порядке организации санаторно-курортного лечения специально выделены Правила организации деятельности санатория для детей, в том числе для детей с родителями. Настоящим Порядком определены Правила организации деятельности санаторного оздоровительного лагеря круглогодичного действия.

С принятием данного нормативного акта будет налажена эффективная система государственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, осуществляемой в санаторно-курортных организациях.

Кроме этого, издан Приказ МЗ РФ от 5 мая 2016 года № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения», включающий Приложение № 1 «Перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения взрослого населения», Приложение № 2 «Перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения детского населения», Приложение № 3 «Перечень медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения». В данном приказе исключены из перечня показаний к санаторно-курортному лечению детей ряд заболеваний: онкологические, болезни крови, бактериальные менингиты, энцефалиты, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, крапивница, бронхоэктатическая болезнь, респираторные нарушения у детей часто и длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями, и др. В Приказе включен новый раздел – медицинские показания для санаторно-курортного лечения детей с болезнями глаза и его придаточного аппарата.

Ранее были опубликованы следующие нормативно-правовые документы, касающиеся санаторно-курортного лечения детей:

постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 марта 2011 г. № 21 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2843–11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы детских санаториев»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Для перспективного планирования развития сети санаторно-курортных организаций, в том числе для детей, рационального использования коечной мощности и курортных факторов, повышения эффективности лечения важное значение имеет определение потребности детей в санаторно-курортном лечении, прежде всего детей, страдающих хроническими заболеваниями. Для определения научно обоснованной потребности нами была разработана специальная методика расчета потребности, утвержденная Министерством здравоохранения Российской Федерации (2008 год), которая базировалась не только на данных о заболеваемости, особенностях ее структуры, возрастной категории населения, но и на экспертной оценке с учетом новых показаний и противопоказаний для санаторно-курортного и амбулаторно-курортного лечения в санаторно-курортных организациях и правилах отбора на санаторно-курортное лечение. В соответствии с разработанной методикой наиболее высокие показатели удовлетворения потребности в санаторно-курортных койках наблюдаются у детей с заболеваниями нервной системы (51,7%), органов кровообращения (30,8%), органов дыхания (28,9%), костно-мышечной системы (20,2%). Низкие показатели удовлетворения потребности в санаторно-курортных койках – у детей с болезнями мочеполовой, эндокринной систем, органов пищеварения.

Для решения проблем обеспечения санаторно-курортным лечением детей необходимо: определение потребности в санаторно-курортном лечении детей с учетом заболеваемости детского населения в регионах, перепрофилирование коечного фонда детских санаторно-курортных организаций с учетом показателей потребности, увеличение коечной мощности санаторно-курортных организаций для лечения детей, в первую очередь с гастроэнтерологическими заболеваниями, эндокринной, мочеполовой и костно-мышечной систем, оптимизация работы санаторной койки детских санаторно-курортных организаций за счет увеличения ее оборота.

Важной проблемой является увеличение обеспеченности санаторно-курортным лечением, гарантированным государством

бесплатно, для детей из социально незащищенных групп, прежде всего детей-инвалидов, число которых имеет тенденцию к увеличению (в 2009 г. – 519 тыс., в 2016 г. – 617 тыс.).

Для решения проблемы увеличения обеспеченности санаторно-курортным лечением детей-инвалидов необходимо определение потребности в санаторно-курортном лечении детей-инвалидов с учетом различных типов детских санаторно-курортных организаций, увеличение коечной мощности детских санаториев и санаторных оздоровительных лагерей круглогодичного действия для детей школьного возраста (40% детей-инвалидов в возрасте 8–11 лет).

Актуальными по своей медико-социальной значимости являются вопросы санаторно-курортного лечения детей, больных туберкулезом. Потребность в санаторно-курортном лечении детей, больных туберкулезом, составляет 100% и 60% среди детей группы риска.

В настоящее время насчитывается 117 туберкулезных санаториев. Из них большую часть (69%) составляют туберкулезные санатории для детей (81 санаторий на 11116 коек). В 2015 г. санаторно-курортное лечение получили 97 755 пациентов, из них 49 342 (50,5%) – дети.

Для решения проблемы повышения обеспеченности санаторно-курортным лечением детей, больных туберкулезом, необходима оптимизация сроков санаторно-курортного лечения (2–6 вместо 6–9 месяцев), организация функционирования в каждом субъекте Российской Федерации детского туберкулезного санатория, улучшение материально-технической базы функционирующих санаториев.

К числу ключевых проблем относится создание санаторного этапа медицинской реабилитации детей после оказания высокотехнологичной медицинской помощи. За последние годы детские санаторно-курортные учреждения, прежде всего федерального подчинения, имеющие хорошую лечебно-диагностическую базу, стали оказывать специализированную высококвалифицированную медицинскую помощь, что позволяет долечивать детей после оперативных вмешательств и оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это определяет актуальность организации санаторного этапа медицинской реабилитации таких больных в условиях детских санаторно-курортных учреждений.

Впервые понятие «медицинская реабилитация» было введено Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Согласно закону гарантируется оказание медицинской помощи по восстановлению функций после развития заболеваний и повреждений.

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Учитывая высокую значимость проблемы, основные усилия в рамках Госпрограммы развития здравоохранения до 2020 года в разделе 5.1 «Развитие медицинской реабилитации, в том числе детей» предполагается сосредоточить на создании реабилитационных отделений для второго этапа медицинской реабилитации (в стационарных условиях) и для третьего этапа медицинской реабилитации (в амбулаторно-поликлинических и санаторных условиях).

Для решения данной проблемы необходимо:

определение потребности детей в санаторно-курортной реабилитации после оказания им высокотехнологичной медицинской помощи;

организация реабилитационных отделений в детских санаторно-курортных организациях, прежде всего находящихся в ведении МЗ РФ, по основным профилям (в ряде детских санаторно-курортных учреждений уже созданы реабилитационные отделения для III этапа медицинской реабилитации);

разработка нормативно-правовой базы для реабилитационных отделений (порядок, штаты, оснащение);

стандарты медицинской помощи детям для санаторно-курортного этапа реабилитации.

Сегодня значительная часть российских детских здравниц крайне нуждается в модернизации и преобразовании инфраструктуры, что требует улучшения материально-технической базы детских санаторно-курортных организаций, актуализации статистического наблюдения в части деятельности детских санаторно-курортных организаций.

С целью научно-методического обеспечения деятельности детских санаторно-курортных организаций необходимо создание объединения учреждений науки и образования с использованием клинических баз санаторно-курортных организаций, что позволит внедрять научные достижения в деятельность санаторно-курортной организации. Также необходимы выработка единой методологии образовательных программ в соответствии с задачами, стоящими перед санаторно-курортными учреждениями России по развитию качественного санаторно-курортного лечения, внедрение инновационных технологий в практическую деятельность детских санаторно-курортных организаций.

Научное и кадровое обеспечение является основой для повышения эффективности санаторно-курортного лечения и требует обеспечения детских санаториев квалифицированными кадрами врачей, среднего медицинского персонала и совершенствования системы подготовки кадров для санаторно-курортной деятельности.

Важной проблемой является массовая информатизация, для чего необходимы создание и поддержка информационного сайта, предоставляющего информацию о санатории с указанием места расположения, профиля, имеющихся возможностей детского санатория.

В последние годы отмечается значительное сокращение НИР в области курортного дела, в частности детской курортологии. Вместе с тем чрезвычайно важными и требующими дальнейшего изучения и научного обоснования остаются:

проблема адаптации детского организма к контрастным климатическим условиям и последующей реадаптации при возвращении ребенка в привычный для него климат;

оценка сравнительной эффективности санаторно-курортного лечения детей в разных климатогеографических зонах;

анализ особенностей метеопатологических реакций, разработка методов их коррекции и профилактики с использованием природных факторов;

проблемы бальнеотерапии в педиатрии (вопросы адекватного дозирования, изучения дозозависимых эффектов сочетанного применения бальнеологических факторов и медикаментозных препаратов, разработка инновационных технологий) и грязелечения (разработка современных малозатратных и эффективных технологий пелоидотерапии, их модернизация для применения во внекурортных условиях, обоснование сочетанных методов грязелечения).

Сегодня одной из важнейших проблем детской курортологии является внедрение информативных и доступных для большинства детских санаторно-курортных учреждений диагностических методов исследования, позволяющих оценить уровень здоровья ребенка, степень функциональных нарушений и определить объем оздоровительных, корригирующих и реабилитационных технологий.

Методы курортной медицины, как более физиологичные, оказывающие оздоравливающее действие, являются приоритетными при применении у детей с факторами риска и хроническими заболеваниями.

Основным принципом санаторно-курортного лечения детей остается максимальное использование природных физических факторов (климат, минеральные воды, лечебные грязи).

Однако один из самых доступных методов физиотерапии – климатолечение в последние годы используется недостаточно, особенно в санаториях, расположенных в привычных климатических условиях, что определяет актуальность возобновления исследований по разработке оптимальных технологий климатотерапии в детских санаторно-курортных организациях.

Методы аппаратной физиотерапии играют важную роль в решении актуальных задач детской курортологии. За последние годы научно обоснованы и предложены практическому здравоохранению новые технологии аппаратной физиотерапии в педиатрии: импульсная низкочастотная магнитотерапия, структурно-резонансная терапия, вазоактивная электростимуляция, биорегулируемая

электронейростимуляция, импульсное низкочастотное электростатическое поле, биологическая обратная связь, биоуправляемая аэроионотерапия, неселективная и селективная хромотерапия, криотерапия (воздушная, кондукционная, криомассаж), лазерное излучение в ауторезонансном режиме и др.

Различные виды ЛФК являются обязательным компонентом комплексного санаторно-курортного лечения детей. В настоящее время разработаны и научно обоснованы инновационные технологии кинезотерапии, которые должны шире внедряться в практику работы детских санаторно-курортных организаций.

Таким образом, для перспективного развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей необходимы:

актуализация профилей детских санаториев в соответствии с профилем курорта, на котором расположены санаторно-курортные организации;

определение нормативов потребности детей в санаторно-курортном лечении с учетом региональной заболеваемости;

разработка стандартов медицинской помощи для санаторно-курортного лечения детей;

организация реабилитационных отделений для проведения III этапа медицинской реабилитации в детских санаторно-курортных организациях как федерального подчинения, так и субъекта;

внедрение инновационных реабилитационных технологий в практику работы детских санаторно-курортных организаций;

разработка и внедрение современных информационно-телекоммуникационных технологий в работу детских санаторно-курортных организаций;

разработка современных унифицированных критериев оценки эффективности санаторно-курортного лечения детей;

актуализация научных исследований по детской курортологии;

подготовка кадров в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей.

**Научно-исследовательский институт гигиены и охраны
здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей
Минздрава России**

Медицинские проблемы организации отдыха и оздоровления⁶⁵

Кучма В.Р., директор, член-корреспондент
РАН, д.м.н., профессор

Рапорт И.К., заведующая лабораторией
научных основ школ здоровья, д.м.н.,
профессор

Седова А.С., и.о. заведующего отделом
комплексных проблем гигиены детей и
подростков

Одним из приоритетов государственной политики Российской Федерации является сохранение и повышение уровня здоровья детей и подростков. От успешного решения этих проблем во многом зависит будущее нашей страны, ее экономическое, социальное и демографическое благополучие, обеспечение обороноспособности и безопасности, и самое главное – физическое и нравственное здоровье наших граждан, всего общества.

В Указе Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» ставятся задачи сбережения здоровья каждого ребенка: «...в Российской Федерации должны применяться меры, направленные на раннюю профилактику заболеваемости, внедрение здоровьесберегающих технологий, предоставление квалифицированной медицинской помощи в любых ситуациях». Вместе с тем на протяжении трех последних десятилетий состояние здоровья подрастающего поколения в России ухудшается, что подтверждается данными официальной статистики, результатами профилактических осмотров и научных исследований.

Результаты последнего лонгитудинального наблюдения за состоянием здоровья московских школьников (930 обследованных детей с общим числом определяемых и анализируемых показателей свыше 255 тыс.), с первого по одиннадцатый класс (с 2004–2005 учебного года по 2014–2015 учебный год) свидетельствуют о том, что здоровье обучающихся прогрессивно ухудшается: возрастает распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний. За последние

⁶⁵ Использован материал научно-методического семинара Аналитического управления Аппарата Совета Федерации на тему «Развитие медицинской реабилитации и организации санаторно-курортного лечения детей – актуальное направление развития здравоохранения» (27 октября 2016 года).

25 лет распространенность функциональных отклонений среди московских юношей (15–17 лет включительно) возросла на 170% (с 1350‰ до 3645‰), а среди их сверстниц – на 118% (с 1720‰ до 3743‰). Частота встречаемости хронических заболеваний увеличилась среди юношей на 71% (с 700‰ до 1197‰) и среди девушек – на 21% (с 900‰ до 1087‰).

Анализ распределения современных детей и подростков на группы здоровья показал, что если в 1-м классе к I группе здоровья, то есть абсолютно здоровым детям, было отнесено 4,3% наблюдаемых, то к окончанию школы таких учащихся не было вовсе. За этот же период произошло уменьшение наполняемости II группы здоровья (детей с функциональными отклонениями) с 44,4% до 34,0% ($t=2,3$ $p<0,05$). Одновременно увеличилось число детей, страдающих хроническими заболеваниями в стадии компенсации и отнесенных к III группе здоровья (с 51,3% до 61,4%; $t=2,2$ $p<0,05$), и с IV группой здоровья (с 0 до 4,6%).

За одиннадцатилетний период среди наблюдаемых школьников распространенность функциональных отклонений возросла на 14,7% (с 3283‰ до 3765‰), а хронических болезней – на 52,8% (с 813‰ до 1242‰).

В структуре функциональных отклонений, распространенных среди учащихся 9–11 классов, четыре первых места принадлежат функциональным нарушениям сердечно-сосудистой, костно-мышечной, нервной систем и психической сферы, расстройствам зрения; в структуре хронической патологии – болезням желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы, органов дыхания и зрения.

Физическое развитие детей и подростков – выпускников школ характеризуется выраженной дисгармоничностью. К завершению школьного обучения 6,6% юношей имеют дефицит массы тела и вдвое большее количество (15,5%) – избыток массы тела, причем частота встречаемости ожирения I–II ст. среди юношей в 1,5 раза выше, чем среди девушек. Распространенность дефицита массы тела у старшеклассниц остается на прежнем уровне (17,1%), частота встречаемости избыточной массы тела снижается у них в 11 классе до 4%.

Продолжают снижаться функциональные возможности организма обучающихся. Так, по данным нашего Института во всех возрастно-половых группах школьников г. Москвы выявлено снижение кистевой динамометрии, а возрастной особенностью жизненной емкости легких является стабилизация этого показателя в 9–10 лет как у мальчиков, так и у девочек. Резко снижена координация движений.

Многие авторы отмечают слабую физическую подготовленность современных детей и подростков. По данным разных авторов около 70% выпускников школ не могут выполнить контрольные нормативы по ФП. Данные наших исследований также свидетельствуют о том, что

практически всем современным школьникам трудно выполнять те или иные нормативы физической подготовленности. Самыми трудными для обучающихся всех возрастов являются нормативы ФП, оценивающие силовую подготовку и выносливость.

Таким образом, подавляющее большинство детей и подростков России нуждаются в отдыхе и оздоровлении, что можно организовать на базе лагерей, особенно в период летних школьных каникул.

Своевременное оздоровление детей с отклонениями в состоянии здоровья является предпосылкой профилактики прогрессирования заболеваний, развития осложнений и детской инвалидности. Необходимо использовать уникальную возможность охватить системой оздоровительных мероприятий большой контингент детей и подростков во время каникулярного отдыха, используя при этом правильный режим дня, длительное пребывание на свежем воздухе, повышение физической активности, закаливающие процедуры, рациональное питание, благоприятные климатогеографические факторы.

Количество детей и подростков, охваченных организованным летним отдыхом, составляет 40% детского населения нашей страны. При этом 80% отдыха приходится на лагеря с дневным пребыванием, организованным для обучающихся младших классов. К сожалению, количество загородных стационарных лагерей, продолжает снижаться – их количество составляет не более 5% от всех видов организаций отдыха (это немногим больше 2 тыс.). В загородных лагерях, в которых можно создать наиболее оптимальные условия для оздоровления детей, отдыхает всего 25% детей, охваченных организованным отдыхом (от общего количества детей – 10%).

Мы привыкли, что все лагеря называются организациями отдыха и оздоровления, однако насколько это корректно? Все ли организации отдыха могут называться организациями оздоровления? Какие задачи прежде всего должны ставить перед собой организаторы детского отдыха – организация досуга, оздоровление? Что мы можем считать критериями оздоровления?

Вспомним историю создания первого лагеря в нашей стране.

Первоначальное название лагеря – «Лагерь-санаторий в Артеке». Создан в 1925 году по инициативе председателя Российского общества Красного Креста Зиновия Петровича Соловьева как лагерь-санаторий для детей, страдающих туберкулезной интоксикацией.

Оздоровительная деятельность была главным, а по задумке З. П. Соловьева, возможно, и единственным назначением «Артека». Об этом говорит тот факт, что с момента открытия главным должностным лицом лагеря был врач. В лагерь направлялись исключительно дети с диагнозом «туберкулезная интоксикация» или находящиеся в группе риска по этому заболеванию. Режим включал в себя медицинские и гигиенические процедуры, соответствующим образом составлялось

меня. Позднее к каждому отряду наряду с вожатым был прикреплен медицинский работник. Созданный как одно из учреждений Российского Красного Креста, «Артек» через некоторое время был передан в ведение Министерства здравоохранения.

Актуальной эта функция «Артека» была и в послевоенные годы, однако постепенно ее место заняла функция «организация детского отдыха», включавшая в себя общую физкультуру, климатотерапию, режим дня, но специальных медицинских программ более не предполагавшая. Наоборот, появился целый перечень ограничений для направления в «Артек» по состоянию здоровья, сохранившийся поныне. Хотя в официальных документах и публикациях СМИ пребывание детей в лагере сегодня называется «оздоровлением».

Итак, сегодня лагеря, которые не являются санаторными, несмотря на наличие в их названии слова «оздоровительный», в первую очередь решают задачи организации досуга; воспитания и адаптации детей к жизни в обществе; привития им навыков самоуправления, чувства коллективизма и патриотизма; творческого, духовно-нравственного развития детей. Организаторами лагеря на сегодняшний день, как правило, являются педагоги.

Основные задачи, которые ставит перед собой лагерь, записаны в Типовом положении, регламентирующем деятельность организаций отдыха и оздоровления (утверждено поручением Правительства РФ от 26 апреля 2011 г. № АЖ–П12–2644). В первую очередь деятельность лагеря направлена на решение педагогических вопросов.

Так же, как и в школах, в лагерях, как правило, очень трудно взаимодействовать медицинской службе с другими подразделениями для организации оздоровления. То есть остро стоит вопрос медицинского обеспечения детей в организациях отдыха и оздоровления. Мы надеемся, что Программа «Школьная медицина» Минздрава России, работа по которой начинается в регионах, учет и такой важный период в жизни детей – период, завершающий учебный год, – каникулярное время.

В настоящее время в России функционируют организации отдыха разного типа: лагеря с дневным пребыванием, стационарные организации отдыха, детские лагеря палаточного типа, лагеря труда и отдыха, санаторные лагеря. С учетом пожеланий детей и их родителей (законных представителей) в лагере могут быть организованы профильные смены, отряды, группы, объединения детей, в том числе специализирующиеся в спортивно-оздоровительном, оборонно-спортивном, туристском, трудовом, эколого-биологическом, техническом, краеведческом и любом другом направлении деятельности.

Еще раз подчеркиваем, что в обычных (не санаторных) лагерях эффективность оздоровления будет зависеть от соблюдения режимных

моментов, длительного пребывания на свежем воздухе, повышения физической активности, закаливающих процедур, рационального питания, благоприятных климатогеографических факторов, психологического комфорта ребенка.

Зачастую в период пребывания ребенка в организации отдыха на него продолжают действовать те же неблагоприятные факторы, которые мы регистрируем в учебное время, – неблагоприятная экологическая обстановка, малоподвижный образ жизни, недостаточное пребывание на свежем воздухе, некачественная организация питания, повышенная учебная нагрузка, отсутствие качественного медицинского обслуживания. Лагерь может и должен быть площадкой обучения детей правильному поведению в отношении своего здоровья, формирования навыков здорового образа жизни.

Несмотря на наличие ряда документов, регламентирующих организацию детского отдыха (Закон о туризме, Закон об образовании, Типовое положение об организации детского отдыха, Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период отдыха и оздоровления, ряд СанПиН и др.), организация детского отдыха и оздоровления в настоящее время затруднена в связи с тем, что в России нет единого органа, который бы курировал детский отдых. Не существует ни одного федерального ведомства, в компетенцию которого входили бы все вопросы отдыха детей. В профильных министерствах – Минобрнауки, Минздраве или Минтруде – лагерями занимаются лишь опосредованно. На этих министерствах лежит основная ответственность, но выглядит это везде по-разному. Скажем, в Москве детский летний отдых находится в ведении департамента культуры, как и в большинстве регионов, в Подмосковье – в ведении Министерства социального развития, в других местах за детские летние лагеря отвечает Министерство по делам молодежи и спорта.

Сегодня назрела острая необходимость разработки федерального закона, касающегося детского отдыха и оздоровления, который в настоящее время отсутствует. При его разработке и рассмотрении необходимо учесть поручения Президента, указанные в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, в том числе «обеспечить внедрение новых видов отдыха и досуга для подростков, исключая традиции курения, употребления алкогольной продукции», а также «формирование современной модели организации отдыха и оздоровления детей на принципах государственно-частного партнерства». Мы знаем, что идет активная работа над проектом закона по организации детского оздоровления и отдыха, и документ в ближайшее время будет внесен на рассмотрение в Государственную Думу.

Проблем в данной сфере немало, но мы надеемся, что вопросы оздоровления детей, медицинского обеспечения их рекреационной

деятельности в период отдыха будут отражены в давно ожидаемом в нашей стране законе, а количество организаций отдыха и оздоровления, привлекательных для детей, отвечающих всем современным требованиям, будет увеличиваться с каждым годом.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России

Общемировые современные вызовы системам здравоохранения и перспективы междисциплинарных решений

Самородская И.В., руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения, д.м.н., профессор

Несмотря на тот факт, что сегодня между странами существуют значительные различия в принципах организации и финансирования систем здравоохранения, часть проблем охраны и сохранения здоровья, оказания медицинской помощи являются общими для всего человечества и всех систем здравоохранения. В данной статье будет рассмотрена только небольшая часть таких проблем в сочетании с результатами отдельных исследований и экспертными мнениями специалистов, направленных на преодоление вызовов общественному здоровью и здравоохранению.

Увеличение продолжительности жизни и доли пожилых людей в обществе без снижения распространенности заболеваний и инвалидизации

С улучшением условий жизни, ростом экономического благополучия, развитием новых медицинских и немедицинских технологий во всех странах мира увеличивается продолжительность жизни и доля лиц старших возрастных групп в обществе. По данным Всемирного Банка доля людей старше 65 лет значительно варьируется и составляет (2014 г.) от 1% в ОАЭ до 26% в Японии (в Германии, Греции – 21%, Италии – 22%); в России – 13%. В то же время в соответствии с исследованием «Глобальное бремя болезней» (GlobalBurdenofDisease; IHME, 2013) ожидаемая продолжительность здоровой жизни существенно ниже ожидаемой продолжительности жизни в целом. Так, в России ожидаемая продолжительность жизни (всего) и здоровой жизни составляет 70 и 60 лет, в США – 79 и 68 лет, Великобритании – 81 и 68 лет, Германии – 81 и 69, в Австралии – 82 и 70, Испании – 83 и 71, в Японии – 84 и 73 года. Таким образом, на одного человека приходится в среднем 10 лет жизни с различными по

степени тяжести болезнями. Причем согласно результатам исследований значительного улучшения в увеличении продолжительности здоровой жизни за последние десятилетия не отмечается. Так, в США средняя продолжительность жизни мужчин за 4 десятилетия увеличилась на 9,2 года до – 76,2 лет, из них количество лет, прожитых с инвалидностью, увеличилось на 4,7 года, а число лет, проведенных без инвалидности, – на 4,5 года. У женщин средняя продолжительность жизни увеличилась на 6,4 года – до 81 года, число лет, прожитых с инвалидностью, увеличилось на 3,6 года, превысив увеличение жизни без инвалидности (2,7 лет).

Процесс старения у разных людей протекает по-разному, в результате часть из них сохраняют физическую активность и когнитивные навыки до глубокой старости, в то время как другие страдают от комплекса соматических и психических расстройств. Результаты исследований свидетельствуют о вероятности существования различной скорости старения у разных людей, в результате чего в процессе жизни могут нарастать различия между хронологическим и биологическим возрастом, что сказывается на риске развития болезней и состоянии индивидуального здоровья, распространенности болезней и смертности в популяции.

В целом большинство исследований на фоне увеличения продолжительности жизни регистрируют увеличение распространенности хронических заболеваний и рост мультиморбидной патологии (существование 2-х и более хронических состояний, как соматических, так и психических, в том числе нарушение когнитивных функций). Так, по данным когортного проспективного популяционного исследования (включено более 12 млн. жителей провинции Ontario, Канада) распространенность 1 или более хронических заболеваний составила 43% в 2003 г. и 50,8% – в 2009 г. Частота патологии в 2009 г. значительно варьировалась в разных возрастных подгруппах: от 24,9% в возрасте моложе 18 лет до 92,4% среди лиц в возрасте 90 лет и старше. Распространенность мультиморбидности составляла 17,4% в 2003 г. и 24,3% – в 2009 г. Следует отметить, что распространенность патологии и в первую очередь мультиморбидной, вероятно, еще выше, учитывая, что перечень заболеваний и состояний по Международной классификации болезней исчисляется сотнями диагнозов, но авторы на основании предварительного анализа результатов других научных исследований включили в исследование только 16 хронических заболеваний, которые являются наиболее распространенными, связаны с жизнеугрожающими последствиями, значительно снижающими качество жизни и требующими значительных затрат ресурсов системы здравоохранения. Сопоставимые результаты были получены в исследовании А.А. Uijen и соавт. в Нидерландах – согласно полученным данным на протяжении 20 лет распространенность сочетания 3-х

заболеваний возросла на 67%, а распространенность 4-х и более хронических заболеваний – на 288%. Считается, что причинами увеличения распространенности мультиморбидной хронической патологии в мире являются сохраняющаяся высокая частота нездорового образа жизни на фоне улучшения условий жизни и внедрения эффективных медицинских технологий, которые обеспечивают улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности, но не полное излечение большинства хронических заболеваний.

В то же время наука до сих пор не в состоянии дать точного ответа на вопрос, почему тяжелые, инвалидизирующие заболевания развиваются не только среди пожилых людей; людей, не соблюдающих здоровый образ жизни и входящих в группы риска, но и у людей, ведущих здоровый образ жизни и проживающих в благоприятных условиях. Медицина сегодня не располагает возможностями полного предотвращения и излечения от многих инвалидизирующих заболеваний с гарантией здоровой, «необременительной» старости. Наличие сразу нескольких хронических заболеваний у пациента порождает множество клинических и социальных проблем, что умножает затраты системы здравоохранения.

Единого мнения относительно подходов к обеспечению пациентов наиболее эффективной и при этом менее затратной медицинской помощью, учитывая происходящие изменения, в настоящее время не существует. Отдельные примеры свидетельствуют, что лучшая организация медико-социальной помощи пожилому населению может привести к быстрому и значительному увеличению качества и продолжительности жизни. Об этом, например, свидетельствуют результаты исследования, проведенного в Нидерландах: значительное увеличение продолжительности жизни в стране началось с 2002 г. за счет снижения смертности населения в возрасте 65 лет и старше и произошло в результате значительного увеличения финансирования системы здравоохранения и лучшей организации амбулаторной и стационарной помощи этой группе населения. На фоне увеличения доли пожилого населения в обществе, увеличения продолжительности жизни и роста мультиморбидной хронической патологии ВОЗ отмечает необходимость одновременного развития: а) первичной медико-санитарной помощи для неотложных и экстренных ситуаций, б) медицинской специализированной помощи, оказываемой службами системы здравоохранения в) социально-гериатрической помощи в виде организации работы комплексной мультидисциплинарной бригады.

Подводя итоги, можно сказать, что сегодня увеличение продолжительности жизни, сопряженной с развитием ряда заболеваний, комплекса соматической патологии в сочетании с нарушением когнитивных функций является значимым вызовом для всех систем

здравоохранения и систем социальной помощи. Состояние здоровья и качество жизни в пожилом возрасте во многом зависят от социально-экономических условий, образа жизни и отношения к своему здоровью в более молодые годы. Современное общество (в том числе системы здравоохранения) сталкивается с многочисленными проблемами в обеспечении медицинской помощью и морально-этическими аспектами достойного ухода за пожилыми людьми, нуждающимися в такой помощи. Сегодня проблемы, связанные со старением, неизлечимыми заболеваниями, уходом за пациентами, продлением жизни беспомощным и безнадежным больным настолько многоаспектны, что их решение невозможно только в рамках системы здравоохранения.

Расслоение населения по уровню жизни и доступности медицинской помощи

Несмотря на значительное улучшение условий жизни во всех странах за последние несколько десятков лет, развитие технологий, обеспечивающих комфорт, достаточное производство и длительное хранение продуктов питания, между странами и внутри стран нарастает расслоение населения по уровню доходов, условиям и качеству жизни. И это расслоение оказывает значительное влияние на здоровье, продолжительность жизни и уровень смертности в группах населения, относящихся к разным социально-экономическим классам.

Так, в Великобритании, по мнению LenMcCluskey, генерального секретаря профсоюзов, пятой самой богатой экономики в мире, сегодня отмечается резкий контраст между богатой элитой и сотнями тысяч граждан, в том числе детей, вынужденных бороться за выживание изо всех сил, находясь в одном шаге от голода, питаюсь «подачками» из пищевых банков.

Согласно данным официальной статистики этой страны аналогичная ситуация – в Австралии. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в 2013 г. составила для мужчин 81 год, женщины – 84. В то же время у австралийских аборигенов здоровье намного хуже, а средняя продолжительность жизни на 20 лет меньше (средний возраст умерших мужчин в 2013 г. составил 48 лет, а женщин – 55 лет). В США, по мнению консенсуса Американского общества кардиологов, несмотря на значительные достижения в области борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в «неблагополучных» (в социально-экономическом отношении) группах населения сохраняются высокие показатели заболеваемости и смертности. «Традиционно считается, что на заболеваемость и смертность значительное влияние оказывают поведенческие, биологические, психологические и генетические факторы, но мы утверждаем, что особое внимание должно быть обращено на социальные детерминанты здоровья. Неспособность учитывать значимость этого фактора приведет к росту бремени

сердечно-сосудистых заболеваний, а устойчивое снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которое началось в США с 1970 г., возможно, приостановится, если население не будет иметь доступ к адекватному лечению». Об этом же говорится в статье, отражающей мнение общества онкологов США: «Из-за высоких затрат на оплату лечения от 10 до 20% онкологических пациентов в настоящее время не получают необходимого лечения или идут на компромисс, принимая препараты реже, чем это требуется в соответствии со схемами лечения, что ухудшает результаты лечения, влияет на выживаемость».

В качестве методов борьбы с неблагоприятными последствиями социально-экономического неравенства на здоровье людей и смертность населения на популяционном уровне используют меры, способствующие доступности медицинской помощи, ее наиболее эффективных и безопасных видов, которые оцениваются с помощью специальных аналитических технологий. Так, например, в Нидерландах функционирует Комитет по контролю за новыми медицинскими технологиями и решению проблем, связанных с нормированием медицинских услуг. Комитет определяет потребность общества в медицинских технологиях, их клинико-экономическую эффективность, решает, должны ли пациенты сами оплачивать новые виды услуг. Комитет также решает вопросы прекращения финансирования из общественных источников устаревших, неэффективных методов диагностики и лечения. В Швеции Парламентская комиссия по приоритетам в здравоохранении установила иерархию приоритетов для решения вопросов компенсации затрат на лечение из государственных источников финансирования: наиболее значимым считается лечение болезней, угрожающих жизни человека, наименее – лечение незначительных расстройств, с которыми можно справиться с помощью самолечения. В Великобритании функционирует Центр по вопросам исследования и внедрения новых медицинских технологий, который выполняет заказы правительства, а также издает доклады с обзором эффективности различных инновационных медицинских услуг. Основная цель деятельности Центра – экспертное и аналитическое обеспечение процесса принятия соответствующих государственных решений о финансировании отдельных видов медицинской помощи. Аналогичные вышеперечисленным органам структуры существуют и в других странах.

Учитывая значительные проблемы, связанные с организацией системы здравоохранения в США, существенными различиями в финансовой доступности медицинской помощи для разных групп населения, сохраняющейся даже после проведения реформ в системе здравоохранения, в 2016 г. эксперты предложили возможный, хотя и спорный, механизм решения проблемы оказания немедленной финансовой помощи пациентам, нуждающимся в дорогостоящем и

недоступном для них лечении. Предполагается, что «медицинский кредит» по аналогии с ипотечным будет финансироваться за счет процесса, известного как «секьюритизация». С этой целью предлагается создать новую финансовую организацию, которая будет предлагать «медицинские кредиты» пациентам, выпуская облигации и акции для инвесторов, а доходы от этих бумаг будут использоваться для оплаты кредитов. «Медицинский кредит», как предполагается, будет ориентирован на использование «прорывных» технологий лечения, с помощью которых можно не просто замедлить прогрессирование, но и вылечить болезнь. В качестве примера авторы приводят лечение препаратом софосбувир (Sovaldi, GileadSciences, Inc), который способен излечивать гепатит С, но его стоимость составляет около \$ 84000. Другой пример – препарат (Glybera, uniQureBiopharma BV) используется для лечения дефицита липопротеинлипазы (чрезвычайно редкое врожденное заболевание). Препарат одобрен в Европе в 2012 году. Стоимость лечения составляет около \$ 1 миллиона. Эффект действия этого препарата может длиться в течение оставшейся жизни пациента, но все расходы должны быть оплачены в качестве одного платежа при его покупке. Это только два примера. Существует множество препаратов и видов лечения с подобными ценами. Идея получения кредита на медицинскую помощь может восприниматься как крайне неприятная, но, по мнению авторов статьи, в США уже сейчас сложилась ситуация, при которой часть пациентов не имеют доступа к крайне дорогостоящим методам лечения, используют чрезвычайно дорогостоящие формы заимствования и «влезают» в значительные долги, чтобы заплатить за лечение.

Исследования свидетельствуют о том, что социальный статус, уровень дохода, степень компенсации стоимости лекарственных препаратов за счет средств медицинского страхования (помимо других факторов) оказывают значимое влияние на приверженность и доступность медикаментозного лечения. Одним из методов повышения приверженности и доступности к медикаментозному лечению рассматривается использование дженериков. Так, в 2015 г. был опубликован обзор литературы, проведенный с целью поиска ответов на вопросы о дженериках. Согласно проведенному анализу в мире не существует точного ответа на вопрос «Как часто используются брендовые препараты при наличии на рынке дженериков?», отдельные исследования свидетельствуют о том, что доля дженериков при отдельных заболеваниях составляет 35–40%. «Влияет ли применение дженериков на приверженность к терапии?» Многие исследования свидетельствуют, что меньшая стоимость дженериков способствует лучшей приверженности к терапии при хронических заболеваниях, требующих постоянного приема препаратов. Но увеличение приверженности к лечению при использовании дженериков не слишком

большое и составляет 5–6%. «Что является доказательством того, что брендовые препараты и дженерики взаимозаменяемы (имеют одинаковые клинические эффекты)?» Доказательством являются результаты методологически корректных сравнительных исследований (если такие исследования есть, и результаты свидетельствуют об их равной эффективности). «Каковы барьеры для увеличения использования дженериков?» Согласно результатам исследований самым значимым барьером является мнение врачей и пациентов, что брендовые медикаменты лучше дженериков. На это мнение, в свою очередь, оказывает влияние стратегия фирм-производителей, их активность в работе с врачами, а также нормативно-правовое регулирование. В статье детально рассматривается несколько стратегий экономии затрат за счет увеличения использования дженериков. Результатом данной аналитической работы явился консенсус специалистов о том, что когда это возможно, клиницисты должны назначать дженерики, а не более дорогие брендовые лекарственные препараты.

Таким образом, серьезным вызовом для системы здравоохранения в современном мире являются значительные различия в уровне здоровья между группами людей с разным социально-экономическим статусом. Ни одна страна в мире не может обеспечить всеобщий неограниченный доступ населения к бесплатной медицинской помощи, особенно к дорогостоящим видам. Выбор приоритетов финансирования отдельных видов медицинской помощи из общественных источников (бюджет, медицинское страхование) на основе анализа существующей информации конкурирует с подходами, основанными на субъективных экспертных мнениях, лоббировании интересов фирмами-производителями, медицинскими учреждениями и т.д. Именно поэтому процесс принятия решений сложен, связан с компромиссами в решении задач обеспечения населения максимально эффективной медицинской помощью, и каждая страна пытается найти свое решение проблем с учетом своих возможностей, ресурсов и задач в сфере социальной политики.

Ни одно государство мира до сих пор не отказалось от своих обязательств играть ведущую роль в обеспечении здоровья населения и организации медико-социальной помощи. Социальная и экономическая политика государства может нивелировать или, по крайней мере, смягчить некоторые из потенциальных негативных последствий социально-экономического неравенства в отношении сохранения здоровья и доступности медицинской помощи. В случаях, когда политические меры не принимают во внимание доказательства увеличения рисков ухудшения состояния здоровья населения, связанных с экономическими факторами, особенно среди уязвимых слоев, это ставит под угрозу реализацию политики, связанной с охраной

здоровья. Именно поэтому S.R. Venatar и S. Gill выделяют три возможных сценария, которые формируют и, вероятно, будут формировать ситуацию с общественным здоровьем и здравоохранением в странах мира.

Первый сценарий является следствием диспропорционального рынка, в котором неравенство в доходах и состоянии здоровья усугубляется, и новые достижения в медицине применяются преимущественно среди богатых.

Второй сценарий основан на неолиберальной рыночной экономике с дополнительным перераспределением части доходов в пользу уязвимых слоев населения, что приведет к значительному улучшению здоровья многих людей.

Третий сценарий – справедливое перераспределение ресурсов и равный доступ всех к эффективной медицинской помощи.

Информационное цунами

Развитие информационных технологий, накопление больших объемов информации (например, такой как персонифицированные данные крупных популяционных исследований, в которых выявлены основные факторы риска развития сердечно-сосудистых событий: инфаркта, инсульта, смерти от атеросклеротических поражений сердечно-сосудистой системы; персонифицированные базы данных, позволившие провести анализ эффективности скрининговых программ на врожденные, сердечно-сосудистые, онкологические и другие заболевания) позволили сформировать ряд государственных и региональных программ профилактики и снижения бремени болезней от отдельных причин в ряде стран мира.

В то же время последние 4–5 лет растет число публикаций, авторы которых на основании детального вторичного анализа опубликованных результатов исследований обосновывают необходимость пересмотра многих устоявшихся взглядов на целесообразность, обоснованность и механизмы реализации таких программ. Так, в Кокрановском обзоре (2015 г.) было показано, что в настоящее время в мире нет убедительных доказательств значимого снижения сердечно-сосудистых событий в результате внедрения отдельных стратегий модификации основных факторов риска ССЗ (авторы считают, что стратегий достаточно много, но исследования небольшие по объему, и фактических данных недостаточно для комплексной оценки и выбора преимуществ отдельных стратегий). Фактически к такому же выводу пришли авторы другого обзора – в мире еще очень мало доказательств эффективности отдельных стратегий профилактики на уровне первичного звена медицинской помощи. Данные о рентабельности и стоимости различных стратегий недостаточны, а исследования недостаточно высокого качества. На примере анализа оценки программ

по борьбе с ожирением в разных странах Jessica S Gubbels с соавт. показали, что программы (объем, виды вмешательств, доступность и финансирование) значительно отличаются в разных странах, что зависит от ряда социокультурных, экономических и политических факторов.

Оценка конкретных вмешательств и получения детальной информации о целесообразности и эффективности любой программы – сложный, трудоемкий и кропотливый процесс, основанный на использовании персональной информации, для получения которой необходимы значительные временные и финансовые ресурсы, набор специфических (не только и не столько медицинских) знаний у людей, организующих исследования и анализирующих результаты. Ряд публикаций, не только в отечественных, но и в международных журналах, по мнению специалистов в области методологии и статистического анализа исследований, содержат «ложные выводы» в силу плохого знания исследователями методологических и статистических подходов и редакционной политики журналов (склонностью публиковать положительные результаты и отвергать статьи, в которых содержатся негативные результаты оценки тех или иных технологий, медикаментов).

Увеличивающийся в геометрической прогрессии объем биомедицинских исследований ведет к быстрому накоплению колоссальных объемов информации (появился термин «большие данные») без их адекватной проверки на точность, обоснованность, «доказательность». Кроме того, огромный массив знаний фрагментирован в виде бесчисленного количества статей на бумажных носителях и электронных ресурсах; отдельных биологических банков данных. Значительная часть данных хранится таким образом, что ученые просто не могут получить к ним доступ или работать с ними, что требует новых подходов к их анализу, оценке и перспективе использования. Например, несмотря на значительные прорывы, достигнутые в области молекулярной медицины и изучения генома человека, использованию в клинической практике «персонализированной медицины» препятствует отсутствие надежных методик синтеза получаемой в разных областях медицины и биологии информации. Попытки использования для решения этих вопросов искусственного интеллекта, «нейронных сетей» пока не привели к улучшению ситуации – причина в том, что анализ и синтез при таком подходе осуществляются путем использования ограниченного объема уже известных данных для обучения искусственного интеллекта.

Таким образом, сегодня огромный массив накапливаемой человечеством информации увеличивает вероятность принятия решений, основанных на доказательствах, но одновременно способствует накоплению бесполезной информации, потере полезной

информации и рождению необоснованных мифов. Все это требует новых подходов к накоплению, анализу и синтезу информации.

e-Health и Medicine 2.0 – электронное здравоохранение

Как ожидается, информационные и коммуникационные технологии будут вносить значительный вклад в медицину и организацию медицинской помощи. Исследование, проведенное в 2005 году, выявило 51 уникальное определение для описания использования этих технологий в медицине. Наиболее часто используется термин e-Health, который появился в конце 90-х годов XX века. Согласно определению ВОЗ это практика оказания медицинской помощи с помощью электронных процессов и информатики, которая включает: а) «доставку» информации о здоровье (в том числе физиологических параметрах деятельности организма) медицинскими работниками потребителям услуг здравоохранения через Интернет и телекоммуникации; б) использование возможностей информационных технологий и электронной коммуникации для повышения качества услуг в области общественного здравоохранения, в том числе образования медицинских работников, в) использование информационных технологий и электронной коммуникации для управления системами здравоохранения.

Еще один термин (Web 2.0) появился на конференции, посвященной интернет-технологиям, в 2004 г, и применительно к медицине известен как «Medicine 2.0», или «Health 2.0». Hughes В с соавт. на основании анализа международных публикаций выделяют пять основных характеристик этого понятия: 1) пользователями технологий являются вовлеченные в процесс люди (врачи, пациенты и т.д.); 2) постоянное влияние на происходящие в области медицины процессы; 3) способность обеспечить персонализированный подход к медицинской помощи; 4) вовлечение в процесс постоянного обучения и медицинского образования; 5) необходимость сопровождения связанного с ним методологическими вопросами и инструментарием.

Принципиальных различий и четких разграничений понятий «e-Health», «Medicine 2.0», или «Health 2.0» международное сообщество до сих пор не выработало. Есть мнение, что «e-Health» в большей степени отражает «электронное здравоохранение» (то есть технологии, обеспечивающие функционирование системы здравоохранения), в то время как «Medicine 2.0» в большей степени относится к «персонализированной медицине» (индивидуализации выбора методов профилактики, диагностики и лечения). В настоящее время активно развиваются следующие направления, которые относятся к технологиям «e-Health», «Medicine 2.0», или «Health 2.0»:

1. Телемедицина (в том числе диагностика, удаленный профилактический и постгоспитальный мониторинг состояния пациентов

с помощью скайпа, телеконсультации для обеспечения в домашних условиях контроля за приемом лекарств, физиологическими показателями пациентов, испытывающих трудности с передвижением, организации психологической и социальной поддержки). Так, в 2015 году Министерство сельского хозяйства США объявило о выделении \$ 19 млн. для развития дистанционного обучения и телемедицины в целях улучшения оказания медицинской помощи людям, проживающим в сельской местности. Теоретически многие специалисты согласны с тем, что более широкое использование телемедицины в рутинной медицинской практике сможет изменить качество помощи, оказываемой пациентам по всему миру, обеспечивая индивидуальный подход к выбору тактики ведения с учетом их образа жизни. В то же время, несмотря на относительно длительный опыт использования и быстрый технологический прогресс в сфере телемедицинских технологий, до сих пор нет рандомизированных исследований, позволяющих определить их истинную эффективность и приемлемость.

2. Клинические информационные системы (поддержки принятия решений и мониторинг клинической практики с помощью электронных медицинских «записей»). Комплексные региональные и национальные информационные сети, сети, обеспечивающие электронное направление на медицинские услуги и электронные рецепты на лекарственные препараты. Так, например, с помощью таких электронных средств удается сопоставить данные о первичной (получение препаратов в аптеке по рецепту, выписанному врачом) и вторичной приверженности (прием препарата в соответствии с рекомендациями) к медикаментозному лечению.

Такой анализ выявляет любопытные факты. При опросе половина пациентов сообщили о том, что они принимают предписанные врачами препараты, в то время как по информации, полученной из электронной базы данных National Health Insurance Fund Administration of Hungary, доля пациентов получивших препараты в аптеке по рецептам врача, составила 36%.

Другим примером могут служить результаты исследования, выполненного в Германии с целью оценки частоты госпитальных осложнений на основании административных баз данных, которые используются для оценки компенсации медицинским учреждениям стоимости лечения пациента (German Diagnosis Related Group).

Полученные данные позволили сделать вывод о том, что возможность выявления госпитальных осложнений с помощью административных баз данных широко варьируется и по некоторым индикаторам значительно отличается от данных, основанных на клинических записях. Таким образом, точность оцениваемых показателей с помощью административных баз данных нуждается в дальнейшем развитии. Наибольшую сложность в настоящее время

представляет согласование единого формата и формализация данных, вносимых в информационные системы для обеспечения возможности их последующей автоматизированной обработки.

3. Регистры заболеваний и неклинические информационные системы, используемые для обучения по проблемам общественного здоровья и здравоохранения, обучения пациентов навыкам определенного поведения, необходимого для снижения риска обострения и/или прогрессирования имеющихся заболеваний. Так, например, AlMatun M с соавт. было выявлено 187 Facebook-групп, которые включали 8966 пользователей, основной целью общения которых было обеспечение осведомленности о сути артериальной гипертензии, лечении, организации ухода и поддержки больных с артериальной гипертензией.

Впечатляющие результаты были достигнуты с помощью программы Kaiser Permanente (Северная Калифорния, США), интегрированной в систему здравоохранения. Снижение затрат с одновременным улучшением контроля артериальной гипертензии (с 45% до 80% пациентов) стало возможным благодаря мониторингу электронных медицинских записей для выявления пациентов с высоким артериальным давлением и последующим активным взаимодействием помощника врача и/или фармацевта (как участника программы) с этими пациентами.

4. Технологии «мобильное здоровье» ('Mobile' health – m – health), которые включают приложения для мобильных устройств ('Apps') и могут обеспечивать широкие круги населения информацией, необходимой для поддержания здоровья; обеспечить часть скрининговых мероприятий, мониторинг физиологических признаков, «немедикаментозное» лечение больных. Уже сегодня такие технологии позволяют врачу дистанционно просмотреть данные, например, коронарографии пациента, принять решение о выборе метода лечения либо проконсультировать данные у специалиста, работающего в другом регионе или другой стране. Результаты пилотного исследования показали, что качество визуализации коронарограмм с помощью приложения Google Glass на iPad (Apple, Inc) вполне приемлемо для выявления гемодинамически значимых поражений коронарных артерий.

По мнению консенсуса специалистов American Heart Association (АНА), основанном на результатах 69 исследований, оценивающих эффект использования мобильных устройств, число приложений мобильных устройств, используемых с этой целью, последние годы увеличивается в геометрической прогрессии, хотя фактических доказательств эффективности большинства используемых приложений нет. Нет данных о том, как реагируют люди на такие приложения, и доказательств устойчивости эффекта их использования. Общественное здравоохранение не располагает информацией об эффективности и

безопасности таких приложений, несмотря на успешное продвижение на рынке таких устройств. Тем не менее авторы признают, что m-Health технологии потенциально способны доносить до пользователей полезную информацию, связанную со здоровьем, и мотивировать людей к участию в программах профилактики и поведенческим изменениям. Кроме того, m-Health технологии могут обеспечить более пролонгированный и детальный мониторинг некоторых показателей деятельности сердечно-сосудистой системы, чем это возможно при кратких визитах к врачу. По мнению авторов публикации, «врачам не следует делать вывод о бесполезности технологий m-Health в связи с отсутствием доказательств их эффективности. Отсутствие доказательств в настоящее время не должно восприниматься как доказательство отсутствия эффективности».

5. Технологии «Персонализированное здоровье» ('Personalized' health – p-health): носимые или имплантируемые «аппаратные» устройства с датчиками и/или устройства для доставки лекарств, чтобы улучшить состояние здоровья, уход и социальное обеспечение, облегчить процесс принятия решений в случае возникновения проблем со здоровьем (примеры: детекторы падения, используемые у пожилых с риском падений, нарушения сознания; имплантируемые инсулиновые помпы для коррекции уровня глюкозы у пациентов с сахарным диабетом, кардиовертеры-дефибрилляторы для лиц с высоким риском развития жизнеугрожающих аритмий и остановки сердца и т.д.).

Следующим этапом «Персонализированного здоровья», возможно, будут индивидуальные программы профилактики, поскольку накапливается информация о том, что не всегда и не все профилактические меры одинаково работают у разных людей.

В 2014–2016 гг. опубликован ряд исследований, свидетельствующих о том, что существуют индивидуальные уровни полезной физической активности. В двух эпидемиологических исследованиях была выявлена U-образная зависимость между уровнем аэробных упражнений и сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью в общей популяции. Ряд исследований зарегистрировали более высокие уровни смертности при низком уровне физической активности, в то время как в других исследованиях были показаны потенциально негативные последствия интенсивной физической активности (в том числе фиброз миокарда, аритмии, кальцификация коронарных артерий и увеличение сердечно-сосудистой смертности). Формируется позиция специалистов, направленная на использование индивидуализированного подхода к полезному уровню физической активности. В 2016 г. были представлены результаты тестирования персонализированной коррекции потребляемой и расходуемой человеком энергии с помощью технологии под названием Smart Loss Virtual Weight Management Suite Smart Loss. Технология позволяет

провести автоматизированный (изменение массы тела, уровень и характер физической активности) и полуавтоматизированный (питание) сбор информации, в то время как врач на приборной панели может проводить удаленный мониторинг всех пациентов одновременно, подбирать эффективные программы коррекции.

Продолжаются поиски оценки влияния набора пищевых продуктов на состояние здоровье. Появились доказательства того, что длительное время не подвергающаяся сомнению рекомендация об уменьшении потребления в пищу продуктов, богатых холестерином, основанная на результатах проведенных популяционных исследований, должна быть пересмотрена, и необходимы дополнительные исследования.

Результаты исследований свидетельствуют, что у разных людей отмечается широкий спектр ответов на аналогичные продукты питания, что связано с генетическими и эпигенетическими модуляциями экспрессии белков-мишеней и ключевых генов, участвующих в метаболизме и распределении пищевых компонентов. Так, например, получены доказательства того, что некоторые продукты «хорошей» диеты для одного человека могут быть частью «плохой» диеты для другого. Появляется все больше доказательств сложного взаимодействия между пищевыми компонентами с процессами, обуславливающими изменения в экспрессии генов, что, в свою очередь, либо способствует развитию у индивидуума многих болезней, связанных с возрастом, либо препятствует этому. Следует отметить, что этот раздел «Персонализированного здоровья» находится на стадии становления, и в тот момент, когда разрушаются существующие парадигмы и недостаточно информации для формирования новых, появляется возможность существования «альтернативной медицины», не имеющей никаких доказательств для применения тех или иных методов.

6. Проекты ('BigData') по масштабной интеграции и анализу гетерогенных типов и источников данных, идеально связанных на уровне отдельного человека, с целью обеспечения более целостного представления о состоянии человека (пациента) и более точной оценки влияния социальных, экологических и других факторов на состояние здоровья и развитие болезней.

В настоящее время предлагается объединить биомедицинские базы данных в так называемые «викиданные», с помощью которых исследователи смогут легко связывать информацию о генах, белках, поведенческих, социально-экономических и многих других особенностях отдельных индивидуумов. Согласно SebastianBurgstaller-Muehlbacher с соавт. исследователи уже подготовили для размещения в открытом доступе информацию о 59 721 гене человека, 73 355 генах лабораторных мышей, 27 306 белков человека и 16 728 белков лабораторных мышей. Предполагается коррекция и дополнение этой

информации по мере поступления новых данных, а также их импорт в нескольких стандартных форматах (например, JSON, XML). Ведутся работы по внедрению технологии «Watson», которая включает в себя анализ с помощью искусственного интеллекта медицинской литературы, патентов, геномики, химических и фармакологических данных, обеспечивая понимание научной терминологии и самостоятельное объединение разных фрагментов знаний до миллионов страниц текста. Технология «Watson» уже использована в нескольких экспериментальных исследованиях для идентификации «новых кандидатов» при создании лекарственных средств.

Заключение

Системы здравоохранения разных стран мира сегодня сталкиваются с целым рядом вызовов, которые не имеют решения в рамках только системы здравоохранения. Большинство проблем носят комплексный характер и зависят от уровня развития общества в целом. В мире нет единых подходов к решению задач, стоящих перед системами здравоохранения, возникающих новых вызовов и угроз. Каждая страна решает эти вопросы исходя из ряда политических, экономических, демографических, культурных и других особенностей, используя при этом разные подходы. Информационные технологии и электронные коммуникации, непрерывно изменяясь, становясь все более инновационными и сложными, со скоростью, превышающей развитие других современных медицинских технологий, играют важную роль в решении проблем, связанных со здоровьем и здравоохранением.

Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

Актуальные вопросы развития телемедицинских технологий в России⁶⁶

Павленко О.В., главный советник
отдела социальной политики

Телемедицина – прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных

⁶⁶ Материал подготовлен на основе информации о заседаниях президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, состоявшихся 31 августа 2016 года и 25 октября 2016 года, а также о Ежегодной конференции «Информационные технологии в медицине-2016», состоявшейся 13–14 октября 2016 года.

телекоммуникационных технологий.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения телемедицина является методом предоставления услуг по медицинскому обслуживанию там, где расстояние является критическим фактором. Причем отмечается, что предоставление услуг может осуществляться представителями всех медицинских специальностей с использованием информационно-коммуникационных технологий после получения информации, необходимой для диагностики, лечения и профилактики заболевания.

Во всем мире достижения в области информационно-компьютерных технологий (ИКТ) используются для улучшения доступа к медицинской помощи и повышения ее качества и безопасности, а также для обеспечения экономической эффективности предоставления медицинских услуг. Например, в Европейском союзе внедрение ИКТ и телемедицины повысило эффективность медицинской помощи на 20%.

Такие медицинские услуги, как телемедицина и удаленные консультации, позволяют пациентам получать доступ к средствам диагностики и лечения, которые в противном случае были бы для них недоступны на местном уровне. Во многих отношениях ИКТ стали основой эффективного лечения хронических заболеваний и оказания помощи многопрофильными бригадами⁶⁷.

Применение телемедицинских технологий, прежде всего, направлено на предоставление специалистами ведущих медицинских центров высококвалифицированной помощи пациентам, проживающим в других населенных пунктах. Особенно это важно для тех пациентов, которым требуется незамедлительная помощь, таких как больные с инфарктами и инсультами, а также пострадавшие в результате дорожно-транспортных происшествий и получившие сложные травмы.

Актуальность внедрения телемедицины в России обусловлена спецификой страны с большой территорией, различиями в уровнях материального оснащения и подготовки специалистов медицинских учреждений в центральных и отдаленных регионах⁶⁸.

Телемедицина может существенно повысить оперативность оказываемой медицинской помощи, сократить транспортные издержки и будет способствовать совершенствованию отечественных технологий.

Развитие телемедицины в нашей стране направлено на:
обеспечение равнодоступности медицинской помощи;
создание постоянных рабочих мест для высококвалифицированного технического и медицинского персонала;
расширение системы профилактических мероприятий в

⁶⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/10/9789244565049_rus.pdf?ua=1

⁶⁸ Горюнова В.В., Горюнова Т.И., Жиляев П.С. «Использование контентно-ориентированных методов реализации региональных центров телемедицины», Фундаментальные исследования № 11, 2015 г.

здравоохранении, включая сплошную диспансеризацию населения;
предоставление оперативной и качественной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций;
обеспечение дистанционного непрерывного процесса подготовки и переподготовки медицинского и управленческого персонала системы здравоохранения;
внедрение современных методов оказания медицинской помощи⁶⁹.

Одним из наиболее важных аспектов применения телемедицины является экономия средств бюджетов всех уровней, направленных на оказание диагностической, консультативной и лечебной помощи пациентам в регионах, особенно в отдаленных территориях, а также возможность получения консультации в максимально короткие сроки. Сокращение бюджетных расходов будет наблюдаться благодаря более низкой себестоимости оказания медицинской помощи; минимизации ошибок при постановке диагноза, сокращению времени на его постановку; выявлению факторов риска развития заболевания, а также своевременному диагностированию болезни; сокращению расходов на транспортировку пациентов в федеральные медицинские центры.

По данным Минздрава России⁷⁰ внедрение единой телемедицинской системы, которая обеспечит взаимодействие специалистов федеральных государственных бюджетных учреждений и региональных клиник, будет осуществляться на основе компонентов Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ). Она позволит осуществлять обучение врачей региональных медицинских организаций, проводить научные исследования, дистанционные консультации и диагностику. В первую очередь к единой телемедицинской сети, интегрированной с компонентами ЕГИСЗ, будет подключено 21 федеральное медицинское учреждение, специалисты которых смогут консультировать врачей по разным профилям одновременно.

Предусматривается внедрение трех пилотных проектов:

«Норма-сахар», который предусматривает ведение электронного дневника самоконтроля пациентов, больных сахарным диабетом (на базе ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России);

«Дистанционное диспансерное наблюдение» – проведение исследования в трех регионах по дистанционному диспансерному наблюдению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на примере артериальной гипертензии (на базе ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России);

⁶⁹ <http://mednet.ru/ru/nacziionalnaya-telemedicziinskaya-sistema.html>

⁷⁰ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/12/11/2688-intervyu-direktora-departamenta-eleny-boyko-internet-izdaniyu-cnews>

«Дистанционный скрининг рака молочной железы» – предусматривает обмен опытом между специалистами в процессе регулярного взаимодействия при постановке диагноза, что позволит повысить точность интерпретации исследований за счет использования «второго мнения».

Основными направлениями развития телемедицины в Российской Федерации на ближайшую перспективу являются⁷¹:

разработка нормативно-правовых и методологических документов;
создание федеральной телемедицинской консультативно-диагностической системы;

осуществление дистанционного обучения врачей и медицинских работников ведущими специалистами федеральных учреждений;

реализация пилотных проектов по дистанционному мониторингу состояния здоровья пациентов;

разработка и внедрение новых методов диагностики с применением телемедицинских технологий.

В результате внедрения телемедицинских технологий в практическое здравоохранение ожидается улучшение качества диагностики и лечения, увеличение числа пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь по месту проживания.

Экспертным сообществом отмечается, что за последние десять лет в Российской Федерации накоплен значительный опыт разработки и внедрения информационных систем, используемых в работе лечебно-профилактических учреждений и управлении здравоохранением на различных уровнях.

Разработанные системы находят применение в области автоматизации лабораторных исследований, консультативной вычислительной диагностики и выбора лечебной тактики, контроля за состоянием пациентов в отделениях интенсивной терапии, а также при проведении профилактических осмотров населения, научных исследований в НИИ отрасли, в учебном процессе в медицинских вузах и училищах.

Актуальность проблемы внедрения информационных систем в здравоохранение определяется, прежде всего, необходимостью повышения эффективности процессов управления здравоохранением, качества оказываемой населению медицинской помощи. Медицинские информационные системы служат базой для поэтапного создания мониторинга здоровья и здравоохранения на федеральном и региональном уровнях⁷².

⁷¹ <http://portal.egisz.rosminzdrav.ru/>

⁷² Решение заседание экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике на тему «Электронное здравоохранение: ключевые проблемы и решения» от 22 апреля 2016 года.

Внедрение и использование информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в Российской Федерации. Развитие цифровых технологий в медицине в нашей стране Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам определено в качестве приоритетного проекта в здравоохранении.

Благодаря программам модернизации здравоохранения, реализованным в 2012–2013 годах, коммуникационное и компьютерное телекоммуникационное оборудование установлено более чем в 7 тыс. государственных медицинских организациях. Организована единая защищенная сеть передачи медицинских данных, разработаны федеральные компоненты единой информационной системы.

По данным Минздрава России, в настоящее время в 81 регионе страны внедрены медицинские информационные системы, к которым подключены автоматизированные рабочие места 57% врачей, 83 региона организовали электронную запись на прием к врачу, 66 регионов внедрили единую региональную систему диспетчеризации скорой помощи.

К концу 2018 года планируется подключить к единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) путем внедрения единой электронной медицинской карты не менее 95% всех государственных медицинских организаций. Это позволит полностью перейти на электронный документооборот, отказаться от ведения бумажной документации врачом и тем самым высвободить 30% рабочего времени на непосредственное общение с пациентом.

Минздравом России разработана и внесена в Правительство Российской Федерации дорожная карта по развитию телемедицины в Российской Федерации на период до 2018 года, в рамках которой определены основные мероприятия по развитию телемедицинских технологий в государственной системе здравоохранения, включая проведение в 2017 году нескольких пилотных проектов по направлению «Врач – Пациент».

В первом квартале 2017 года пилотные проекты по внедрению телемедицинских услуг будут реализованы в Республике Татарстан городе Москве, Московской и Калужской областях. Одной из первых может быть апробирована технология, позволяющая проводить мониторинг состояния больных сахарным диабетом. К этому времени в рамках «дорожной карты» должен быть разработан план мероприятий по обучению медицинских работников и пациентов телемедицинским технологиям.

Планируется обеспечить доступ граждан России к защищенному личному кабинету «Мое здоровье» на портале государственных услуг, который обеспечит широкий набор возможностей, в числе которых: запись на прием к врачу, проверку полиса обязательного медицинского страхования, прикрепление к поликлинике, вызов врача на дом, просмотр собственной электронной медицинской карты и получение информации по здоровому образу жизни и по другим важным вопросам.

Планируется, что в 2018 году в 60% медучреждений первичного звена на прием к врачу можно будет записаться дистанционно с помощью «личного кабинета», а в 2020 году – в 80% медучреждений. Кроме того, в 2018 году не менее чем 40% медучреждений первичного звена будут использовать электронные медкарты, в 2020 году – 60%. В 2018 году телемедицинские услуги смогут оказывать 25% медучреждений, а в 2020 году – 40%.

Кроме того, будет обеспечена преемственность лечения пациента независимо от медицинской организации и введение единых информационных систем, помогающих принять решение врачу. Это система электронного классификатора, включающего клинические алгоритмы, руководство, лекарственные и другие справочники, которые должны быть в любой момент удобны для использования врачами, в том числе и первичного звена.

Для повышения доступности качественной медицинской помощи в каждом регионе к концу 2018 года будут внедрены: единая диспетчеризация службы скорой помощи, что позволит обеспечить сокращение времени доезда до пациента, телемедицинское консультирование между специалистами разных медицинских организаций разного профиля и уровня – от районных больниц до ведущих федеральных центров.

В 2001 году с целью координации и оптимизации работ по созданию и использованию телемедицинских технологий в системе охраны здоровья населения Российской Федерации была принята Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации⁷³. В документе телемедицинские технологии определяются как лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий («медицина на расстоянии»).

В 2011 году была утверждена Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения⁷⁴.

⁷³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 344 № 76 от 27 августа 2001 года «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации».

⁷⁴ Приказ Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 года № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Следует отметить, что в рамках Содружества Независимых Государств принят ряд нормативных правовых актов, направленных на регулирование телемедицинских технологий.

В 2008 году Главами правительств стран СНГ был подписан Меморандум о сотрудничестве в области создания совместимых национальных телемедицинских консультационно-диагностических систем⁷⁵.

В 2010 году заключено Соглашение о сотрудничестве государств – участников СНГ в создании совместимых национальных телемедицинских систем и дальнейшем их развитии и использовании⁷⁶, а также принят Модельный закон о телемедицинских услугах⁷⁷.

В названных документах даны определения терминов «электронное здравоохранение», «электронный паспорт здоровья», «электронная медицинская карта», «телемедицина», «телемедицинские услуги».

В частности, «телемедицина» определена как комплекс организационных, финансовых и технологических мероприятий, обеспечивающих деятельность системы дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент или врач, непосредственно проводящий обследование или лечение пациента, получает дистанционную консультацию другого специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

Вместе с тем данной правовой базы для полноценного внедрения телемедицинских технологий в практическое здравоохранение в нашей стране недостаточно.

В 2016 году Минздравом России в целях создания правовых основ использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья, разработан проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения».

С целью реализации законопроекта должен быть разработан ряд подзаконных нормативных правовых актов, в том числе устанавливающих правила дистанционного взаимодействия врачей,

⁷⁵ Меморандум о сотрудничестве государств – участников СНГ в области создания совместимых национальных телемедицинских консультационно-диагностических систем (подписан в г. Кишиневе 14 ноября 2008 года).

⁷⁶ Соглашение о сотрудничестве государств – участников СНГ в создании совместимых национальных телемедицинских систем и дальнейшем их развитии и использовании (заключено в г. Санкт-Петербурге 19 ноября 2010 года).

⁷⁷ Модельный закон о телемедицинских услугах (принят в г. Санкт-Петербурге 28 октября 2010 г. Постановлением 35-7 на 35-ом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ).

врачей и пациентов, правила идентификации участников информационного взаимодействия, в том числе посредством обмена медицинской документацией в электронном виде.

Следует отметить, что Совет Федерации принимает активное участие в законотворческой работе по созданию правовых условий для развития телемедицинских технологий.

Так, в Комитете Совета Федерации по социальной политике создана межведомственная рабочая группа по подготовке предложений по законодательному регулированию вопросов телемедицины⁷⁸. Руководство рабочей группой возложено на председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике В.В. Рязанского. В состав рабочей группы входят представители Совета Федерации, Минздрава России, Минсвязи России, Фонда обязательного медицинского страхования, а также представители профессионального сообщества в сфере телемедицинских технологий.

Актуальные вопросы развития телемедицинских технологий рассматривались в рамках «круглого стола» Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству, состоявшегося 24 марта 2016 года.

22 апреля 2016 года в Комитете Совета Федерации по социальной политике прошло заседание Экспертного совета по здравоохранению на тему «Электронное здравоохранение: ключевые проблемы и решения». В его работе приняли участие члены Комитета Совета Федерации по социальной политике, члены экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике, руководители исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, а также ведущие медицинские эксперты, представители научных и профессиональных организаций.

На заседании был отмечен ряд проблем на уровне региональных и госпитальных информационных систем в здравоохранении. Так, в частности, Минздравом России утверждены методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций (МИС МО). Однако, далеко не все МИС МО, установленные на госпитальном уровне в регионах Российской Федерации, соответствуют данным рекомендациям. Многие из МИС МО были установлены достаточно давно и функционально устарели. В отдельных регионах сохраняется проблема с каналами связи.

⁷⁸ Решение Комитета Совета Федерации по социальной политике от 3 июня 2015 года № 3.8-02/1291.

Совет Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации

Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

№ 54 (653)

О приоритетных направлениях развития здравоохранения
в Российской Федерации

*(к «правительственному часу» 403-го заседания Совета Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации, 23 декабря 2016 года)*

Составители:

О.Б. Аникеева, О.В. Павленко,
С.Н. Титов, Е.А. Фалецкая

Электронная версия аналитического вестника размещена
в сети «Инtranет» Совета Федерации в разделе «Информационные материалы»
и в сети «Интернет» (www.council.gov.ru) в разделе «Аналитические материалы»
Контактные телефоны: 8 (495) 697-44-87, 8 (495) 697-47-25
При перепечатке и цитировании материалов ссылка на настоящее издание обязательна

Подписано в печать 14.12.2016 г. Формат 21 x 29,7
Тираж .. экз. Заказ № ...

Отпечатано в отделе подготовки и тиражирования документов
Управления информационных технологий и документооборота
Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации