

Взносы для работодателей будут относиться на вычеты при исчислении корпоративного подоходного налога, для работников и самостоятельно занятых граждан – при исчислении индивидуального подоходного налога.

Дальнейшее развитие медицинского и сестринского образования будет предусматривать триединство клинической практики, медицинского образования и научной деятельности.

Для оценки уровня теоретических знаний и практических навыков выпускников будет внедрена система независимой оценки компетенции, базирующаяся на профессиональных стандартах и лучшей международной практике.

Реализация новой Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» будет способствовать укреплению здоровья граждан и общества в целом, увеличению продолжительности жизни; повышению доступности, полноты и качества медицинской помощи; расширению бесплатного амбулаторно-лекарственного обеспечения; снижению уровня неформальных платежей на здравоохранение; обеспечит доступ к современным и безопасным медицинским технологиям и лекарственным средствам.

Литература.

1. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы, утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41.

2. Байжунусов Э. А. «Главные проблемы казахстанской медицины и пути их решения»: // Ж. «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», 2015 г.

3. Биртанов Е.А. «Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан» //автореферат дис. . док. мед. наук. - Алматы, 2010 – с.55

4. Кульжанов М.К., «Общественное здравоохранение Казахстана: современные аспекты» // Медицинская газета «Здоровье Казахстана третьего тысячелетия», 2013.

5. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» // Казахстанская правда. 2012. 15 декабря.

6. Ермекбаев К. К медицине доступной и качественной // Казахстанская правда - 2011.- 16 апреля.

7. Доскалиев Ж. Развитие здравоохранения на современном этапе: системный подход и курс на инновации. //Мирас - 2009. - №1 - С.46.

8. Нарматова Г.С., «О финансировании системы здравоохранения в Республике Казахстан» // Журнал «Вестник КазНПУ» - 2011 год.

9. Евсеева Т., «Здоровье нации - основа успешного будущего» //Казахстанская правда, 2012, 29 декабря.

10. <http://e.medruk.mcfr.kz/article.aspx?aid=489335>

11. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/informacionyi-centr/stati/29-stati/384-glavnye-problemy-kazakhstanskoj-meditsiny>

ПЕРСПЕКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Стасевич Н.Ю.

ФГБОУ Дополнительного профессионального образования
«Институт повышения квалификации Федерального
медико-биологического агентства России»,
г. Москва, Россия

Резюме. В статье описаны основные современные модели развития системы здравоохранения, встречающиеся в мире. Дана характеристика и задачи, стоящие перед системой обязательного медицинского здравоохранения, существующей в России. Даются современные проблемы здравоохранения России и пути их решения.

Ключевые слова: система здравоохранения, обязательное медицинское страхование, Россия.

КООМДУН ЗАМАНБАП ӨНҮГҮҮ ЭТАБЫНДА САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО СИСТЕМАСЫНЫН ПЕРСПЕКТИВДҮҮ ӨНҮГҮҮСҮ: АНАЛИТИКАЛЫК КӨРҮНҮШҮ

Н.Ю. Стасевич

ФГБОУ Кошумча профессионалдык билим берүү
“Россия Федералдык медико-биологиялык агенствосунун
квалификацияны жогорулатуу Институту”,
Москва ш., Орусия

Резюме. Макалада дүйнө жүзүндө кезигүүчү саламаттыкты сактоо системасынын өнүгүүсүнүн негизги заманбап модели чагылдырылган.

Россиядагы милдеттүү медициналык саламаттык сактоо системасынын алдында турган маселеге мүнөздөмө берилген. Россиянын саламаттыкты сактоо системасында кездешкен заманбап маселелер жана аларды чечүү жолдору көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: саламаттыкты сактоо системасы, милдеттүү медициналык камсыздандыруу, Орусия.

THE FUTURE DEVELOPMENT OF THE HEALTH SYSTEM AT THE PRESENT STAGE OF DEVELOPMENT OF SOCIETY: AN ANALYTICAL REVIEW

Stasevich N. Yu.

Additional professional education "Institute of Continuing professional development of the Federal medical biological Agency of Russia",
Moscow, Russia

Summary. The article describes the basic model of modern health care system development occurring in the world. The characteristics and challenges faced by the compulsory medical health system existing in Russia. We give modern Russian health problems and their solutions.

Keywords: health care system, obligatory medical insurance, Russia.

Социально – экономические преобразования, произошедшие в России в конце 20 века, вызвали серьезные изменения в обществе, оказав негативное влияние на здоровье населения.

В здравоохранении накопились серьезные проблемы - общий дефицит финансового и материально-технического обеспечения; межтерриториальные различия по уровню расходов на здравоохранение; дефицит, диспропорции в структуре медицинских кадров, низкое качество медицинской помощи, дезинтеграция в системе управления отраслью и неэффективное использование ресурсов.

В результате в России была сформирована фундаментальная цель системы здравоохранения - сохранение и укрепление здоровья нации на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Прежде чем перейти к обсуждению проблем в Российском здравоохранении, целесообразно было бы акцентировать внимание на том, какие модели здравоохранения на сегодняшний день существуют (таблица 1). Именно этот анализ характеристик имеющихся моделей позволит

наиболее адекватно оценить сложившуюся ситуацию в стране.

Современный этап развития российского здравоохранения ставит задачи поиска путей совершенствования деятельности медицинских организаций. В проекте отраслевой программы «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации» (2004) отмечено, что низкие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения обуславливаются в значительной степени несовершенством системы управления.

В современном мире в разных странах происходит по-разному формирование и развитие систем здравоохранения. Впервые о процессах конвергенции, т.е. о сближении и о проникновении элементов одних систем здравоохранения в другие и формировании на этой основе различных модификаций заговорили на Советско-американской конференции по моделированию в здравоохранения (Москва, 1992 г.) Именно с таким докладом выступил известный американский политолог Марк Г. Филд, директор Русского центра Гарвардского университета. В своем докладе он отметил, что рыночное здравоохранение и, прежде

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

всего, коммерческая, т.е. рискованная модель медицинского страхования будет все больше социализироваться и попадать под государственное регулирование, а в государственно-бюджетные модели будут проникать договорные отношения, более

присущие рынку. Прошло много лет. И сейчас мы видим, как сбываются эти прогнозы и как некоторые отдельные страны упорно продолжают развивать выбранные ими некогда модели здравоохранения [1,2,3].

Таблица 1. - Сравнительная характеристика моделей здравоохранения

№ п п	Квалификационные признаки модели	Модель ОМС для отдельных категорий граждан	Модель всеобщего ОМС (континентальная)	Монопольная государственная модель
1	Объем государственных гарантий	Только для отдельных категорий граждан	Базовый объем бесплатной медицинской помощи для основной части населения, лицензирование производителей, соплатежи населения	100%-ый охват населения по основным видам медицинской помощи. Лицензирование производителя
2	Источник финансирования	Бюджетные фонды ОМС, средства предприятий и населения по ДМС, платные услуги	Обязательные отчисления предприятий и взносы граждан на программу ОМС, добровольные отчисления на ДМС, платные услуги	Обязательные отчисления предприятий, взносы граждан, платные услуги
3	Заказчик, его статус	Частные страховые компании по ДМС, граждан при платных услугах	Частные страховые компании по программам ОМС и ДМС	Государственный орган управления, гражданин
4	Исполнитель, его статус	Частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи	Частные медицинские организации, частнопрактикующие врачи, отдельные государственные медицинские организации	Государственные ЛПУ
5	Взаимодействие : заказчик-исполнитель	Контракты или оплата по счету, рыночная саморегуляция	Контракты или оплата по счету, ограниченная рыночная саморегуляция	Государственный заказ, государственное регулирование спроса и предложения
6	Схема государственного управления	Законодательное регулирование отношений, финансирование ОМС	Контроль за исполнением закона	Прямое управление структурами
7	Роль государственных органов	Контроль за исполнением закона	Контроль за исполнением закона	Организация функционирования систем
8	Схема финансирования	Для программ ОМС – бюджет, для программ ДМС – работодатель, финансовая организация – СМК, СМК - медицинская организация	Работодатель - гражданин (финансовая сторона), финансовая сторона - СМК, СМК - медицинская организация	Государственные органы финансирования (или больничные кассы) - медицинская организация
9	Структуры, обеспечивающие права пациента	СМК, адвокатские фирмы	СМК, адвокатские фирмы	Органы государственного управления
10	Структуры, обеспечивающие права производителя	Медицинские ассоциации	Медицинские ассоциации	Органы государственного управления

Всё это приводит к тому, что здравоохранение страны в столь нелёгкий период жизни стоит на перепутье.

В Конституции РФ охрана здоровья отделена от организации оказания медицинской помощи, что является правильным подходом. В данной статье различные вопросы клинической медицины, технологические проблемы, вопросы качества и другие не рассматриваются и выходят за рамки настоящего материала. Поэтому первой развилкой будем считать охрану здоровья и оказание медицинской помощи. Вначале о системе охраны здоровья, целью которой является улучшение здоровья населения. В эту систему входят такие вопросы, как бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия труда и здоровье, стресс и здоровье, окружающая среда и здоровье, наследственность и здоровье и т.д., а также создание необходимых условий для мотивированного ведения гражданами здорового образа жизни (ЗОЖ).

Следует отметить, что это не отраслевая, чисто медицинская проблема, хотя имеются попытки «свалить» все на отрасль; решение ее требует межсекторального подхода, социальной профилактики и государственного участия.

Вопросы улучшения здоровья поднимались также в Алма-Атинской декларации 1978 г., в стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», в Оттавской хартии 1986 г. и в Люблянской хартии 1996 г. Milton Terris, главный редактор журнала Public Health Policy, считал грубой ошибкой смешение понятий в США системы оказания медицинской помощи и национальной системы здравоохранения. А г-жа Гру Харлем Брундланд (Gro Harlem Brundland), бывшая премьер-министр Норвегии, врач и политик, Генеральный директор ВОЗ с 1998 по 2003 гг. неоднократно заявляла, что настоящими министрами здравоохранения являются Президент и Премьер страны, только они это не знают. Таким образом, ответственность за здоровье населения и его охрану должны нести первые лица государства, а не заместитель министра здравоохранения, как записано в плане

основных мероприятий Минздрава РФ до 2018 г. Для этого при Президенте РФ должен быть создан Национальный совет по охране здоровья. На официальном кремлевском сайте представлены 18 различных специальных, разноплановых и неравнозначных советов при Президенте РФ, но нет важнейшего совета по охране здоровья. Этот совет должен способствовать межотраслевым усилиям по охране здоровья, курировать подготовку периодического доклада Президента РФ о состоянии здоровья нации, мониторинг здоровья и реализацию Национальной программы охраны здоровья, основанной на результатах специальных исследований. Именно так и должна называться эта программа, поскольку во всем мире реализуются программы улучшения здоровья и только в нашей стране формировались программы развития здравоохранения, что весьма далеко не одно и то же [5].

Таким образом, первая развилка в виде системы охраны здоровья обозначена и именно тут происходят «поломы» в здоровье, которые потом направляются в медицинскую отрасль на «ремонтно-восстановительные работы» [4,5].

Вторая развилка касается моделей непосредственного оказания медицинской помощи, целью которой является мотивация граждан к ведению ЗОЖ, восстановление (полное или частичное) утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам. Для этого используются следующие средства: медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход с охватом всех этапов медицинской помощи, от ПМСП до паллиативной медицинской помощи.

Соответственно, за это все должно нести ответственность отраслевое руководство. Основными проблемами здравоохранения на сегодня являются: доступность (сейчас это главное), потребность в медицинской помощи (на основе изучения здоровья населения), этапность и маршрутизация пациентов, качество, лицензирование, аккредитация, дефицит ресурсов (финансовых, кадровых, материально-

технических, лекарственных, интеллектуальных, информационных, учрежденческих).

Существующая модель ОМС в нашей стране имеет огромное число дефектов, описанных в многочисленных публикациях и подытоженных на Форуме общенародного фронта в сентябре 2015 г. Получилась совершенно нелепая система, которую осудила ВОЗ. Государство в нашей стране платит государственные деньги либо на содержание государственных лечебно-профилактических учреждений и на оплату оказанной ими медицинской помощи через частных коммерческих посредников, либо оплачивает медицинскую помощь частным клиникам. Сложившаяся в стране система ОМС имеет намного больше недостатков, чем преимуществ, и предназначена для функционирования в условиях преимущественно частного (коммерческого и некоммерческого) здравоохранения, однако даже при этом она демонстрирует свою высокую затратность и относительно низкую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости сплошного документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, проведения многочисленных проверок, возможность для коррупции и нецелевого расхода средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д. В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи больным, расходуется до 20% средств ОМС, из которых 53 млрд. руб. ежегодно уходит непосредственно на содержание страховых медицинских организаций, получающих дополнительно половину из налагаемых штрафов на работу лечебно-профилактических учреждений. Так, согласно закону № 326-ФЗ, страховые организации могут увеличить свой доход за

счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, т.е. быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы [3,4,5].

Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или сменить страховую медицинскую организацию, осуществить выбор врача или медицинского учреждения (особенно на селе), что делает закон больше декларативным, чем действенным. О каком выборе может идти речь, если на страховом поле ОМС зарегистрировано 105 страховых компаний, а преимущественная часть средств распределяется только среди нескольких из них? Правда, Минздравом РФ недавно утвержден порядок выбора медицинского учреждения, но он важен особенно для граждан, которые работают или временно находятся не в районе своего проживания. Во многих случаях этот принцип будет носить декларативный характер [4,5,7].

Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл.

В результате внедрения ОМС на фоне роста расходов на здравоохранение становятся практически недоступными даже достаточно простые виды медицинской помощи. Экономия государственных средств приводит к неконтролируемому росту личных расходов, чего не должно быть в социальном государстве. Однако, социальным может стать государство только при наличии 5% экономического роста в год [5], хотя денег в стране немало и они либо исчезают куда-то по дороге к месту вложения, либо, что нередко, почти безвозвратно используются на амбициозные проекты с низкой отдачей. Если сейчас пока нет возможности создать социальное государство, то должна быть хотя бы некая общественная справедливость в виде сглаживания остро выраженного неравенства в доходах и возможностях людей, что

является основным источником напряженности в стране [5,8].

Таким образом, дефектами нынешней гибридной бюджетно-страховой модели организации финансирования здравоохранения, многие из которых – общемировые, являются: это не страхование (отсутствует страховая риск), а целевой налог; большинство врачей страны не понимают саму систему ОМС и зачем она нужна; модель во всем мире неэффективная и затратная, требующая постоянного роста расходов; страховые медицинские организации представлены у нас не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве посредников; они экономически заинтересованы в плохой работе медучреждений (ФЗ №326); тариф не связан с риском страхового случая, тариф не покрывает все расходы; все участники процесса, включая медицинские организации, заинтересованы в росте числа больных, в т.ч. тяжелых, что противоречит интересам государства; все участники процесса заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах, т.е. в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить, что ведет к значительному завышению затрат; отсюда невыгодность профилактики, раннего выявления и своевременного лечения, борьбы с социальными болезнями и приписки; косметически или даже кардинально улучшить существующую модель ОМС практически невозможно [4,5].

Так что же нужно делать для развития здравоохранения в РФ? Именно эти вопросы волнуют сейчас многих учёных.

Независимо от выбранной модели для дальнейшего развития здравоохранения в стране следует добиваться увеличения бюджетного финансирования системы до 5,5% ВВП при эффективном, в том числе общественном, контроле за использованием выделенных средств. В любом случае в системе нужно наводить «порядок», минимизировать затраты при улучшении медицинской помощи за счет обоснованных организационно-методических решений. Консолидированный бюджет здравоохранения на 2016 г. составит 2

трлн.852 млрд. руб., в том числе 490 млрд. руб. из федерального бюджета, что с учетом инфляции несколько меньше, чем в 2015 г. Однако, учитывая сложившуюся ситуацию в стране со множеством трудностей внешнего и внутреннего характера и понимая, что в ближайшее время не стоит рассчитывать на необходимый рост финансовых затрат, целесообразно это время использовать для наведения порядка в системе [1,2,3]:

1. Внести изменения в ФЗ 326, исключив из системы ОМС частных коммерческих посредников- СМО, сосредоточив их усилия на слабо развитой системе ДМС, и придать ТФОМС функцию филиалов ФФОМС для возможности страхования в регионах. Это необходимо сделать очень срочно, до начала переходного периода к государственно-бюджетной модели.

2. Унифицировать подходы к дифференцированным по регионам медико-демографическим программам и разработать их с учетом региональных особенностей.

3. Остановить продолжающееся разрушение здравоохранения, проводимое под предлогом модернизации, оптимизации, реформирования, отменить строительство новых центров и дальнейшее приобретение дорогостоящего оборудования, предусмотреть возможность перевода средств с «тылового» здравоохранения в первичное звено.

4. Определить на научной основе текущую и перспективную потребность населения в различных видах медицинской помощи и на этой основе разработать дифференцированные по регионам нормативы.

5. Проработать оптимальную иерархию медицинских организаций для города и села с привязкой их размещения к конкретным территориям в зависимости от численности и структуры населения, особенностей расселения, расстояний, состояния дорог и транспортных сообщений.

6. Разработать мероприятия по повышению престижа профессии и качества образования врачей и медсестер с одновременным созданием для них и преподавателей достойных условий жизни, включая заработную плату.

7. Пересмотреть уже принятые законы, вначале определиться со стратегией развития системы охраны здоровья, а затем принимать поддерживающие законы [1,6,8].

Изложенное вытекает из более ранних и современных наработок Пироговского движения врачей, из предложенных ранее на IV (XIX) Пироговском съезде в 2001 г. Государственно-общественной системы управления здравоохранением и Стратегии охраны здоровья (эксперты Комитета гражданских инициатив, 2013) [5,6,7].

Таким образом, представленный аналитический обзор современного состояния системы здравоохранения РФ и пути перспективного её развития говорит о необходимости создания единой объединенной профессиональной медицинской организации.

Литература:

1. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Актуальные проблемы экономики, политики и права: Сб. науч. трудов / Под ред. д-р эконом. наук, проф. Щебаровой Н.Н – Мурманск: МАЭУ, 2013 – 92 с.
3. Веселкова И.Н., Комаров Ю.М. Как сохранить нацию. -М.: НИЦ «Академкнига», 2002. – 432 с. ISBN 5-94628-014-7.
4. Доклад Комарова Ю.М. на 2 этапе Чрезвычайного X (XXV1) Всероссийского Пироговского съезда врачей // viperson.ru Юрий Комаров.
5. Комаров, Ю. М. Пора камни собирать. Или о том, как разрушалась в стране социальная Семашкинская модель здравоохранения— М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. — 416 с. : ил. ISBN 978-5-9704-3465-9.
6. Комаров Ю.М. Проект «Основные положения стратегии охраны здоровья населения ФР на период 2013-2020 гг. и последующие годы // viperson.ru Юрий Комаров.
7. Комаров Ю.М., Пине Ж., Молвена О. Система здравоохранения и законодательство в здравоохранении Российской Федерации в переходный период. - Москва - Женева – Осло, 2000. – 218 с.
8. Сергеев И.В., Немсверидзе Э.Я., Трифонова Н.Ю., Пикалов С.М. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. - №2/<http://www.science-education.ru>.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭРРАТОЛОГИЯ КАК ФУНДАМЕНТ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Комаров Г.А., Конаныхина А.К.

ФГБОУ «Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства»,
г. Москва, Российская Федерация

Резюме. Одним из приоритетных направлений современной медицинской науки для построения системы оценки качества медицинской помощи является сегодня медицинская эрратология. Наиболее важным аспектом становится определение неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи и формирования их перечня. Целевой экспертизе должны подлежать все случаи оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом. Медицинские ошибки часто являются причинами неблагоприятных исходов. По происхождению все медицинские ошибки можно разделить на врачебные, системные и врачебные, связанные с системными.

Ключевые слова: дефекты медицинской помощи, медицинские ошибки, качество, благоприятный и неблагоприятный исход, оценка, экспертиза.

МЕДИЦИНАЛЫК ЭРРАТОЛОГИЯ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫН БААЛООНУН СИСТЕМАСЫН КУРУУДАГЫ ПАЙДУБАЛЫ

Комаров Г.А., Конаныхина А.К.

ФГБОУ “Федералдык медико-биологиялык агентствосунун квалификациясын жогорулату Институту”,
Москва ш, Россия Федерациясы

Резюме. Азыркы медицина илиминде медициналык жардамдын сапатын баалоо системасын түзүүдө артыкчылыктуу багыттын бири болуп бүгүнкү күндө медициналык эрратология саналат. Медициналык жардам көрсөтүүнүн жагымсыз натыйжаларын аныктоо жана тизмесин түзүү маанилүү аспекти болуп саналат. Максаттуу каралууга тийиш болуп бардык жагымсыз жыйынтык менен бүткөн медициналык жардам көрсөтүү саналат. Медициналык адисуулар көбүнчө жагымсыз жыйынтыктын себеби болуп саналат. Медициналык жаңылуулар келип чыгышы боюнча: дарыгерлик, системдик жана дарыгерлик, системдик менен байланышкан болуп бөлүнөт.

Негизги сөздөр: медициналык жардамдын кемчиликтери, медициналык жаңылуулар, сапат, жагымдуу жана жагымсыз жыйынтык, баалоо, текшерүү.