**Направления политики охраны здоровья**

**Отчет экспертной группы №11 «Здоровье и среда обитания человека» за февраль-июнь 2011 г.**

Предметом рассмотрения экспертной группы стали ключевые факторы, влияющие на состояние здоровья граждан страны в ближайшее десятилетие, главные вызовы системе охраны здоровья населения России, мера соответствия этим вызовам политики, проводимой государством, возможные направления и механизмы более эффективных действий.

В качестве ключевых факторов, определяющих состояние здоровья населения, группой рассматривались образ жизни, состояние окружающей среды, уровень развития физической культуры и спорта и системы оказания медицинской помощи.

1. **Главные вызовы системе охраны здоровья**

Высокие показатели смертности и заболеваемости населения являются главным вызовом российской системе охраны здоровья. Несмотря на заметное сокращение смертности в последние годы – с 16,1 на 1000 чел. населения в 2005 г. до 14,3 в 2010 г., этот уровень все еще очень высок по сравнению с европейскими странами (9,6 в странах ЕС в 2009 г.). Показатели заболеваемости продолжают расти, при этом темп прироста общей заболеваемости за период 2005-2009 гг. - 9,8% превысил темп прироста первичной заболеваемости (то есть, число впервые выявленных случаев заболеваний), который составил 7,6%.

По уровню финансирования здравоохранения Россия намного отстает от западноевропейских стран: доля общих расходов на здравоохранение в ВВП у нас почти в 1,7 раза меньше, чем в странах ЕС (5,2% и 9,0% в 2008 г. соответственно), а доля государственных расходов в ВВП - в 2 раза меньше (3,4% и 6,9% соответственно). В абсолютном выражении в расчете на одного человека российское государство тратит на здравоохранение в 3,9 раза меньше, чем в среднем в странах ЕС (соответственно 567$ и 2203$ по паритету покупательной способности в 2008 г.).

Несмотря на рост государственного финансирования оказания бесплатной медицинской помощи увеличивается число пациентов, платящих за нужное лечение. При этом возможности для рационального привлечения личных средств населения ограничены, а развитие рынка платных медицинских услуг не сопровождается необходимым развитием его регулирования в интересах защиты прав потребителей и обеспечения эффективной конкуренции. Сложившаяся система здравоохранения обладает рядом изъянов в решении задач обеспечения доступности качественной медицинской помощи для населения, его защиты от финансовых рисков, связанных с заболеваниями, эффективного использования имеющихся в здравоохранении ресурсов. Почти половина населения (48% опрошенных[[1]](#footnote-1)) считают в настоящее время, что здравоохранение, как отрасль, находится в плохом состоянии.

Системе оказания медицинской помощи присущи серьезные структурные диспропорции: доминирование стационарной помощи и слабое развитие первичной, реабилитационной и медико-социальной помощи, недостаточная координация деятельности медицинских учреждений и врачей на разных этапах оказания медицинской помощи. Доля расходов на стационарную помощь в общем объеме расходов на здравоохранение почти в 2 раза превышает долю амбулаторной помощи, в то время как в западноевропейских странах они примерно равны. Более 30% госпитализаций могут быть перенесены на амбулаторный этап без ущерба для здоровья больного.

Среди многочисленных факторов, определяющих здоровье человека, первое место, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, принадлежит здоровому образу жизни[[2]](#footnote-2). В последние годы политика формирования здорового образа жизни заметно активизировалась в нашей стране: приняты важные программные документы, созданы центры здоровья, несколько повышены ставки акцизов на алкоголь и табак и т.д.. Вместе с тем внимание к мерам, содействующим распространению здорового образа жизни, не адекватно их роли в возможном снижении заболеваемости и смертности в сравнении с собственно медицинской помощью.

Согласно данным государственной статистики, число граждан, регулярно занимающихся физической культурой и спортом, увеличивается: по состоянию на начало 2011 года этот показатель зафиксирован на отметке 18,5%. Однако возможности роста масштабов этой деятельности ограничиваются слабой мотивацией большинства населения к таким занятиям, отсутствием или аварийным состоянием специальных спортивных площадок по месту жительства, сокращением спортивных «кружков» и секций, востребованных, прежде всего, среди детей и молодежи. Среди детей, подростков и молодежи от 12 до 24 лет лишь 22,3 процента систематически занимаются спортом, не систематически – 28,6 процента и каждый пятый не занимается.

На состояние здоровья населения непосредственно влияет состояние дел в области охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности. Текущее состояние окружающей среды характеризуется усилением нерешенных экологических проблем, в том числе:

* загрязнением атмосферы: в период с 1994 по 2007 гг. произошла «экологическая маргинализация» 19 из 38 российских городов, стабильно попадающих в список городов с очень высоким уровнем загрязнения; загрязненность атмосферного воздуха может являться непосредственной причиной до 8 % общего количества смертей ежегодно;
* загрязнением воды: около 10 млн. человек употребляют питьевую воду, не соответствующую национальным допустимым нормам по содержанию одного или нескольких вредных веществ, в том числе по концентрациям опасных химических веществ; свыше 72 % сточных вод, подлежащих очистке, сбрасываются в водные объекты недостаточно очищенными, 17 % - загрязненными без очистки и только 11 % - очищенными до установленных нормативов;
* загрязнением почвы: тенденция превышения объемов восстанавливаемых (рекультивируемых) земель над нарушенными, начиная с 2004 г., сменилась на противоположную;

Кроме этого развитие экономики порождает новые экологические вызовы, на которые пока нет адекватных ответов. Это прежде всего проблемы нарастания отходов производства и потребления, роста масштабов загрязнения от мобильных источников в городах, изменение климата и рост числа опасных природных явлений.

По данным Минприроды России, примерно на 15 % территории Российской Федерации, где проживает 60 % населения, качество окружающей среды является неудовлетворительным.

В широко понимаемом комплексе охраны здоровья населения пока абсолютно преобладает лечебная деятельность медицинских учреждений. Но в силу указных причин назрела потребность в глубоких структурных сдвигах. Эти сдвиги выходят за рамки ответственности отдельных ведомств и предполагают принципиальные изменения в ресурсной базе охраны здоровья и поведении всех его субъектов. Соответствующие меры должны адресоваться всему населению страны с учетом особенностей его конкретных групп. Необходимые сдвиги должны осуществляться, разумеется, не в ущерб в дальнейшему развитию медицинской помощи. Она в свою очередь нуждается в существенном техническом перевооружении и привлечении талантливой, амбициозной молодежи, нацеленной на постоянный творческий рост и овладение инновациями. Все эти задачи предстоит решать в условиях значительно более медленного, чем в 2000-2008 годы, экономического роста. Отсюда потребность в выборе оптимальной реалистичной стратегии комплекса охраны здоровья.

1. **Предлагаемая стратегия действий**

В качестве базовых экспертной группой рассматривались две потенциальные стратегии действий государства. Как фактически реализуемый, так и намечаемый курс развития системы охраны здоровья не совпадает ни с одной из них в чистом виде, однако базовые стратегии задают своего рода «систему координат» для оценки принимаемых и планируемых мер.

*1.* *Стратегия догоняющего развития:* вектор развития системы охраны здоровья населения ориентируется прежде всего на сокращение разрыва с западноевропейскими странами в объемах высокотехнологичной медицинской помощи, уровне технической оснащенности медицинских учреждений, качестве лекарственной помощи пациентам и т.д. главным образом за счет наращивания финансирования здравоохранения. К такой стратегии во многом тяготеют меры, реализуемые в нашей стране начиная с 2006 года. Размеры государственного финансирования здравоохранения выросли за последние 5 лет в 2,3 раза в номинальном выражении, или в 1,4 раза в реальном выражении. Эти меры дали значительные позитивные результаты. Однако для того, чтобы в 2020 году размер государственных расходов на здравоохранение в нашей стране достиг сегодняшнего уровня таких расходов в странах ЕС, необходимо ежегодно увеличивать финансовые средств, направляемые государством в эту сферу, на 15% в реальном выражении. Это явно лежит за пределами коридора экономических возможностей страны в ближайшее десятилетие.

*2.Стратегия асимметричного ответа:* приоритет отдается обеспечению комплексности мер по охране здоровья населения и оптимизации соотношений затрат и результатов применительно к каждой из мер. Данная стратегия исходит из того, что значительные улучшения в состоянии здоровья российского населения должны быть достигнуты прежде всего не за счет наиболее дорогостоящих и технически сложных методов лечения уже заболевших людей, а за счет профилактики заболеваний и повышения эффективности и качества работы основной массы лечебно-профилактических учреждений. Комплексность обеспечивается включением в рассмотрение широкого спектра действий, способных снизить риски заболеваний, включая формирование здорового образа жизни и снижение загрязнения окружающей среды и его влияния на здоровье населения. Данная стратегия не означает призыва к отказу от увеличения затрат на оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной: речь идет о более рациональном распределении прироста расходов на здравоохранение между разными целями. Расходы на широко понимаемую профилактику должны быть адекватны ее роли в сохранении здоровья.

Учитывая, с одной стороны, остроту проблем здоровья населения страны, а с другой – реальные экономические возможности в ближайшее десятилетие, представляется, что Правительству необходимо перейти от стратегии догоняющего развития к стратегии асимметричного ответа.

Реализация данной стратегии предполагает уточнение целей государственной политики в сфере охраны здоровья. Прежде всего предлагается использовать в качестве целевых показателей не уровень смертности и ожидаемой продолжительности жизни, как это делается сейчас, а показатель «продолжительность жизни, скорректированная с учетом нарушений здоровья», который применяется Всемирной организацией здравоохранения и полнее характеризует состояние здоровья населения. По этому показателю Россия отстает от стран Западной Европы на 13 лет (в России - 60,1 года, в странах – «старых» членах ЕС – 73,0 в 2007 г.)

Новая стратегия будет воплощена в совокупности долгосрочных проектов, нацеленных на решение крупных комплексных задач по обеспечению необходимых структурных сдвигов. Но на данном этапе ее разработки экспертной группой основное внимание было сосредоточено на постановке соответствующих целей, определении ключевых подходов к их достижению и обосновании первоочередных мер, которые необходимо реализовать в ближайшие годы.

**2.Формирование здорового образа жизни**

Целью государственной политики в этой сфере является снижение потребления продуктов, порождающих высокие риски заболеваний, и повышение двигательной активности граждан. Для достижения этой цели предлагается реализация комплекса мер регулирующего, экономического и информационного характера:

***2.1. Меры регулирующего воздействия***

*2.1.1.* *Введение полного запрета на рекламу табачной продукции.* Реклама табачных изделий оказывает сильнейшее влияние на потребление табачной продукции, особенно на формирование привычки у молодых людей. Благодаря рекламе табачной продукции в обществе формируется терпимое отношение к курению, и тем самым ослабляется положительный эффект усилий по борьбе против табака.

В настоящее время в России действует частичный запрет на рекламу табачной продукции, который оставляет достаточно пространства для воздействия табачных производителей на молодежь и детей. В частности, рекламу табачных изделий можно встретить в местах непосредственных продаж, в интернете, в витринах и на вывесках, она осуществляется в виде спонсорства популярных у молодежи мероприятий - фестивалей, спортивных соревнований, в виде раздачи бесплатных образцов и т.д. Кроме того рекламу табачных изделий можно увидеть в вестибюлях метро, в семейных печатных изданиях («7 Дней», «Антенна»), журналах, ориентированных на молодых людей и подростков.

Согласно результатам исследований, проведенных в 102 странах мира, частичные запреты на рекламу табачных изделий неэффективны, тогда как введение полного запрета способно снизить потребление табака примерно на 8%, независимо от других мер контроля. Следует отметить, что данная мера активно поддерживается российским населением (уровень поддержки - 86% населения).

Предлагается ввести полный запрет на рекламу табачной продукции в 2012 г..

*2.1.2. Введение периодически обновляемых графических предупреждений на пачках сигарет.* С 2010г. в России введены текстовые предупредительные надписи о вреде курения, в размере не менее 30% от стороны пачки сигарет. Это минимальные размеры, требуемые Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). В то же время в 15 странах мира предупреждения занимают более 50% основной упаковки передней и задней сторон сигарет. Еще в 18 странах предупреждения занимают ровно 50% упаковки. Помимо текстовых надписей 38 стран применяют графические предупреждения, поскольку их эффективность намного выше: они наглядно демонстрируют последствия курения и взывают не только к разуму, но и к эмоциям. В среднем, они позволяют на 5% сократить потребление табачной продукции уже через год после введения.

Предлагается ввести периодически обновляемые графические предупреждения на пачках сигарет в 2012 г..

*2.1.3. Поэтапное введение запрета на курение в общественных местах.* Необходимы более строгие ограничения мест курения. США и многие европейские страны уже ввели полный запрет на курение в общественных местах (что соответствует п.8 РКБТ). В России должно быть обеспечено поэтапное введение запретов в образовательных и медицинских учреждениях, на транспорте, на рабочих местах, в барах и ресторанах. Исследования, проводившиеся в тех странах, где запреты уже давно введены, показывают, что в результате снижаются: потребление табака (в целом); доля курильщиков среди молодежи; смертность от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний (в том числе, за счет сокращения пассивного курения). Один лишь запрет на курение на рабочем месте приведет к сокращению распространенности курения среди работающего населения на 4%.

Ограничения курения в общественных местах должны распространиться и на курение кальяна в кафе и ресторанах, которое не менее вредно для здоровья курильщиков и окружающих, однако не квалифицируется в нашей стране как курение и доступно подросткам.

Предлагается введение в 2012 г. полного запрета на курение в образовательных, медицинских учреждениях, учреждениях культуры, органах государственного и муниципального управления, социального обеспечения, на транспорте; а в 2013-2014 гг. - запрета на курение на рабочих местах, в барах и ресторанах.

*2.1.4. Введение нормы Административного кодекса в виде штрафа за курение в общественном месте* и за выбрасывание окурков на улице и т.п. неположенных местах. Установить размер такого штрафа на экономически значимом уровне (например, в Гонконге он составляет 2000 гонконгских долларов за брошенный на тротуар окурок) и обязать органы полиции уделять особое внимание этому правонарушению.

*2.1.5. Ужесточение наказания за несоблюдение правил потребления спиртных напитков, включая пиво и другие слабоалкогольные напитки.* В настоящее время наибольший объем спиртного, потребляемого молодыми людьми в возрасте 16-24 лет, потребляется на улице. Терпимое отношение общества к этому уже сформировалось, благодаря чему приобщение детей к алкоголю происходит уже в школьном возрасте. Несмотря на то, что распитие спиртных напитков в общественных местах регулируется законодательно и подразумевает штрафы, данный механизм, очевидно, не работает. Необходимо ужесточение наказания за распитие любых спиртных напитков (включая пиво, слабоалкогольные коктейли и пр.) в общественных местах.

Предлагается в 2012 г. повысить штрафы за несоблюдение правил потребления спиртных напитков, включая пиво и другие слабоалкогольные напитки.

*2.1.6. Ограничение территориальной доступности алкогольной продукции****.*** Государство может прямо воздействовать на объем продажи алкогольных напитков с помощью лицензирования торговли. Сегодня в России этот инструмент практически не используется для ограничения , в отличие от многих других стран мира. Так, одна торговая точка по продаже спиртного приходится на 500 взрослых жителей, тогда как в европейских странах этот показатель в десятки раз выше. При сокращении мест продажи до соотношения 1 на 5000 человек к 2020 году можно ожидать сокращения потребления алкоголя на 8-10%, преимущественно среди молодежи. Потери бюджета из-за снижения объема продаж - 2 млрд. руб. ежегодно могут быть компенсированы ростом акцизов.

Предлагается поэтапное сокращение числа лицензий на торговлю спиртными напитками, в течение 2013-2014 гг. – на 20% ежегодно.

*2.1.7. Гармонизация технических регламентов на продукты питания с нормами Евросоюза.* Безопасность и качество продуктов питания являются неотъемлемой составляющей здорового образа жизни. На фоне постоянного изменения и развития мирового рынка и технологических условий производства продуктов питания, во всем мире и в России усугубляются проблемы, связанные с безопасностью продуктов питания (аллергия на продукты, чувствительность к продуктам, заболевания пищевого происхождения, интоксикации и т.д.). После введения в действие федерального закона "О техническом регулировании" №ФЗ -124 от 27.12.2002 ведется активная работа над изменением нормативно-правовой базы в сфере производства, хранения, реализации пищевых продуктов с целью создания системы национальных стандартов. Однако во многих случаях принимаемые в России технические регламенты устанавливают менее жесткие требования к качеству продуктов питания, чем в странах Евросоюза. В настоящее время уровень гармонизации национальных стандартов на продукцию различных подотраслей пищевой отрасли с международными стандартами составляет примерно 20-25%. И хотя в ряде случаев несоответствие принимаемых стандартов было вызвано объективными причинами, часто снижение требований к качеству определялось давлением со стороны производителей продукции.

Необходимо обеспечить реальную приоритетность требований охраны здоровья при разработке любых новых регламентов в пищевой отрасли. Для этого необходимо сделать процесс принятия регламентов максимально прозрачным, а сами регламенты привести в соответствие с нормами стран-членов Евросоюза, что позволит существенно улучшить качество продуктов отечественной пищевой промышленности. Эту задачу можно решить к 2020 году (странам Центральной и Восточной Европы потребовалось для этого как раз 7-8 лет). При этом в 2012 г. возможно довести уровень гармонизации национальных стандартов на продукцию различных подотраслей пищевой отрасли с международными стандартами до 30%, а в 2013-2014 гг. – до 40%.

***2.2.Меры экономического воздействия***

*2.2.1. Поэтапное повышение доли акцизов в цене табачной продукции* до 50-70% к 2020 г. В России как сами розничные цены на табачные изделия, так и акцизы крайне низки – и в сравнении с ценами в европейских странах, и в сравнении со средней зарплатой. Акциз в России составляет около 15% цены сигарет, для сравнения: в европейских странах - до 70%. Важно, что существенное повышение цен, прежде всего, сокращают число новых курильщиков среди молодежи. Поэтому поэтапное увеличение акцизов до уровня, сопоставимого с европейским, должно стать одной из основных мер. Прирост налоговых доходов составит 200 - 400 млрд. руб. при сокращении объемов курения на 6-10% ежегодно.

Предлагается в 2012 г. повысить акциз на табачную продукцию до 15 рублей за пачку, в 2013-2014 гг. –до 25-50 рублей за пачку.

*2.2.2. Повышение цен на спиртные напитки.* Эта мера недавно была декларирована в качестве необходимого инструмента антиалкогольной политики. Однако цена на водку в России продолжает снижаться относительно средней зарплаты. Так, если в 1995 году на среднюю зарплату можно было купить 25 бутылок, то в 2009 году – уже 79 бутылок. Соотношение цен пива и водки в России равно примерно 1:4, тогда как в других странах оно достигает от 1:8 до 1:12. Исследования показывают, что в России пиво не замещает, а дополняет водку; замещения крепкого алкоголя слабым не происходит. В качестве целевого ориентира может быть установлено постепенное снижение доли водки в структуре потребления алкогольных напитков с 50 до 30%. Рост доходов бюджета при этом может составить от 35 до 50 млрд. руб. в год.

Предлагается в 2012 г. повысить акциз на водку на 15%.; в 2013-2014 гг. – на 20-25% в год.

*2.2.3. Повышение косвенных налогов* *на отдельные продукты питания, наносящие наибольший вред здоровью.* Во многих странах такие меры давно используются. Так, в США отдельный налог на продукты питания устанавливается на уровне штатов, им облагаются сладкие напитки, кондитерские изделия и снэки; в Канаде и Австралии используют специальный налог с продаж, в странах ЕС – повышенный НДС на те же группы товаров и фаст-фуд. Исследования показывают, что такие налоги особенно эффективны в отношении поведения детей и подростков, а также малообеспеченных групп населения с низким уровнем образования. Увеличение ставки НДС, по аналогии с европейскими странами, может составить 4-5 процентных пунктов. При сокращении масштабов потребления сладких напитков и кондитерских изделий это принесет бюджету не менее 30 млрд. руб. в год.

Предлагается в 2012 г. провести подготовительную работу, обоснование и отбор товарных групп, ставок налогов, а в 2013-2014 гг. ввести повышенные ставки НДС на отдельные продукты питания, наносящие наибольший вред здоровью.

*2.2.4. Снижение НДС на отдельные виды продуктов*, *способствующих сокращению риска заболеваний* (богатых клетчаткой, с пониженным содержанием жиров и т.п.). Многие скандинавские страны ввели субсидии на производство/продажу ягод, фруктов, овощей, в результате чего душевое потребление за несколько лет удвоилось. Потери бюджета могут быть компенсированы повышенными налогами на сладкие напитки, кондитерские изделия и пр.

Предлагается в 2012 г. провести подготовительную работу, обоснование и отбор товарных групп, ставок налогов, а в 2013-2014 гг. снизить ставки НДС на отдельные виды продуктов, способствующих сокращению риска заболеваний.

*2.2.5. Налоговое стимулирование работодателей*, *предоставляющих работникам возможность горячего питания по месту работы.* Введение льготы в виде снижения ставки взносов на социальное страхование на 3-5% позволит к 2020 году увеличить долю таких работодателей с 16% до 25-30% при затратах бюджета 0,05-0,08% ВВП в год.

Предлагается в 2012 году снизить ставку взносов на социальное страхование для работодателей, предоставляющих работникам возможность горячего питания по месту работы.

*2.2.6. Налоговое стимулирование населения* к ведению здорового образа жизни. Предлагается установить налоговые вычеты по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом. Вычеты могут устанавливаться по аналогии с расходами на образовательные и медицинские услуги, с ограничением максимальной суммы и документальным подтверждением расходов. Это позволит к 2020 году увеличить долю лиц трудоспособного возраста, регулярно занимающихся спортом, с 15% до 18-20% при затратах бюджета – 26-30 млрд. руб. в год.

Предлагается ввести с 2012 г. налоговый вычет по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом до 30 тыс. рублей в год.

***2.3. Информационно – консультационные меры***

*2.3.1. Включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах.* Подавляющее большинство взрослых людей, которые неправильно питаются, считают свой образ жизни здоровым – они просто не получили соответствующей информации. Наиболее результативными в таком информировании являются школьные уроки для детей от 7 до 11 лет. Разработка программ обучения, их апробация, обучение тренеров, переподготовка школьных учителей может обойтись в 1,5 млрд. руб. в первые годы реализации программы, с последующим существенным снижением расходов.

Предлагается в 2012-2013 гг. разработать программы обучения, провести их апробацию, обучение тренеров, переподготовку школьных учителей. В 2013/2014 учебном году включить уроки здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах

*2.3.2. Расширение социальной рекламы здорового образа жизни в прессе, на телевидении, в сети интернет.* Развитие федеральной кампании социальной рекламы, в том числе на нетрадиционных массовых носителях (например, на оборотной стороне счетов за коммунальные платежи), включая предоставление материалов о методах отказа от курения (в том числе о психологических подходах, лекарственной никотинзамещающей терапии и лечении никотиновой зависимости).Необходимые расходы на телевизионную рекламу, как наиболее эффективную (включая производство ТВ-роликов, их тестирование и ежедневный прокат), составят от 1 до 5 млрд. рублей в год.

Для вовлечения населения, и в первую очередь молодежи, в процесс борьбы с вредными привычками эффективной мерой будет организация и проведение ежегодного всероссийского конкурса на лучшую социальную рекламу по профилактике и лечению зависимости от табакокурения, алкогольной и наркотической зависимости, для разных возрастных групп населения, с широким освещением хода конкурса в СМИ и дальнейшей массовой реализацией этой социальной рекламы (плакаты на улицах городов и в медицинских учреждениях, листовки для жителей и т.д.).

Предлагается начиная с 2012 увеличить размеры государственного финансирования социальной рекламы здорового образа жизни в прессе, на телевидении, в сети интернет.

*2.3.3. Регулярное проведение общественных акций по пропаганде здорового образа жизни* (дни здорового сердца, массовые профилактические мероприятия, например, «Скажи нет курению и наркотикам», «Измерь свой холестерин» и др.) Стоимость акций может существенно варьироваться, для экономии бюджетных средств целесообразно использовать ресурсы некоммерческих организаций и волонтеров. Наиболее эффективны подобные инициативы на местном уровне, когда их проводят и/или поддерживают городские власти, как происходит, например, в городах, включенных в европейскую региональную сеть ВОЗ «Здоровые города». Сегодня таких городов в России всего 7, и стоит распространять и тиражировать их опыт по стране.

Предлагается с 2013 г. обеспечить регулярное проведение общественных акций по пропаганде здорового образа жизни, а также изучение, поддержку и распространение инициатив, возникающих на местном уровне.

* 1. ***Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи***

*2.4.1. Консультации врачей по ведению здорового образа жизни.* Как показывают исследования, российские врачи редко консультируют население по данным вопросам, а иногда считают неэтичным обращать внимание пациентов на избыточный вес, неправильное питание и прочие факторы риска. Соответствующее развитие деятельности созданных центров здоровья является одним из способов решения данной проблемы. Однако намного чаще пациенты обращаются к таким врачам, как педиатры, терапевты, гинекологи, педиатры и пр. Целесообразно разработать специальные программы повышения квалификации для участковых врачей и врачей-специалистов поликлиник по обучению их навыкам общения с пациентами по разным вопросам, затрагивающим проблемы здорового образа жизни. Внедрение таких программ может обойтись бюджету примерно в 1,7 млрд. руб. в первые годы реализации программы, с последующим существенным снижением расходов.

Необходимо широкое информирование населения о возможности проверить базовые характеристики здоровья в медицинских учреждениях и в Центрах здоровья для взрослых и детей. Предлагается также ввести процедуру консультации по отказу от курения и алкоголя в перечень осуществляемых во время дополнительной диспансеризации населения, в первую очередь, работающего.

Предлагается в 2012-2013 гг. провести разработку программ повышения квалификации, их апробацию, обучение тренеров, переподготовку врачей – педиатров, терапевтов, гинекологов. В 2013-2014 гг. ввести обязательные консультации врачей по ведению здорового образа жизни при первичном и повторном обращении лиц, подверженных рискам (курящих, употребляющих алкоголь или наркотики, имеющих избыточный вес, повышенный уровень холестерина).

*2.4.2.Содействие расширению охвата лечением лиц с алкогольной и никотиновой зависимостью.*

Следует предоставить возможность врачам Центров здоровья назначать и выписывать лекарственные средства для борьбы с табакокурением, алкогольной и никотиновой зависимостью.

Обязать назначать лечение алкогольной и никотиновой зависимости (в том числе методами лекарственной терапии) больным категориям риска, для которых курение табака и употребление алкоголя является одним из факторов, повышающих вероятность развития заболевания и неэффективности его дорогостоящего лечения, в частности:

* больным, перенесшим инфаркт;
* больным, планирующим или прошедшим хирургические вмешательства на сердце, особенно аорто-коронарное шунтирование и стентирование сосудов сердца
* женщинам, планирующим проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения.

***2.5. Статистическое и методологическое обеспечение политики здорового образа жизни***

Информационное обеспечение политики формирования здорового образа жизни сейчас крайне ограничено. Потребление алкоголя и табака оценивается по данным статистики продаж, что дает достаточно грубые оценки (не включается теневая составляющая, можно оценить только среднее потребление в расчете на душу населения). Питание отражается статистикой лишь в форме суммарного потребления отдельных укрупненных групп продуктов. Занятия населения физкультурой и спортом оценивается только в части посетителей спортивных сооружений. Ни самостоятельные занятия, ни занятия в частных секциях, спортивных клубах, фитнес-центрах, ни занятия в спорткомплексах вузов не отражаются при таком учете.

Необходимо регулярное статистическое наблюдение (мониторинг) физической активности и стиля питания населения, включая потребление алкоголя и табака, на основе выборочных опросов, с тем чтобы можно было отслеживать динамику и результаты проводимых мер на основании сопоставимых данных.

Предлагается в 2012 г. разработать методологию и методики проведения регулярного мониторинга здоровья и образа жизни населения. С 2013 г. обеспечить проведение регулярного статистического наблюдения (мониторинга) состояния здоровья, физической активности и стиля питания населения, включая потребление алкоголя и табака, на основе выборочных опросов. С 2014 г. проводить оценку динамики и результатов реализуемых мер, их эффективности, в целях корректировки политики здорового образа жизни.

1. **Развитие физической культуры и спорта**

Для существенного повышения вклада физической культуры и спорта в укрепление здоровья населения необходима реализация комплекса мер по следующим направлениям:

***3.1. Создание устойчивого отношения населения к занятиям физической культурой и спортом***

Для повышения эффективности воздействия СМИ на подрастающее поколение с целью вовлечения в занятия физической культурой и спортом необходимо внести изменения в нормативно-правовое обеспечение пропаганды этой деятельности. Необходимо внести поправки в Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 04.12.2007 г. № 329 – ФЗ, включая введение понятия «пропаганда физической культуры и здорового образа жизни», конкретизацию полномочий органов местного самоуправления в области пропаганды и развития физической культуры и спорта, уточнения прав и обязанностей общероссийских спортивных федераций и др.

В качестве инструмента организации деятельности различных органов государства в этой области предлагается разработать межведомственную Концепцию пропаганды физической культуры и спорта и формирования здорового образа жизни среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, государственную Программу «Физическое воспитание населения» и создать при Правительстве Российской Федерации межведомственную комиссию по пропаганде физической культуры, спорта и здорового образа жизни среди населения. Экспертной группой подготовлены предложения по комплексу мер, которые могут быть включены в Концепцию и Программу (даны в приложении).

***3.2. Повышение доступности и качества содержания плоскостных спортивных сооружений по месту жительства***

Развитие пропаганды участия в физической культуре и спорте должно сопровождаться расширением возможностей удовлетворения спроса населения на физкультурно-спортивные услуги, особенно на физкультурно-оздоровительные и развлекательные формы в качестве досуговых занятий. Наименее затратными, но обеспечивающими наибольшую пропускную способность являются открытые плоскостные спортсооружения: стоимость строительства и их эксплуатации (а также и модернизации - при необходимости) значительно ниже, чем у сооружений крытого типа.

Между тем число и состояние существующих плоскостных спортивных сооружений не позволяет существенно расширить масштабы участия населения в занятиях физической культурой и массовым спортом.

Для повышения доступности плоскостных спортивных сооружений по месту жительства необходимо поэтапное решение в течение 2012-2014 гг. следующих задач:

* разработка дифференцированных нормативов обеспеченности территорий муниципальных образований плоскостными спортивными сооружениями для занятий физической культурой и массовым спортом; данные нормативы должны быть дифференцированы для территорий муниципальных образований в зависимости от прогнозируемой социально-демографической структуры их населения;
* создание и ведение Всероссийского реестра плоскостных спортивных сооружений;
* оценка потребности в финансовых ресурсах для выполнения нормативов обеспеченности территорий муниципальных образований плоскостными спортивными сооружениями и принятие мер по выравниванию обеспеченности данными объектами на территории Российской Федерации, включая:
  + предоставление субсидий (дотаций) субъектам РФ на строительство и содержание плоскостных объектов спортивной инфраструктуры;
  + привлечение средств бизнеса на строительство, содержание и эксплуатации плоскостных объектов спортивной инфраструктуры;
  + привлечение средств населения на покрытие затрат по содержанию объектов спортивной инфраструктуры.
* законодательное закрепление ответственности органов местного самоуправления, собственников придомовых территорий, управляющих компаний в области планирования, проектирования, строительства и эксплуатации объектов спортивной инфраструктуры на дворовых (придомовых) территориях.
  1. ***Обеспечение доступа населения к объектам спортивной инфраструктуры общеобразовательных учреждений, спортивных школ, ведомственных и частных объектов спортивной инфраструктуры для занятий физической культурой и массовым спортом***

Важным резервом для расширения участия населения в занятиях физической культурой и спортом являются спортивные объекты образовательных учреждений, ведомственные и частные объекты спортивной инфраструктуры. Для обеспечения широкого доступа граждан к таким объектам необходимо решение следующих вопросов:

* обеспечение безопасности этих учреждений во время вечерней работы спортивных сооружений;
* соблюдение санитарно-гигиенических норм в школах в связи с потоком занимающихся, причем как в залах, так и в иных помещениях, включая коридоры школ;
* увеличение соответствующей нагрузки на вспомогательный персонал школы и необходимость оплаты этой дополнительной работы;
* регламентирование использования и сохранности спортивного оборудования, которое может принадлежать как школе, так и арендатору спортивных помещений.

Решение этих вопросов связано, в том числе с изменением действующей нормативной базы Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России, МВД России. Обоснование необходимых изменений находятся в стадии проработки.

Для расширения доступа к использованию инфраструктуры частных спортивных объектов для организации занятий с населением необходимо предусмотреть механизмы экономического стимулирования организаций частного сектора, в том числе за счет развития государственно-частного партнерства в данной сфере, а также предоставления налоговых льгот. Дальнейшей экспертной проработки требуют следующие возможные механизмы:

* Разработка Концепции государственно-частного партнерства в области физической культуры и спорта» и на основе дополнений в Федеральную целевую программу «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006 – 2015 годы» и «Стратегию развития физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2020 года».
* Налоговое стимулирование организаций, эксплуатирующих спортивные сооружения, в том числе:
  + Уменьшение ставки налога на прибыль, направляемую на реинвестирование в активы и основные фонды, меры энергосбережения и ресурсосбережения.
  + Уменьшение или освобождение от налога на землю, находящуюся под спортивными сооружениями (по аналогии с религиозными организациями).
  + Снижение ставки налога на добавленную стоимость на физкультурно-оздоровительные услуги, оказываемые спортсооружениями взрослому населению.
* Механизмы реализации концессионных соглашений в сфере создания и эксплуатации спортивных объектов частными инвесторами.
* Механизмы предоставления субсидий спортивным объектам, предоставляющим льготным категориям населения (в соответствии с государственными нормативами) услуги в сфере физической культуры, спортивно-оздоровительных мероприятий и т.п.
* Разработка и принятие нормативных правовых актов, регламентирующие механизмы партнерства между частным инвестором и государственным заказчиком (в лице федеральных или муниципальных органов власти) на проектирование и строительство спортивной инфраструктуры, особенно при решении задач комплексной жилищной застройки.
* Создание саморегулируемой организации, объединяющей организации, осуществляющие эксплуатацию спортивных сооружений. Предусмотреть механизмы добровольной сертификации спортивных сооружений.

Задачи нормативно-правового регулирования доступа населения к объектам спортивной инфраструктуры общеобразовательных учреждений, спортивных школ, ведомственных объектов спортивной инфраструктуры предлагается решить в течение 2012-2014 гг..

1. **Повышение эффективности системы оказания медицинской помощи**

***4.1. Разделение ответственности за финансирование здравоохранения между государством, населением и работодателями***

Гарантии оказания медицинской помощи населению, обеспечиваемые государственным финансированием, должны быть более определенными. Однако следует констатировать, что задачу четкого разграничения медицинской помощи, предоставляемой бесплатно и на платной основе, невозможно решить за несколько ближайших лет в силу экономических и политических ограничений. Поэтому вполне оправданной является политика постепенной конкретизации государственных гарантий бесплатного лечения посредством разработки и утверждения медико-экономических стандартов и порядков оказания медицинской помощи при заболеваниях. Гражданину гарантируется бесплатное предоставление медицинских услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включенных в соответствующий стандарт.

Именно такую политику начинает проводить правительство, и важно обеспечить экономическую реалистичность утверждаемых стандартов и поэтапность их внедрения для групп заболеваний при адекватном финансировании.

В развитие данного подхода предлагается обеспечить разработку и принятие в 2012 г. нормативных правовых актов, обеспечивающих возможность:

* софинансирование благотворительными организациями высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, оказываемой за счет бюджетных ассигнований, в случаях, когда фактические расходы превышают нормативы затрат на оказание такой помощи, в том числе вследствие использования медицинских технологий, лекарственных средств, имплантантов, не включенных в стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
* выплаты компенсаций инвалидам, в случае приобретения ими предусмотренного индивидуальной программой реабилитации технических средств реабилитации – в пределах размера стоимости соответствующего средства и (или) услуги, предоставляемых государством бесплатно.

В перспективе предлагается пересмотреть характер государственных гарантий и ввести принцип софинансирования государством, населением и работодателями оказания части видов медицинской помощи в форме со-платежей пациентов и сооплаты страхового взноса. Это целесообразно будет применить прежде всего к тем видам помощи, которые получат развитие в будущем на основе принципиально новых медицинских технологий (индивидиуализация производства фармакологических препаратов, дистанционный компьютерный мониторинг лечебного процесса, выращивание искусственных органов и др.). Темпы инновационного процесса в медицине ускоряются, причем освоение инноваций на первом этапе является, как правило, весьма дорогостоящим. Одновременное предоставление доступа к каждой инновации всему населению невозможно как экономически, так и технически. Создание преимуществ в доступе на основе дискреционных решений в высокой степени коррупциогенно. Задержка же в освоении инновации до момента ее кардинального удешевления означала бы отказ от потенциально возможного расширения доступности современной медицинской помощи. Использование в подобных обстоятельствах рыночных регуляторов в сочетании с государственным финансированием и при специальной поддержке наименее платежеспособных групп населения – наиболее эффективный и справедливый путь к быстрому массовому освоению инновационных практик. По мере распространения и удешевления новых технологий они будут включаться в стандарты оказания бесплатной помощи.

***4.2. Реорганизация оказания амбулаторно-поликлинической помощи***

Сложившаяся система оказания амбулаторно-поликлинической помощи характеризуется недостаточным уровнем развития профилактической работы с населением, высокой нагрузкой на узких специалистов в поликлиниках и их нехваткой по сравнению с запросами пациентов. В значительной мере это обусловлено ограниченностью лечебных функций участковых терапевтов и педиатров и доминированием обращений пациентов к врачам-специалистам без направлений врача первичного звена. Уровень качества услуг, оказываемых значительной частью врачей поликлиники, не отвечает современным требованиям, в том числе как результат недостатка у врачей поликлиник клинической практики. Так, по данным исследования НИУ ВШЭ 2009 г., лишь 20% врачей стационаров считают, что большая часть их пациентов получили квалифицированные консультации и все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до госпитализации.

С целью повышения эффективности оказания амбулаторно-поликлинической помощи предлагается проведение комплекса организационно-экономических мероприятий.

*4.2.1.Изменения в организации деятельности центров здоровья*

Создание Центров здоровья (ЦЗ) позволило активизировать работу по выявлению заболеваний. Но эффективность их работы пока недостаточно высока: в день их посещают в среднем 8 человек. Здесь проводится лишь скрининг на выявление факторов риска основных хронических заболеваний (уровень артериального давления, курение, холестерин крови, масса тела, физическая активность, употребление алкоголя и др). Серьезные профессиональные рекомендации по выявлению факторов риска, укреплению здоровья и правилам здорового образа жизни пациенты здесь не получают – в значительной мере в силу отсутствия соответствующих навыков у персонала ЦЗ. Ограничен круг получателей их услуг, в частности не охваченными оказались больные хроническими заболеваниями, нуждающиеся в проведении скрининга и врачебных рекомендациях по коррекции имеющихся у них факторов риска. Эти функции должны выполнять отделения профилактики территориальных поликлиник, но они, как правило, маломощны (не более 1-2 кабинета).

Предлагается расширить функции центров здоровья. Их деятельность должна включать:

* использование технологий скрининга, соответствующих современному уровню развития эпидемиологии заболеваний и доказавших свою достоверность и эффективность;
* дополнение скрининга полноценной профилактической работой, включающей предоставление рекомендаций по профилактике заболеваний, методы немедикаментозной коррекции выявленных факторов риска, формирование навыков здорового жизни и проч.;
* участие в проведении профилактической работы с больными, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями (в частности, проведение школ гипертонии, астмы и проч.); эта деятельность должна быть направлена на снижение частоты обострений состояния хронических больных и снижение рисков неблагоприятного развития их заболеваний;
* организация тесного функционального взаимодействия с работой территориальных поликлиник (особенно их участковыми службами), в частности обеспечение преемственности в работе по выявлению и лечению заболеваний - прежде всего силами специалистов соответствующей территориальной поликлиники. Информация обо всех случаях серьезных заболеваний должна направляться в поликлинику по месту жительства с указанием набора обязательных действий по активному ведению этих случаев (вызов больного к врачу, проверка состояния больного и проч.). Центры здоровья должны способствовать интеграции в работе отдельных служб амбулаторно-поликлинической помощи, не ограничиваясь формальным установлением диагноза.

Сохранение по существу автономного функционирования центров здоровья не позволит в полном объеме решать задачи профилактики заболеваний и будет сдерживать интеграцию этапов выявления и лечения заболеваний. Поэтому представляется целесообразным объединить ЦЗ с отделениями профилактики территориальных поликлиник и создать новые подразделения, которые можно назвать Центрами профилактики и выявления заболеваний. Это укрепит материальную и кадровую базу для деятельности по выявлению заболеваний и создаст условия для расширения объема профилактических мероприятий. Появится возможность более тесного взаимодействия подразделений, отвечающих за выявление заболеваний и их лечение. В территориальных поликлиниках, не имеющих ЦЗ, также необходимо укрепить отделения профилактики.

Формирование Центров профилактики и выявления заболеваний в составе поликлиник, их кадровое и материально-техническое дополнительное оснащение целесообразно начать уже в 2012 г. с последующим расширением функций этих центров в 2013-2014 гг. С учетом уже вложенных средств в создание центров здоровья объем первоначальных вложений не превысит 500 млн. руб. При этом уже в 2013 г. целесообразно включить эти центры в систему ОМС и оплачивать соответствующие услуги по тарифам. Для повышения приоритетности профилактики следует установить тарифы за профилактические посещения на уровне примерно 2 раза более высоком по сравнению с обычными посещениями. Вменить в обязанность страховых медицинских организаций контроль за их реальным выполнением.

*4.2.2. Расширение функционала участковой службы*

В качестве главного направления решения проблемы нехватки узких специалистов предлагается рассматривать расширение функций участковой службы: организовать и стимулировать освоение участковыми терапевтами и участковыми педиатрами дополнительных лечебных функций по смежным специальностям (прежде всего по ЛОР, офтальмологии, неврологии). На основе специальных обучающих программ обеспечить повышение их роли как организаторов и координаторов медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах ее оказания. Усилить профилактическую составляющую их деятельности, а также работу по ведению хронических заболеваний. На этой основе обеспечить снижение частоты обострений состояния больных с хроническими заболеваниями. При этом оплачивать деятельность участковых врачей в зависимости от объема освоенных и реально реализуемых лечебных и организационных функций, их участия в работе с хроническими больными.

Для расширения функций участковой службы необходимо:

* проводить аттестацию участкового врача за каждый этап освоения им функций узких специалистов и предоставлять им право оказывать соответствующие услуги (действующие нормативные акты это исключают);
* ввести в номенклатуру специальностей несколько категорий участковых врачей более высокой квалификации - в зависимости от числа пройденных учебных модулей и круга освоенных функций;
* установить несколько категорий доплат участковым врачам по итогам аттестаций на выполнение функций узких специалистов.

С учетом особой значимости участковых врачей в реализации выбранной стратегии развития здравоохранения их средняя заработная плата (при условии освоения установленной часть функций узких специалистов и расширении профилактических мероприятий) должна увеличиться примерно в 2 раза. Если ориентироваться на то, что все 70 тыс. участковых врачей к 2020 г. будут переобучены для выполнения этих функций, то для двукратного повышения их заработной платы (с нынешнего уровня 27 тыс. руб) потребуется дополнительно 28,5 млрд. руб. В конце рассматриваемого периода примерно 20-25% требуемых средств может быть получено за счет экономии на фонде оплаты труда узких специалистов в поликлиниках вследствие снижения объемов их работы, обусловленного повышением эффективности работы участковых врачей.

Для выполнения дополнительных функций участковых врачей важно уменьшить их загрузку рутинной работой (отчетность, выписка лекарств, оформление бюллетеней и проч.) путем компьютеризации ряда операций и выделения специальной службы в составе поликлиники. Кроме того, необходимо обеспечить поддержку деятельности участковых врачей силами отделений профилактики поликлиник, а также центров здоровья.

Расширение функций первичного звена здравоохранения возможно также на основе перехода на модель врача общей практики. Но реализация этого варианта в массовом масштабе потребует значительно больше времени по сравнению с представленным вариантом постепенного расширения функций участковых врачей. Понадобится более длительное отвлечение врачей со своих участков.

В условиях существенного увеличения работ по укреплению и профилактике здоровья населения значительно возрастет роль участковой медицинской сестры. Акцент в ее работе переместится на ведение значительного числа документов, в том числе паспорт участка и паспорта здоровья пациентов, динамический контроль за проведением всех профилактических мероприятий в рамках целевых профилактических программ, работа по ведению школ здоровья, формированию навыков здорового образа жизни у пациентов, патронажные услуги и проч. Для полноценного выполнения дополнительного объема работ на одну должность участкового врача необходимо иметь две должности участковой медсестры.

В 2012 г. предлагается принять необходимые нормативные акты о расширении функций участковых врачей и реорганизации участковой службы и подготовить необходимую базу для переобучения участковых врачей – в рамках ПНП «Здоровье». В 2013-2014 гг. обеспечить переподготовку основной части участковых врачей и провести их аттестацию – в соответствии с реально освоенными функциями.

*4.2.3.Реализация программ управления хроническими заболеваниями*

Для повышения результативности лечения хронических заболеваний предлагается внедрить новый механизм организации медицинской помощи - программы управления хроническими заболеваниями. Они включают комплекс взаимодополняющих мер:

* выявление больных с хроническими заболеваниями, их стратификация в соответствии со сложностью заболевания и специфическими потребностями (например, выделение больных астмой, которые часто лечатся в стационаре и вызывают скорую медицинскую помощь);
* организация постоянного наблюдения за больными, лечение которых требует особо значительных затрат;
* формирование механизмов самоподдержки больных хроническими заболеваниями, включая программы их обучения;
* создание функциональных групп врачей и медсестер с четко определенными функциями по постоянному наблюдению за определенной категорией хронически больных, включение в эти группы специально обученных патронажных сестер (необязательно медицинских);
* организация информационного обеспечения – для определения динамики состояния больного и объема помощи на всех этапах ее оказания;
* измерение соответствия проводимых мероприятий установленным клиническим протоколам – через опросы пациентов и проведение медицинских аудитов деятельности групп врачей;
* дополнительная оплата за результаты (например, за организацию школ диабета, астмы, гипертонии и проч., за снижение осложнений, частоты вызовов скорой медицинской помощи и уровня госпитализации).

Зарубежный опыт реализации программ управления хроническими заболеваниями показывает, что их реализация может на 60% сократить объем стационарной помощи при заболеваниях, связанных с гипертонией , на 50% - при диабете второго типа, 45% - при астме (для взрослого населения). Это соответствует экономии расходов на лечение этих заболеваний на уровне 30-50% . Для России такая экономия вряд ли достижима, поскольку стоимость стационарной помощи в несколько раз ниже, но экономия 15-20% затрат на лечение этих случаев может быть обеспечена в пределах 3-4 лет после начала реализации таких программ.

Предлагается выделить управление хроническими заболеваниями в качестве самостоятельного предмета планирования работы поликлиник - планировать разработку клинических протоколов ведения больных, число посещений на дому, школ астмы, диабета и проч.

Для реализации таких программ целесообразно предусмотреть развитие матричных структур в поликлиниках, дополняющих функциональную структуру управления:

* создание групп управления лечением отдельных хронических заболеваний под руководством либо врача-специалиста соответствующего профиля, либо участкового врача;
* включение в эти группы сотрудников центра здоровья или объединенного отделения профилактики поликлиники.

В качестве первого шага предлагается в 2012 г. разработать на федеральном уровне такие программы для астмы, диабета, инсульта. При этом возможны два варианта – с включением дополнительного лекарственного обеспечения соответствующих групп больных и без него (только организационные мероприятия и материальное стимулирование). В первом варианте примерная стоимость каждой такой программы в среднем будет составлять около 10 млрд. руб., включая средства на дополнительную оплату медицинских работников. Во втором варианте эта сумма составит примерно 3 млрд. руб.

*4.2.4. Повышение доступности специализированной амбулаторной помощи*

Доступность диагностической и консультативной помощи населению может быть повышена за счет расширения возможностей использования материально-технической базы и квалифицированных кадров круглосуточных стационаров, не имеющих в своем составе поликлинических отделений. В тех больницах, в которых имеются соответствующие мощности (главным образом в крупных многопрофильных больницах), целесообразно создать отделения амбулаторно-диагностического приема. Для того, чтобы стимулировать этот процесс предлагается оплачивать такую амбулаторную помощь по специально разработанным тарифам (более высоким, чем амбулаторные услуги территориальных поликлиник).

Для повышения доступности услуг квалифицированных специалистов и современных диагностических исследований в амбулаторных условиях целесообразно в крупных городах вместо двухуровневого построения системы оказания специализированной амбулаторной помощи (поликлиника или поликлиническое отделение районной или городской больницы – диспансер или поликлиническое отделение областной клиники) обеспечить трехуровневое ее построение:

1. участковая поликлиника с узкими специалистами по базовым специальностям (неврология, ЛОР-болезни, кардиология, офтальмология, хирургия);
2. межрайонные консультативные поликлиники с полным набором узких специалистов и более широким набором диагностических исследований – как на базе крупных городских больниц (амбулаторно-диагностические отделения, выполняющие функцию межрайонной поликлиники), так и самостоятельные. ;
3. городские (окружные) амбулаторно-диагностические центры - как на базе крупных городских больниц, так и самостоятельные.

Для апробации этой модели целесообразно в 2012-2013 гг.. провести эксперимент в Москве и 2-3 крупных городах страны. Его реализация не потребует значительных дополнительных затрат.

*4.2.5.Повышение экономической мотивации поликлиник*

Главным методом оплаты амбулаторно-поликлинической помощи должен стать подушевой подход в различных вариантах (оплата по числу приписавшихся к поликлинике пациентов) – вместо доминирующей сегодня оплаты за посещения. Он сильней нацеливает на выполнение первичным звеном координирующей функции по отношению к другим звеньям оказания медицинской помощи, стимулирует повышение ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения, обеспечивает комплексность лечебно-профилактической работы, сдерживает действие затратного механизма. В этом случае врачи заинтересованы в снижении числа больных и расширении профилактической работы.

Учитывая слабую мотивацию на увеличение объема лечебных услуг при использовании подушевого метода на собственную деятельность АПУ, целесообразно ввести дополнительные механизмы стимулирования*.* Первый такой механизм – использование поощрительных систем оплаты (оплаты за результат). Поступления поликлиники, рассчитанные по подушевому нормативу дополняются стимулирующими доплатами за достижение установленных показателей деятельности: а) текущей деятельности, б) конечных результатов в годовом исчислении, в) вклада в реструктуризацию здравоохранения (например, показатели уровня госпитализации обслуживаемого населения, частоты вызовов скорой медицинской помощи, частоты направлений к узким специалистам).

Второй механизм стимулирования – использование системы поликлиника-фондодержатель.Поликлиника получает средства не только на собственную деятельность, но и частично на оплату услуг других медицинских организаций (диагностических центров, стационаров, скорой помощи). У поликлиник появится экономическая заинтересованность в проведении ранней диагностики заболеваний, снижающей потребность в стационарном лечении, повышении квалификации участковых врачей и врачей-специалистов, увеличении внебольничной хирургической активности.

В большинстве регионов в качестве первого шага преобразования действующих методов оплаты целесообразно использовать подушевой норматив на собственную деятельность АПУ, дополненный стимулированием поликлиник за результаты лечебно-профилактической работы. По мере их освоения постепенно переходить на различные варианты фондодержания.

Внедрение новых методов оплаты предлагается начать в 2012 г., приняв соответствующие нормативные акты Минздравсоцразвития и Федерального фонда ОМС, и перейдя к практическому внедрению с 2013 г.. При этом фондододержание целесообразнее использовать в регионах, уже имеющих опыт внедрения новых экономических механизмов (15-20 регионов), а в остальных перейти к подушевому финансированию с дополнительной оплатой за результаты.

*4.2.6. Развитие лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении*

Для повышения эффективности амбулаторного лечения важное значение будет иметь увеличение экономической доступности лекарственных препаратов для населения. Для решения этой задачи предлагается создание системы льготного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении для отдельных целевых групп граждан (сверх действующих программ лекарственного обеспечения). В 2012-2014 гг. предлагается создать такую систему для детей и пенсионеров. Это потребует 104,4 млрд. руб. при предоставлении лекарственных средств с 50% скидкой.

***4.3. Повышение эффективности оказания стационарной помощи***

Проблемами организации оказания стационарной помощи является нерациональное использование ресурсов больничных учреждений:

* низкие требования к обоснованности госпитализаций и как следствие использование дорогостоящих ресурсов стационара для лечения пациентов, которые могут получать все необходимое в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений без ущерба для качества медицинской помощи (по экспертным оценкам, доля таких пациентов в российских больницах составляет в среднем 30-40%);
* низкий уровень интенсивности стационарной помощи и как следствие чрезмерно высокие сроки стационарного лечения (в России в среднем 13 дней, в странах ОЭСР – 6,5);
* сосуществование в большинстве регионов излишнего коечного фонда по одним профилям и его нехватка по другим (например, исследование НИСП, проведенное в 2009 г. в одном из российских регионов с относительно высоким уровнем финансирования здравоохранения, показало, что нехватка онкологических коек на 42% сосуществует с излишком терапевтических коек на 30%);
* большое число мелких больниц с крайне низким материально-техническим и кадровым обеспечением;
* недостаточное развитие межтерриториальной помощи, оказываемой пациентам за пределами места их проживания.

Для повышения эффективности оказания стационарной помощи предлагается реализация следующих мер:

*4.3.1.Реструктуризация коечного фонда*

Проведение реструктуризации сети стационаров, обеспечивающей оптимизацию коечного фонда в региональном масштабе, включая дифференциацию больниц по степени интенсивности лечения на больницы для лечения острых заболеваний и больницы для реабилитации и долечивания, перераспределение и концентрация специализированного коечного фонда, сокращение избыточных коек по ряду профилей и т.д. К числу возможных решений относится укрупнение больниц, создание больничных объединений и т.п.

Последовательное внедрение новой модели организации обязательного медицинского страхования (предусмотренной Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года) будет стимулировать развитие конкуренции между медицинскими учреждениями, которая будет побуждать их к самостоятельной оптимизации объема и структуры своего коечного фонда.

Вместе с тем реструктуризация будет более результативной, если она будет выступать предметом новых региональных программ модернизации здравоохранения рассчитанных на 2013-2020 гг.. При этом важно обеспечить реальную конкурсность процедуры поддержки данных программ из средств федерального бюджета.

*4.3.2. Использование новых методов оплаты стационарной помощи в системе ОМС*

Необходимо обеспечить универсальный переход от оплаты за койко-день к оплате за законченный случай стационарной помощи на основе ее нормативной стоимости. Для этого провести обоснование стоимости необходимых медицинских услуг и лекарственных средств – в соответствие со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, опираясь при этом на реалистичные оценки требуемых медицинских технологий, увязанные с располагаемыми финансовыми ресурсами.

Тарифы за законченный случай лечения целесообразно устанавливать в разрезе укрупненных групп случаев с примерно одинаковой стоимостью медицинской помощи (метод клинико-статистических групп). На этой основе можно постепенно перейти к единой системе оплаты на основе клинико-статистических групп - с общими тарифами для сходных групп заболеваний по всей стране (эти тарифы устанавливаются в виде относительных величин по отношению к средней стоимости стационарной помощи). Такой подход даст возможность сравнивать реальный «продукт» разных больниц при размещении заданий и мониторинге их выполнения. Кроме того, снизится мотивация больниц к затягиванию сроков госпитализации.

Оплата на основе метода клинико-статистических групп должна производиться преимущественно за согласованные, а не фактические объемы стационарной помощи. В случае превышения согласованных объемов, оплата, как правило, должна по более низким тарифам за каждый дополнительный сверхплановый случай за исключением четко определенных оснований для оплаты фактических объемов помощи и коллегиальном рассмотрении таких ситуаций. Этот подход уже используется в ряде регионов нашей страны. Его реализация в масштабах всей страны снизит долю необоснованных госпитализаций, позволит сконцентрировать ресурсы на лечении действительно сложных случаев, что даст возможность повысить качество стационарной помощи.

В планировании объемов стационарной помощи определенная роль должна быть отведена амбулаторно-поликлиническим учреждениям. Их врачи лучше профессиональных плановиков знают реальные потребности постоянно обслуживаемого населения в стационарной помощи. Опыт ряда регионов (например, Самарской области), а также международный опыт (например, Великобритании) показывает, что привлечение первичного звена к планированию и мониторингу деятельности стационаров может дать существенный эффект для повышения эффективности стационарной помощи.

Для обеспечения преемственности в ведении больного после получения круглосуточного лечения в стационаре целесообразно внедрять интегрированную систему оплаты больничной помощи на основе «сквозного», тарифа, включающего собственно стационарную помощь, реабилитационные мероприятия и консультации силами врачей больниц.

Для реализации этих предложений необходимо в 2012 г. принять нормативные акты Минздравсоцразвития и Федерального фонда ОМС, устанавливающие порядок оплаты стационарной помощи. В 2013-2014 гг. новые методы оплаты могут быть внедрены во всех регионах.

***4.4.Повышение ответственности пациентов за выполнение врачебных предписаний***

Предлагается реализация мер, направленных на:

• стимулирование выполнения пациентами врачебных назначений (прежде всего больных хроническими заболеваниями, включая взятие и выполнение ими обязательств посещать врача с установленной периодичностью и проч.);

• стимулирование определенного поведения получателей медицинских услуг, например, превентивной госпитализации в родильный стационар за один-два дня до родов.

Соответствующие стимулы могут включать:

• более широкие возможности реабилитации – бесплатные или льготные путевки в санатории;

• внеочередное получение необходимых диагностических услуг и консультаций ведущих специалистов, в том числе в ведущих медицинских центрах;

• скидки на получение платных медицинских услуг и услуг рекреационных центров и проч.

Основным механизмом такого стимулирования будет заключение контракта между медицинской организаций и пациентом о выполнении плана лечения и требований к образу жизни. Необходимыми условиями внедрения такого механизма являются наличие системы стимулирования поликлиник за достижение определенных результатов лечения больных с хроническими заболеваниями, наличие протоколов лечения заболеваний, введение практики разработки индивидуальных планов лечения заболеваний.

***4.5. Формирование системы управления качеством медицинской помощи***

Предпринятые в последние годы меры по укреплению материально-технического оснащения учреждений здравоохранения должны быть дополнены комплексом организационно-управленческих мероприятий.

*4.5.1. Создание системы управления качеством медицинской помощи*

В настоящее время контролем качества медицинской помощи занимаются органы управления здравоохранением, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации, органы лицензирования, независимые экспертные организации и проч.. Они слабо взаимодействуют между собой, зачастую выдвигая разные требования медицинским учреждениям. При этом в их деятельности вопросы обеспечения качества остаются на втором плане. В деятельности контрольных органов, подчиненных органам управления здравоохранением, ощущается их ведомственная подчиненность. Многие негативные стороны деятельности территориальных учреждений здравоохранения нередко замалчиваются.

Предлагается реализовать комплекс мер, обеспечивающих интеграцию деятельности различных субъектов контроля качества медицинской помощи в многоуровневую систему управления качеством медицинской помощи.

На федеральном уровне необходимо разработать показатели качества медицинской помощи для оценки деятельности органов управления здравоохранением всех уровней. Основываясь на этих показателях, Минздравсоцразвития и органы управления здравоохранением каждого субъекта РФ ежегодно разрабатывают доклады о состоянии качества медицинской помощи.

Для усиления взаимодействия субъектов контроля качества медицинской помощи при сохранении их автономности целесообразно в каждом регионе создать постоянно действующий Координационный совет по обеспечению качества медицинской помощи при высшем органе исполнительной власти субъекта РФ. Его участниками могут быть представители органов управления здравоохранения, лицензирующих органов, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, врачебных ассоциаций, объединений пациентов с обязательным представительством научных организаций. Главные функции Координационного совета - разработка территориальных программ обеспечения качества медицинской помощи, их согласование с медицинскими учреждениями, мониторинг за выполнением, разработка показателей качества услуг применительно к ситуации в регионе, сбор и аналитическое обобщение данных о качестве медицинской помощи, создание рейтингов медицинских организаций и их размещение в Интернете и СМИ.

В федеральном законодательстве необходимо определить основные принципы формирования и работы Координационных советов, включая право врачебных ассоциаций, обществ пациентов, страховых медицинских организаций выносить на обсуждение проблемы обеспечения качества медицинской помощи. Практическую организацию работы Координационных советов предлагается поручить территориальным фондам ОМС.

*4.5.2. Создание внутриучрежденческой системы обеспечения качества медицинской помощи*

В крупных многопрофильных больницах и поликлиниках целесообразно создание службы обеспечения качества медицинской помощи. Эта служба не только организует контроль, но и разрабатывает программы улучшения организации медицинской помощи в целях повышения ее качества.

В 2012 г. начать работу по введению программ обеспечения качества в крупных больницах, в 2013-2014 гг. – в крупных поликлиниках.

Оценка и мониторинг выполнения этих программ необходимо сосредоточить в Координационном совете субъекта РФ.

*4.5.3. Повышение роли вневедомственного контроля качества медицинской помощи*

Прежде всего целесообразно повысить эффективность деятельности страховых медицинских организаций, как наиболее информированных субъектов контроля качества медицинской помощи (они собирают наиболее представительную и достоверную базу данных о результатах деятельности медицинских организаций в системе ОМС). Для этого необходимы следующие меры:

* включить экспертов качества медицинской помощи (экспертов по качеству) в номенклатуру должностей в сфере здравоохранения;
* сформировать унифицированную программу последипломной подготовки экспертов по качеству медицинской помощи, разрешить проведение этой подготовки профильным образовательным учреждениями;
* организовать лицензирование экспертов по качеству - не только для систем здравоохранения и ОМС, но и для проведения контроля силами независимых профессиональных ассоциаций, обществ пациентов и проч.;
* создать федеральный и региональные регистры экспертов по качеству медицинской помощи, использовать включенных в них экспертов для проведения экспертизы не только в своем регионе, но и в других регионах;
* расширить объем тематических экспертиз, объектом которых является совокупность случаев лечения в определенной медицинской организации: как лечат определенное заболевание, какая медицинская помощь была оказана каждому застрахованному лицу по территориальной программе, какие меры принимаются для использования современных медицинских технологий, что предполагается изменить в организации медицинской помощи и проч.;
* сделать обязательным порядок подготовки сводных отчетов силами СМО по результатам экспертизы деятельности учреждений, их рассмотрение в Координационном совете по обеспечению качества медицинской помощи и соответствующем органе управления здравоохранением, принятие управленческих решений по вопросам обеспечения качества в конкретном учреждении здравоохранения.

Предлагается сделать паталогоанатомическую службу субъектом независимой экспертизы качества. Для этого вывести ее из состава учреждений здравоохранения и подчинить службе судебно-медицинской экспертизы, которая может быть включена в систему Росздравнадзора.

*4.5.4. Введение оплаты медицинских учреждений в системе ОМС с учетом показателей качества*

Предлагается оплачивать работу медицинских учреждений из средств ОМС с учетом выполнения установленного набора показателей качества. Для этого необходимо разработать:

* реалистичные стандарты медицинской помощи и показатели, характеризующие их выполнение;
* нормативы показателей и их «веса» в общей системе оценки деятельности учреждения;
* эффективное информационное обеспечение, позволяющее в текущем режиме собирать данные о показателях деятельности в разрезе каждого учреждения;
* меры контроля за отчетностью учреждений и экономические санкции за дезинформацию.

Для повышения эффективности оплаты за качество медицинской помощи следует выбрать относительно небольшое число интегрированных показателей, в наибольшей мере отражающих результаты деятельности (не более 10-12 показателей); обеспечить единство подходов к оценке деятельности каждого учреждения, что не исключает установление индивидуальных показателей и их значений для особых ситуаций; использовать годовые, квартальные и месячные показатели; организовать выплату бонусов не только за достижение показателей, но и за приближение к ним.

*4.5.5. Публичное предоставление информации о качестве медицинской помощи*

Информация о результатах клинической деятельности медицинских учреждений должна быть доступной для граждан. Для этого регулярно (раз в год или в полгода) в доступных источниках информации необходимо размещать показатели работы медицинских коллективов. Например: госпитальная летальность по отдельным заболеваниям, операционные и послеоперационные осложнения, внутрибольничные инфекции и т.д. На основании отобранных критериев при участии ассоциаций врачей и ассоциаций пациентов формировать рейтинги медицинских учреждений. При этом сравнению подлежат только медицинские учреждения одного типа, одного вида и уровня оказания медицинской помощи. В противном случае учреждения, оказывающие помощь тяжело больным, будут иметь худшие показатели.

***4.6. Увеличение инвестиций в человеческий капитал***

Большинство медицинских работников (75% по данным обследования НИУ ВШЭ 2009 г.) связывают улучшение качества медицинской помощи, прежде всего, с повышением уровня материально-технического оснащения медицинских учреждений. В последние годы благодаря Приоритетному национальному проекту «Здоровье» оснащенность поликлиник и стационаров медицинским оборудованием заметно улучшилась. Однако используется имеющееся оборудование зачастую с низкой эффективностью. Одной из главных причин этого является недостаток квалифицированных кадров. С этой же проблемой столкнулись и при организации работы новых федеральных центров, построенных на периферии. Между тем в распределении государственных средств, и в частности в национальном проекте «Здоровье», повышение квалификации медицинских работников и изменения в системе их подготовки являются фактически низко приоритетными направлениями. На эти цели за период 2006-2010 гг. направлено лишь 0,2% средств, выделенных на реализацию Национального проекта. Зарплата врача на 10% ниже средней по экономике, хотя в странах Центральной Европы она в 1,5-2 раза выше.

Для обеспечения непрерывного роста квалификации и качества работы медицинского персонала предлагается сделать акцент в государственной политике на вложения в человеческий капитал и движение к эффективному контракту.

* Увеличить заработную плату медицинских работников в 1,75 раза в увязке с введением жесткого механизма их аттестации.
* Привести медицинские образовательные стандарты в соответствие с требованиями модернизации практического здравоохранения (2012 г.); в частности, нацелить обучение врачей специалистов в вузах на оказание амбулаторной помощи (сейчас – приоритет отдается ориентации на обучение лечению в стационарных условиях).
* Сформировать в 2012 г. полноценный компонент «Повышение квалификации кадров» в составе ПНП «Здоровье», включающий программы поэтапного расширения квалификации участковых терапевтов и педиатров, врачей центров здоровья в соответствии с расширением их функционала.
* Сформировать новую модель постдипломного образования (создав в 2012-21013 гг. необходимую для этого нормативную базу):
* постдипломное образование проводить не раз в 5 лет в рамках одной образовательной программы, а в форме непрерывного образования с использованием системы зачетных кредитов и права выбора курсов;
* изменить порядок финансирования постдипломного образования – передать соответствующие средства медицинским учреждениям для целевого использования (частично включать в тарифы по ОМС) и оплачивать из этих средств заказываемые услуги по постдипломному образованию; сделать медицинские учреждения заказчиком на проведение постдипломного обучения в выбираемых им организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
* разрешить медицинским учреждениям реализовывать программы последипломного образования.
* Установить требование обязательной клинической практики для специалистов поликлиник; организовать их периодическую ротацию в соответствующие отделения больниц (в тех случаях, когда такая ротация не проводится); на первом этапе (2012-2013 гг.) - на 2-3 месяца раз в два года, а в последующем – раз в год;
* Ввести механизм аттестации медицинских работников на оказание установленного набора обязательных функций; проводить эти аттестации с установленной периодичностью организациями профессионального сообщества.
* Сократить номенклатуру специальностей врачей (в настоящее время она включает 9 послевузовских, 44 основных и 146 дополнительных специальностей, в то время как в западных странах – 21-28 специальностей) для преодоления чрезмерной специализации врачей, не допуская чрезмерного их дробления и формирования широкого клинического мышления врача, навыков лечения нескольких связанных между собой заболеваний. Включить специфические лечебно-диагностические методики (ультразвуковую диагностику, мануальную терапию, рентгеноэндоваскулярную диагностику и лечение, функциональную диагностику и др.) в программу обучения врачей по сокращенной номенклатуре специальностей.
* Разрешить подготовку по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» не только участковым врачам, как это делается сегодня, но и любым другим специалистам, желающим получить профессию врача общей практики. Такой подход необходим для ускорения процесса подготовки врача общей практики. Необходимо преодолеть ситуацию, когда из-за нехватки врачей общей практики и их перегрузки с пациентом «напрямую» работают 10-12 «узких специалистов» при отсутствии единого лечащего врача, что порождает значительное удорожание медицинской помощи и безответственность специалистов.
* Обеспечить непрерывное совершенствование подготовки профессорско-преподавательского состава в учреждениях последипломного образования. Сосредоточить подготовку профессорско-преподавательского состава в учреждениях последипломного образования в 3-4-х специально аккредитованных медицинских вузах.
* Изменить порядок подготовки специалистов, принимающих участие в реализации некоторых комплексных направлений деятельности медицинских учреждений (медицинская профилактика, восстановительное лечение, управление отдельными хроническими заболеваниями и проч.). Разработать программы обучения с акцентом на обеспечение комплексности в оказании медицинской помощи силами специалистов разного профиля и среднего медицинского персонала.
* Создать систему подготовки немедицинских специалистов здравоохранения - работников органов исполнительной власти, курирующих социальную сферу, менеджеров учреждений, специалистов по информационному обеспечению в здравоохранении, работников СМИ. Именно этот круг специалистов может стать проводником идей формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Реализация этой задачи возможна через «школы общественного здравоохранения», опыт организации которых имеется во многих странах и в зачаточной форме формируется в России – на базе нескольких медицинских вузов. Для масштабной реализации предлагаемого подхода требуется разрешение Минобразования России медицинским вузам на проведение последипломной подготовки специалистов, не имеющих медицинского образования, но причастных к вопросам охраны здоровья.
* Разработать долгосрочную программу повышения социального статуса врача и воссоздания этических стандартов врачебной деятельности. Начало реализации данной программы обеспечить в рамках ПНП «Здоровье».

***4.7. Расширение функций средних медицинских работников***

Важным направлением мер по повышению эффективности работы медицинских учреждений и качества оказываемой медицинской помощи выступает расширение функций, выполняемых средними медицинскими работниками. Это прежде всего развитие сестринских медицинских услуг в области ухода за больными, реабилитации и профилактики. Средним медицинским работникам целесообразно передать часть функций по выписке лекарств хроническим больным, оформлению медицинских документов, выполняемых сейчас врачами. Необходимо повышение степени дифференциации состава среднего медицинского персонала, выделение в нем нескольких групп в зависимости от состава и сложности выполняемых функций.

Для реализации этих мер необходима подготовка и принятие нормативно-правового акта, устанавливающего перечень должностей, которые могут замещаться специалистами со средним медицинским и высшим сестринским образованием и порядок такого замещения в зависимости от уровня полученного образования.

***4.8. Повышение эффективности процесса внедрения новых медицинских технологий***

Для стимулирования развития рынка медицинской техники и ускорения попадания на него новейших образцов медицинского оборудования необходимо поэтапное изменение существующей многоступенчатой системы допуска новых медицинских изделий и их модификаций на рынок, включая устранение дублирующих процедур экспертизы и испытаний для целей государственной регистрации и таможенного оформления, отмену дополнительных непрофильных разрешений (метрологии для неизмерительных изделий, принятие Технического Регламента «О безопасности медицинских изделий» (в соответствие с законом №184-ФЗ) и в перспективе - введение процедуры подтверждения соответствия качества, аналогичной системе, используемой в странах ЕЭС, в соответствие с решением о гармонизации требований Технического регулирования и работой комиссии Россия-ЕС.

Для повышения эффективности государственных инвестиций в переоснащение медицинских учреждений необходимо создание системы оценки клинико-экономической эффективности новых медицинских технологий. Систему могут составить несколько специализированных центров, проводящих такую оценку по заказам федеральных и региональных органов власти и поставщиков медицинского оборудования.

***4.9. Развитие государственно-частного партнерства в системе здравоохранения***

Важным резервом повышения эффективности системы охраны здоровья является развитие государственно-частного партнерства. Для этого помимо уже запланированного перехода к одноканальному финансированию и привлечению медицинских организаций всех форм собственности к выполнению программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, предлагается реализация следующих мер:

• внедрение механизмов передачи медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям;

• введение налоговых льгот для частных инвестиций в медицинскую сеть (например, исключения из налогооблагаемой базы по налогу на прибыль суммы инвестиций в инфраструктуру медицинской сети);

• включение медицинских инвесторов в программу получения государственных кредитов;

• организация «инвестиционного инкубатора» с целью обеспечения возможности получения необходимых инвестору и/или частной клинике инструментов без административных барьеров;

• организация лизингового центра дорогостоящего оборудования, консигнационных складов расходных материалов и препаратов для снижения затрат на оборудование и расходные материалы при увеличении их доступности и расширения предложения на рынке медицинских услуг.

**5. Охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности**

***5.1. Состояние окружающей среды и системы обеспечения санитарно-гигиенического благополучия населения***

Особую роль с позиции укрепления здоровья граждан, повышения качества и продолжительности жизни играют вопросы охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности.

Для решения экологических проблем в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. обозначены следующие направления государственной политики:

* поэтапное сокращение уровней воздействия на окружающую среду всех антропогенных источников;
* создание экологически безопасной и комфортной обстановки в местах проживания населения, его работы и отдыха;
* создание эффективного экологического сектора экономики;
* сохранение и защита природной среды.

Однако действия по решению ключевых задач в рамках указанных направлений носят фрагментарный характер, в том числе из-за отсутствия нормативно закрепленных стратегических целей в области охраны окружающей среды и этапов их достижения. В настоящее время государственная политика в данной сфере представлена отдельными разделами в различных документах долгосрочного планирования, недостаточно увязанными между собой. При этом вопросы экологической политики гораздо шире природоохранной деятельности и выходят за пределы компетенции природоохранного ведомства (например, санитарно-эпидемиологическое благополучие и территориальное планирование, выбросы автомобильного транспорта и т.д.).

Проблемы экологии являются производными от макроэкономической политики государства, но в России цели макроэкономической политики не увязаны с решением экологических проблем - зачастую меры, направленные на экономическое развитие, противоречат решению экологических проблем.

Существующая система обеспечения санитарно-гигиенического благополучия населения не вполне адекватна состоянию окружающей среды, масштабам и количеству задач, требующих решения. Она построена на концепции «нулевого риска» здоровью населения и предусматривает очень строгие нормативы качества состояния окружающей среды (предельно допустимые концентрации - ПДК) по нескольким сотням загрязняющих веществ. Многие ПДК и рассчитанные на их основе нормативы выбросов и сбросов предприятий являются недостижимыми с приемлемыми затратами. Это особенно касается водных объектов и, в частности, нормативов сбросов с канализационных очистных сооружений (КОС). В результате порядка 90 % предприятий являются нарушителями установленных нормативов. Если нарушение законодательства носит массовый характер, то такое государственное регулирование и контроль теряют смысл и нуждаются в изменении. Фактически же созданная система обесценивает провозглашенный курс на полную защиту здоровья населения от неблагоприятных внешних факторов.

Для повсеместного обеспечения «нулевого риска» с соответствующим учетом и контролем (если такую цель вообще можно ставить), могут потребоваться затраты, превышающие ВВП в несколько раз. Очевидно, что цели и инструменты государственной политики по обеспечению санитарно-гигиенического благополучия населения и охране здоровья от негативного воздействия факторов среды обитания нуждаются в изменении.

***5.2. Определение приоритетов федеральной политики в области экологического развития Российской Федерации***

Решение экологических проблем в России требует в первую очередь утверждения в единого документа, определяющего содержание федеральной политики в области экологического развития Российской Федерации. Возможны два подхода к ее определению:

1) Разработка и утверждение федеральной политики преимущественно «природоохранной направленности». С учетом масштабов текущего воздействия и накопленного экологического ущерба реальная потребность в расходах на охрану окружающей среды и обеспечение экологической безопасности может значительно превысить прогнозные оценки Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (1-1,5 % ВВП к 2020 году) и оценки Минприроды России (2% ВВП ежегодно). При этом значительное количество экологических проблем, решение которых находится вне «природоохранной» деятельности, сохранится.

2) Разработка и утверждение федеральной политики в области экологического развития Российской Федерации как составной части стратегии устойчивого развития, предусматривающей интеграцию социально-экономического и экологического развития, внедрение современных экономических механизмов и технологий (Стратегия «зеленого роста»). Основные усилия должны быть сосредоточены на получении «двойной выгоды», при котором решение социально-экономических проблем сопровождается положительным экологическим эффектом. Следует начать постепенное расширение сферы политики в области экологического развития, включая в нее энергетику (энергоэффективность, энергосбережение, альтернативная энергетика), рациональное использование природных ресурсов и в частности водных ресурсов в жилищно-коммунальном секторе, утилизацию отходов.

С учетом реальных экономических возможностей страны в ближайшее десятилетие необходимо принять второй подход к определению приоритетов федеральной политики в области экологического развития.

Этапы:

2012 г. - разработка и утверждение федеральной политики в области экологического развития Российской Федерации (Стратегии «зеленого роста») на период до 2020 года.

2013- 2014 г. – учет экологических факторов в государственных программах Российской Федерации, отраслевых и региональных стратегиях и программах.

2015-2020 г. – реализация государственных программ Российской Федерации, отраслевых и региональных стратегий и программ.

В качестве ключевых мер необходимой экологической политики предлагаются:

***5.3.Разработка перечня основных приоритетных химических, физических и биологических факторов окружающей среды, ранжированных по степени неблагоприятного воздействия на здоровье населения России***

Для обоснования государственной политики по снижения негативного воздействия загрязненной окружающей среды на здоровье населения предлагается разработать научно обоснованный перечень неблагоприятных факторов окружающей среды, наносящих наибольший вред здоровью населения на федеральном уровне и в субъектах РФ, с высоким уровнем загрязнения окружающей среды населенных мест. При разработке этого перечня учесть рекомендации соответствующих агентств и программ Организации Объединенных Наций ВОЗ, ЮНЕП, ПРООН и других международных организаций и зарубежных институтов, усилить контроль за этими факторами, опираясь на международный опыт и, используя методы инструментального контроля, рекомендуемые международными организациями (Срок реализации – 2012 г.).

По экспертной оценке такими приоритетными неблагоприятными факторами в целом по стране являются:

* Мелкодисперсные взвешенные частицы (РМ10) в атмосферном воздухе, воздействие которой обуславливает до 40 тыс. дополнительных смертей в год. В среднем каждый человек, проживающий в городах с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха взвешенными частицами, теряет примерно 4 года жизни, а среди 50 млн. населения промышленных городов - число потерянных лиц жизни на 1 человека достигает 1,5 лет. Повышенный уровень загрязнения атмосферного воздуха взвешенными частицами приводит к увеличению заболеваемости органов дыхания, в т.ч. среди детского населения: бронхиальной астмой, бронхитами, фарингитом, ринитом и др.
* Диоксид азота – концентрации этого вещества в атмосферном воздухе постоянно растет из-за увеличения транспортного потока. Число городов, где содержание этих веществ в атмосферном воздухе превышает среднесуточную ПДК, уже более 100 и примерно у 6 млн. человек возможно увеличение из-за этой причины частоты заболеваний органов дыхания.
* Диоксид серы – является одним из наиболее распространенных загрязняющих веществ, но оценку его содержания в атмосферном воздухе трудно дать из-за особенностей его контроля.
* Тяжелые металлы, вошедшие в перечень наиболее токсинных веществ Программы ООН по окружающей среде (ЮНЕП). К ним относятся свинец, ртуть, кадмий, никель, а также мышьяк.
* Стойкие органические загрязнители (СОЗ) – опасность загрязнения этими веществами окружающей среды столь велика, что принята специальная Стокгольмская конвенция, запрещающая производство, использование и оборот этих веществ, подписанная РФ и в настоящее время заканчивается процесс ее ратификации. Программы по СОЗ нет.
* Радон. Выделение канцерогенного радона из геологических пород происходит во многих регионах страны и более 1 млн. человек подвергаются воздействию радона По оценкам экспертов влияние радона приводит к появлению ориентировочно 9,5 тысяч дополнительных случаев рака легкого в год.

Оценить популяционный риск от повышенного уровня шума и электромагнитных полей не представляется возможным из-за отсутствия экспертных оценок, но во многих населенных пунктах регистрируются повышенные уровни этих физических факторов.

Необходимым является ежегодное проведение анализа и оценки риска здоровью населения от воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на федеральном, региональном и локальном уровне с использованием разработанного Перечня (Срок реализации – 2012 г, далее – постоянно).

Предлагается разработать целевые программы по снижению риска здоровью населения от воздействия отдельных приоритетных загрязняющих веществ и физических факторов: радон, шум, электромагнитные поля (Срок реализации – 2012-2014 гг.).

***5.4. Совершенствование экологического законодательства***

Текущее нормативно-правовое регулирование характеризуется устаревшей и несовершенной нормативной правовой базой – набором невыполнимых и противоречащих норм, содержащихся в различных законах. Многие нормы не работают годами из-за отсутствия нормативных правовых актов и методик, обеспечивающих их применение. Не созданы ключевые правовые основы ответственности за предотвращение и возмещение вреда окружающей среде.

В этой связи возможны следующие варианты решения:

1. Дальнейшее совершенствование российского природоохранного законодательства путем внесения отдельных изменений и дополнений в действующие нормативные правовые акты. При этом сфера применения экологического права остается без изменений: регулируются отношения в сфере взаимодействия общества и природы, возникающие при осуществлении хозяйственной и иной деятельности, связанной с воздействием на природную среду.

2. Разработка и реализация единой концепции совершенствования экологического законодательства, основанной на федеральной политике экологического развития и учитывающей необходимость внедрения международных стандартов. Должны быть предусмотрены разработка и утверждение нормативных правовых актов в «пакетном режиме»: норма федерального закона – проект нормативного правового акта, обеспечивающего ее применение – ведомственные нормативные правовые акты (методики, административные регламенты и т.д.) – оценка регулирующего воздействия.

Этапы:

2012 г. – утверждение единой концепции совершенствования экологического законодательства, основанной на пакетном режиме.

2013- 2014 г. – разработка приоритетных нормативных правовых актов в «пакетном режиме».

2015-2020 г. – внедрение международных стандартов.

***5.5.Изменения в системе нормирования воздействия на окружающую среду (экологического нормирования)***

В настоящее система нормирования основана на использовании предельно допустимых концентраций (ПДК)- санитарно-гигиенических и рыбохозяйственных нормативов. Значительная часть нормируемых показателей ПДК не измеряется, а рассчитывается из-за отсутствия утвержденных методик и средств измерения.

Нормативы качества собственно окружающей среды, которые согласно действующему законодательству являются основой для установления нормативов допустимого воздействия на природную среду, не разработаны. Нормативы допустимой антропогенной нагрузки (совокупное воздействие) в пределах конкретных территорий и (или) акваторий также не разрабатываются и не применяются.

В этой связи возможны следующие решения:

1.Сокращение количества нормируемых веществ до минимально необходимого уровня, который обеспечивается измерениями и инструментальным контролем

2.Переход на технологическое нормирование на основе показателей наилучших доступных технологий (НДТ) для крупных загрязнителей с внедрением декларирования – для остальных.

Этапы:

2012 г. – утверждение сокращенного списка загрязняющих веществ, подлежащих инструментальному контролю;

2013- 2014 г. – составление справочников НДТ и утверждение порядка декларирования;

2015-2020 г. – внедрение системы технологического нормирования.

В связи с тем, что установление и соблюдение нормативов качества окружающей среды имеет четкую логику и направлено на обеспечение благоприятной окружающей среды (устойчивое функционирование естественных экологических систем, природных и природно-антропогенных объектов) при переходе на новую систему нормирования воздействия на окружающей среды на основе показателей НДТ важно не упустить увязки удельных показателей воздействия на единицу продукции с показателями совокупного воздействия с учетом реального состояния территорий.

***5.6. Создание системы экологического учета***

В настоящее время система учета природных объектов практически не существует. Основные усилия природоохранных ведомств сосредоточены на учете источников негативного воздействия, при этом планируется создание отдельного государственного учета объектов, оказывающих негативное воздействие на окружающую среду.

В этой связи возможны следующие решения:

1. Создание отдельного (обособленного) государственного учета объектов, оказывающих негативное воздействие на окружающую среду.

2.Свод и актуализация документированных сведений о природных объектах и территориях на основе документированных сведений, уже содержащихся в существующих государственных информационных ресурсах (Государственный лесной реестр, Государственный водный реестр, Государственный кадастр недвижимости, Государственный кадастр ООПТ, Схемы территориального планирования и т.д.). На региональном уровне необходимо стимулировать реализацию предоставленных субъектам Российской Федерации полномочий по проведению экологической паспортизации территории (во взаимодействии с органами местного самоуправления за счет реализации соответствующих региональных и межмуниципальных программ.

Этапы:

2012 г. – утверждение порядка организации и ведения государственного экологического учета.

2013-2014 г. – создание единой информационной системы государственного экологического учета на основе интеграции существующих систем.

2015-2020 г. – эксплуатация и совершенствование единой информационной системы государственного экологического учета.

***5.7.Развитие системы экологического мониторинга***

В целом по России 38% городского населения проживает на территориях, где не проводятся наблюдения за загрязнением атмосферы вообще, а в 34 субъектах Федерации наблюдения проводятся в 1–3 городах.

В этой связи возможны следующие варианты решения:

1. Модернизация системы государственного экологического мониторинга, требующая значительных средств федерального бюджета на развитие государственной сети наблюдений, материально-техническое оснащение и кадровое обеспечение.

2. Создание интегрированной системы экологического мониторинга, включающей как государственный экологический мониторинг, так и системы локального мониторинга предприятий (инструментальный контроль), а также широкое использование средств дистанционного зондирования земли в целях экологического мониторинга. При этом должны предусматриваться меры экономического стимулирования для предприятий внедряющих системы инструментального контроля. Опыт существующих систем экомониторинга, таких как «Мосэкомониторинг» Департамента экологии и природопользования Правительства г. Москвы и аналогичной системы в Санкт-Петербурге может быть рекомендован к распространению и использованию.

Развитие системы мониторинга и контроля качества среды обитания человека предполагает реализацию следующих мероприятий:

* По атмосферному воздуху - кардинально улучшить систему мониторинга качества атмосферного воздуха, в том числе внедрить методы определения мелкодисперсных фракций взвешенных веществ (РМ10 и РМ2,5), стандартизировать методы отбора, усовершенствовать систему метеорологических измерений и оптимизировать сеть размещения станций контроля за качеством атмосферного воздуха.
* По питьевой воде - улучшить оснащение производственных лабораторий и лабораторий центров госсанэпиднадзора современным оборудованием, позволяющим проводить санитарно-химические, микробиологические, радиологические и паразитологические исследования воды с учетом рекомендаций ВОЗ; изменить формы статистической отчетности государственной санитарно-эпидемиологической службы, имея в виду слежение за концентрациями приоритетных загрязняющих веществ; организовать обобщение данных управлений Водоканала.
* По продуктам питания - развить мониторинг загрязнения продовольственного сырья и пищевых продуктов с использованием отчетности по частоте и уровням загрязнения продуктов приоритетными загрязнителями химической природы с учетом структуры питания и дозовых нагрузок.
* По почве и отходам - внедрить классификатор отходов; провести инвентаризацию (по принятым в ЮНЕП формам) отходов, содержащих стойкие органические загрязнители (диоксины, ПХБ, ДДТ).
* По оценке радиационной обстановки - систематизировать данные радиационно-гигиенических паспортов и разработать методику их ведения, анализа и составления плана мероприятий.

Этапы:

2012 г. – Разработка и утверждение Концепция интегрированной системы экологического мониторинга.

2013- 2014 г. – Реализация пилотных проектов на крупных предприятиях.

* 1. – Создание интегрированной системы экологического мониторинга

***5.8.Развитие механизмов экологической оценки и экспертизы***

В настоящее время отсутствует применяемый в развитых странах механизм стратегической экологической оценки, предметом которой являются не конкретные проектные решения отдельных объектов хозяйственной и иной деятельности, а решения более высокого (стратегического) уровня: стратегии, политики, планы, программы, проекты документов территориального планирования, на основании которых принимаются решения о реализации крупных инфраструктурных проектов.

Существующие оценки и экспертизы недостаточно увязаны с реализацией сформулированных по их результатам требований и контролем за их соблюдением как со стороны субъектов хозяйственной и иной деятельности, так и надзорных органов. дифференциация процедуры ОВОС (оценка воздействия на окружающую среду) по видам объектов планируемой деятельности в зависимости от масштаба воздействия на окружающую среду.

Предусмотренные законодательством методики стоимостной оценки природных объектов и экономической оценки воздействия отсутствуют. Статус государственной экологической экспертизы значительно снижен.

В этой связи возможен следующий вариант решения:

1. Введение механизма стратегической экологической оценки.

2. Развитие системы ОВОС (оценка воздействия на окружающую среду) и восстановление полноценного института государственной экологической экспертизы.

3. Поэтапная разработка и введение стоимостных оценок природных объектов и воздействия на окружающую среду.

Этапы:

2012 г. – введение механизма стратегической экологической оценки, развитие системы ОВОС (оценка воздействия на окружающую среду) и восстановление полноценного института государственной экологической экспертизы

2013- 2014 г. – разработка методик стоимостной оценки природных объектов и экономической оценки воздействия

2015-2020 г. – внедрение методик в практику управления и оценки размера вреда окружающей среде

***5.9.Изменения в системе государственного экологического контроля***

Эффективность всех видов предусмотренных законодательством видов экологического контроля (государственного, производственного и общественного) напрямую зависит от состояния других элементов системы управления и регулирования в области охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности: нормирование, мониторинг и т.д.

Система расчетного нормирования по сути невыполнимых требований соблюдения предельно допустимых концентраций (ПДК) в отсутствие объективно контролируемых показателей по данным инструментального контроля создает почву для непрозрачных и коррупциогенных индивидуальных договоренностей инспекторов с предприятиями. Массовый характер несоблюдения нормативов и иных нарушений сводит эффективность контроля к минимуму.

Кроме этого низкая эффективность государственного экологического контроля обусловлена явным недостатком федеральных инспекторов: на более чем 80 тыс. объектов федерального экологического контроля приходится 1272 федеральных инспектора. Общее количество зарегистрированных в органах налоговой службы природопользователей (юридические лица и индивидуальные предприниматели) - около 1,5 млн.

В этой связи возможны следующие решения:

* Обеспечение сбалансированности штатной численности федеральных инспекторов и выполняемых федеральных контрольно-надзорных полномочий:
  + приведение штатной численности инспекторов в соответствии с расчетными нормативами.
  + пересмотр контрольно-надзорных полномочий, закрепленных за федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ.
* Обеспечение строгой регламентации порядка проведения проверок соблюдения требований экологической безопасности, в том числе внеплановых, с переносом акцента на непрерывный инструментальный контроль.
* Обеспечение разработки комплексных программ производственного контроля на всех этапах жизненного цикла (предусматривающих постоянное снижение уровня негативного воздействия на окружающую среду), разрабатываемых предприятиями и утверждаемых регулирующим органом.

Этапы:

2012 г. – создание нормативной базы комплексного экологического контроля и доступа к экологической информации.

2013- 2014 г. – создание системы комплексного экологического контроля.

2015-2020 г. – разработка и реализация комплексных программ производственного контроля.

***5.10. Реабилитация «горячих точек»***

В результате прошлой хозяйственной и иной деятельности образовалось значительное количество объектов, характеризующихся высокой степенью опасности для окружающей среды и здоровья населения, а также территорий, находящихся в кризисном экологическом состоянии. Выявлено 194 «горячие точки» - объекты накопленного экологического ущерба, на которых происходит постоянное ухудшение качества природной среды и, как следствие, ухудшение здоровья населения.

По оценкам Минприроды России в результате хозяйственной деятельности к настоящему времени в Российской Федерации накоплено 31 млрд. тонн отходов, из них 3 млрд. тонн - токсичных.

В этой связи возможны следующие решения:

1. Оценка реального состояния на территориях и выделение приоритетных территорий для реализации проектов их реабилитации (восстановления) с использованием механизмов государственно-частного партнерства. Для этого потребуется разработка и утверждение следующих методик:

- оценки экологического состояния территорий;

- организации мониторинга за экологическим состоянием территорий;

- разработки, рассмотрения и оценки программ оздоровления территорий.

2. Установление особого режима природопользования и нормирования для реабилитируемых территорий на период реабилитации.

3. Создание правовой основы для придания отдельным территориям правового статуса зоны экологического бедствия и разработки механизма осуществления комплекса природоохранных, экономических и медицинских мероприятий.

Этапы:

2012 г. – утверждение порядка оценки реального состояния природной среды на загрязненных территориях

2013- 2014 г. – разработка и начало реализации приоритетных проектов реабилитации территорий с использованием механизмов государственно-частного партнерства

2015-2020 г. – реализация приоритетных проектов

***5.11.Экономическое стимулирование снижения вредного воздействия на окружающую среду***

Эффективные стимулирующие механизмы не разработаны и не применяются. Плата за негативное воздействие на окружающую среду не носит компенсационный характер. Отсутствуют экономическая оценка воздействия и стоимостные оценки природных ресурсов и природных объектов.

Задачу стимулирования предприятий к снижению вредного воздействия на окружающую среду предлагается рассматривать как задачу экономического стимулирования модернизации производства. К числу предлагаемых для этого механизмов относятся:

* ускоренная амортизация;
* субсидирование процентной ставки;
* льготы по таможенным пошлинам и налогу на имущество;
* введение «экологически ориентированных» налогов;
* повышение платы за негативное воздействие для наиболее опасных загрязняющих веществ
* переход от контроля преимущественного «на конце трубы» – к модернизации и экологизации производства: замкнутые (малоотходные или безотходные) процессы, создание экологических «цепочек» сырья и материалов;
* стимулирование создания индустрии переработки отходов;
* создание системы торговли квотами на выбросы/сбросы;
* стимулирование создания индустрии переработки отходов;
* стимулирование новых технологий и производства более экологически чистых товаров, работ и услуг через систему закупок для государственных и муниципальных нужд.

Этапы:

2012 г. – разработка пакета предложений по созданию системы экономического стимулирования субъектов хозяйственной деятельности, применяющих экологически эффективные технологии.

2013- 2014 г. – создание системы экономического стимулирования.

2015-2020 г. – реализация проектов на основе разработанной системы экономического стимулирования.

***5.12. Разработка и внедрение экологических технологий (эко-инноваций)***

Комплексное решение экологических проблем невозможно при сохранении использования устаревших технологий с высоким уровнем негативного воздействия по выбросам/сбросам и образованию отходов. Необходима организация эффективного взаимодействия государства, бизнеса, фундаментальной и прикладной науки, образования для разработки и внедрения экологически эффективных технологий.

В этой связи возможны следующие решения:

1.Координация разработки и внедрения экологически эффективных технологий на базе единой технологической платформы «Технологии экологического развития».

2. Установление реальных сроков перехода на новые технологии с одновременным решением решение социальных проблем и созданием рабочих мест.

Этапы:

2012 г. – утверждение стратегической программы исследований на ближайшие 5-7 лет и на период до 2020 года

2013- 2014 г. – реализация проектов высокой степени готовности

2015-2020 г. – реализация перспективных проектов.

***5.13.Совершенствование организации государственного управления в области охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности***

Экологические проблемы по своей сути тесно увязаны с вопросами охраны здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия, защиты населения и территорий от ЧС, планирования отраслевого и территориального развития, но решаются в рамках отдельных направлений и программ при наличии явно выраженной ведомственной разобщенности. Многие вопросы находятся вне компетенции природоохранного ведомства.

В этой связи возможны следующие варианты решения:

1. Усиление роли природоохранного ведомства в качестве органа управления и регулирования производственных процессов, оказывающих негативное воздействие на окружающую среду.

2. Оптимизация распределения полномочий между федеральными органами исполнительной власти, а также на федеральном и региональном уровне, при котором обеспечение экологической безопасности (состояния) должно являться целевым результатом охраны окружающей среды (деятельности), критерием оценки эффективности государственного управления.

Этапы:

2012 г. – анализ эффективности осуществляемых полномочий федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и создание оптимизационной модели.

2013- 2014 г. – оптимизация полномочий и их распределения между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2015-2020 г. – реализация полномочий, оценка и контроль эффективности.

**6.** **Оценка потребности в государственном финансировании системы охраны здоровья в 2020 году**

Дополнительная потребность в финансовом обеспечении здравоохранения оценивалась по следующим видам расходов:

* оплата труда
* медикаменты и перевязочные средства при стационарном лечении
* лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении
* инвестиционные расходы
* комплексная информатизация здравоохранения

Расчеты приведены по двум сценариям.

***Сценарий 1 – умеренные преобразования системы охраны здоровья***:

* комплекс мер неналогового характера по формированию здорового образа жизни
* изменения в механизмах управления и финансирования оказанием медицинской помощи
* повышение приоритетности первичной медико-санитарно помощи, но без качественных изменений функций участковой службы, соотношения числа участковых врачей и узких специалистов;
* повышение численности врачей на 15% при перемещении части врачей в амбулаторные учреждения, изменении структуры врачебных кадров по специальностям;
* расширение функций и увеличение численности среднего медицинского персонала на 17%, изменение соотношения врач-медсестра с 1:2,1 до 1:2,3;
* повышение средней заработной платы работников здравоохранения на 30% - величину, соответствующую минимальной потребности в стимулировании труда;
* на основе перехода на стандарты и порядки оказания медицинской помощи сокращение числа койко-дней на одного жителя с 2,9 до 2,5, повышение расходов на медикаменты и средства медицинского назначения в 2 раза в расчете на один койко-день;
* расширение лекарственно обеспечения в амбулаторных условиях, охват им, помимо нынешних льготников, детей и пенсионеров при возмещении государством 25% стоимости льготных лекарств;
* расширение переподготовки персонала при сохранении периодичности обучения раз в 5 лет;
* реализация комплекса мер в области охраны окружающей среды.

***Сценарий 2 – интенсивные преобразования системы охраны здоровья***:

* комплекс мер, в т.ч. налогового характера по формированию здорового образа жизни;
* качественное изменение функций участковой службы;
* реструктуризация сети поликлиник и стационаров;
* сохранение численности врачей или даже небольшое их сокращение за счет снижения потребности в узких специалистах амбулаторно-поликлинических учреждений, расширения амбулаторной помощи, оказываемой в больницах, интенсификации стационарной помощи, изменения структуры врачебных кадров по специальностям, передачи части функций среднему медицинскому персоналу, а главное – за счет повышения экономической мотивации действующего врачебного корпуса;
* расширение функций и увеличение численности среднего медицинского персонала на 24%, изменение соотношения врач-медсестра с 1:2,1 до 1:2,5;
* повышение средней заработной платы медицинских работников на 75% при существенном усилении дифференциации в оплате труда;
* на основе перехода на стандарты и порядки оказания медицинской помощи сокращение числа койко-дней на одного жителя с 2,9 до 2,2, повышение расходов на медикаменты и средства медицинского назначения в 3 раза в расчете на один койко-день;
* расширение лекарственно обеспечения в амбулаторных условиях, охват им, помимо нынешних льготников, детей и пенсионеров при возмещении государством 50% стоимости льготных лекарств;
* переход на модель непрерывного последипломного образования;
* реализация комплекса мер в области охраны окружающей среды, включая программу инновационного развития экологических технологий.

В качестве исходной информации о финансировании здравоохранения использовались данные Минздравсоцразвития и Росстата России. Государственные расходы на здравоохранение (бюджеты всех уровней и средства ОМС) в 2009 г., по оценке Минздравсоцразвития России, составляла 1379 млрд. руб. или 3,5% ВВП. Общие государственные расходы на здравоохранение возрастут с 3,5% в 2009 г. до 4,41% ВВП по первому сценарию и до 5,51% по второму сценарию.

Результаты расчетов представлены в таблице. Дополнительная потребность в финансовом обеспечении предлагаемой стратегии развития системы охраны здоровья составляет по первому сценарию 0,96% ВВП, по второму сценарию –2,78% ВВП.

**Таблица. Оценка дополнительной потребности в государственном финансировании системы охраны здоровья в 2020 году, млрд. руб. в ценах 2009 г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Виды расходов** | **Фактические расходы в 2009 г.** | **Дополни-тельные расходы. Сценарий 1** | **Дополни-тельные расходы. Сценарий 2** | **Потребность в финансиро-**  **вании в 2020 г. Сценарий 1 (1+2)** | **Потребность в финансиро-**  **вании в 2020 г. Сценарий 2 (1+3)** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Оплата труда | 851,9 | 246,9 | 533,5 | 1098,8 | 1385,4 |
| 2. Лекарственные средства и перевязочные средства при стационарном лечении | 134,1 | 13,7 | 54,1 | 147,8 | 188,2 |
| 3.Лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении | 90,3 | 52,2 | 104.4 | 142,5 | 191,7 |
| 4.Инвестиционные расходы | 70,0\* | 30,0 | 80,0 | 100,0 | 150,0 |
| 5. Внедрение информационных технологий | н.д. | 15,0 | 20,0 | - | - |
| Всего дополнительные расходы на здравоохранение (п.п. 1-5) |  | 357,8 | 792,0 |  |  |
| Дополнительные расходы на здравоохранение, % ВВП |  | ***0,91*** | ***2,01*** |  |  |
| Расходы на мероприятия по формированию здорового образа жизни, % ВВП | н.д. | ***0,02*** | ***0,52*** |  |  |
| Дополнительные расходы на мероприятия по охране окружающей среды, % ВВП |  | ***0,03*** | ***0,25*** |  |  |
| ***Дополнительные расходы в % к ВВП*** |  | ***0,96*** | ***2,78*** |  |  |

\*2007

1. По данным Всероссийского репрезентативного опроса населения, проведенного НИУ ВШЭ и ФОМ в 2011 г. [↑](#footnote-ref-1)
2. World Health Organization (2002). The World Health Report 2002, Geneva. [↑](#footnote-ref-2)