

*На правах рукописи*

**УЛУМБЕКОВА  
Гузель Эрнстовна**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2020 ГОДА**

**14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение**

**А в т о р е ф е р а т  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Москва 2011**

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (ЦНИИОИЗ Росздрава)

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор,  
академик РАМН  
Стародубов Владимир Иванович

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Калининская Алевтина Александровна

доктор медицинских наук,  
член-корр. РАМН  
Медик Валерий Алексеевич

**Ведущая организация:** ГУ «Национальный НИИ  
общественного здоровья РАМН»

Защита диссертации состоится \_\_\_\_\_ 2011 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2011 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук**

Пучков Константин Геннадьевич

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АСМОК — Ассоциация медицинских обществ по качеству

ВВП — валовой внутренний продукт

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВРП — валовой региональный продукт

ВЦИОМ — Всероссийский центр изучения общественного мнения

ГУ–ВШЭ — Государственный университет – Высшая школа экономики

ДЛО — дополнительное лекарственное обеспечение

ДМС — добровольное медицинское страхование

ЕС — Евросоюз

КМП — качество медицинской помощи

ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение

ЛС — лекарственные средства

МО — медицинская организация

НМО — непрерывное медицинское образование

ОКС — общий коэффициент смертности

ОМС — обязательное медицинское страхование

ОНЛС — обеспечение населения лекарственными средствами

ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни

ОЭСР (OECD) — Организация стран экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development)

ПНП — приоритетный национальный проект

ПГГ — Программа государственных гарантий

ППС — паритет покупательной способности

ТПГГ — территориальная программа государственных гарантий

ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФЗ — федеральный закон

ФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ФОТ — фонд оплаты труда.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы

Актуальность разработки и научного обоснования Стратегии или долгосрочного плана развития здравоохранения РФ, в котором были бы определены цели и задачи развития отрасли, механизмы решения задач, а также установлены индикаторы результативности и эффективности реализации этого плана, обусловлена нижеследующими факторами.

Россия по важнейшим показателям здоровья населения продолжает уступать многим странам. Возможность существенного улучшения здоровья населения РФ путем проведения преобразований в сфере здравоохранения и ранее исследовалась российскими учеными. Классические воззрения и методические подходы к этому вопросу изложены в фундаментальных трудах А.И. Вялкова (2004), В.З. Кучеренко (1994, 1995), Ю.П. Лисицина (1987, 1998, 2002), В.А. Медика (2009, 2010), Н.Б. Найговзиной (2004), В.И. Стародубова (2006, 2007), О.П. Щепина (2009, 2010), Р.А. Хальфина (2005, 2008) и других ученых. Однако современные экономические условия и изменившаяся законодательная база требуют дополнительных научных разработок.

Необходимость существенного улучшения здоровья населения РФ является одной из основных целей «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.». В этой Концепции указано, что к 2020 г. необходимо увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 73 лет; снизить общий коэффициент смертности населения до 11,0 (на 1000 человек) и обеспечить фактическую реализацию принципа социальной справедливости в вопросах охраны здоровья населения РФ. Принятие этого документа предусматривает необходимость разработки стратегий развития по отраслям экономики до 2020 г., в том числе по развитию системы здравоохранения — отрасли, которой отводится ведущая роль в сохранении здоровья людей.

В здравоохранении накопились серьезные проблемы. Главные из них: 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 фундаментальные цели системы здравоохранения, такие как улучшение состояния здоровья населения и обеспечение справедливости в доступности к медицинской помощи, не достигаются.

Активное законотворчество Минздравсоцразвития РФ в 2009–2010 гг. требует системных и взаимосогласованных представлений о дальнейших направлениях модернизации здравоохранения, что подразумевает разработку и научное обоснование Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации (далее Стратегия).

Необходимость системной модернизации российского здравоохранения подтверждается инициативой Минздравсоцразвития России, которое в начале 2008 г. приступило к разработке проекта «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.», или общего видения модернизации здравоохранения страны.

Тем не менее, ни Концепция, ни Стратегия развития здравоохранения до сих пор не разработаны. Отсутствие федеральной Стратегии препятствует разработке региональных Стратегий, что в целом снижает эффективность государственной политики в сфере здравоохранения.

Таким образом, проведение настоящего исследования обусловлено необходимостью подготовки новых научных работ, направленных на обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ.

**Цель исследования:** научное обоснование и разработка Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации.

### **Задачи исследования**

1. Проанализировать демографические показатели и показатели здоровья населения Российской Федерации за последние 30 лет и выявить факторы, повлиявшие на состояние здоровья населения РФ.

2. Проанализировать состояние, результаты и эффективность деятельности системы здравоохранения и определить факторы, которые влияют на деятельность системы здравоохранения, включая ожидания пациентов, врачей и других заинтересованных сторон.

3. Изучить уроки реформирования здравоохранения РФ и зарубежных стран, а также предложения по модернизации здравоохранения РФ.

4. Сформулировать цели, необходимые объемы финансирования, задачи и механизмы реализации Стратегии.

5. Определить возможный экономический эффект от реализации Стратегии.

### **Научная новизна исследования**

1. Обосновано, что для достижения показателей здоровья, установленных Правительством РФ к 2020 г., уровень государственного финансирования здравоохранения должен быть увеличен как минимум в 1,6 раза.

2. Предложены дополнительные источники финансирования общественной системы здравоохранения и установлены объемы отчисления из них.

3. Предложено, что для предотвращения дефицита медицинских кадров в РФ и повышения их мотивации к качественному труду заработная плата медицинских работников должна быть увеличена как минимум в 2 раза.

4. На примере сравнения показателей качества медицинской помощи (КМП) в РФ и за рубежом обосновано, что в Российской Федерации имеет место неудовлетворительная квалификация медицинских кадров.

5. Доказано, что предоставляемые сегодня объемы медицинской помощи населению РФ по программе государственных гарантий не соответствуют изменившимся потребностям населения в медицинской помощи и технологиям ее оказания. В том числе имеет место дефицит объемов амбулаторно-поликлинической помощи на 40%, дефицит реабилитационных услуг и услуг по длительному уходу за пациентами в 2 раза, лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях в 3–4 раза.

6. Научно обоснована и сформулирована Стратегия развития здравоохранения РФ. Определена высокая рентабельность вложений в систему здравоохранения.

### **Научно-практическая значимость**

Установленный в исследовании необходимый объем финансирования общественной системы здравоохранения может быть использован при обосновании финансовых нормативов Программы государственных гарантий (ПГГ) обеспечения населения РФ бесплатной медицинской помощью.

Предложенные в исследовании дополнительные источники финансирования общественной системы здравоохранения и объемы отчислений из них могут быть использованы для закрепления целевых источников финансирования здравоохранения в законодательстве.

Установленные в исследовании необходимые объемы расходов по ключевым направлениям здравоохранения могут быть использованы при формировании нормативов ПГГ и ТПГГ, а также при обосновании расходов бюджетной системы на 2012–2015 гг.

Обоснованные в исследовании механизмы управления качеством медицинской помощи (КМП) будут способствовать повышению КМП и безопасности пациентов в РФ. Предложенная система показателей оценки результативности и эффективности системы здравоохранения может быть учтена при оценке деятельности федеральных и региональных органов исполнительной власти.

В целом научно обоснованные в исследовании положения диссертационной работы могут быть взяты за основу при формировании федеральной и региональных стратегий, дальнейшего развития законодательной и нормативной базы здравоохранения.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования использованы при разработке «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», утвержденной в ноябре 2008 г. распоряжением Правительства РФ № 1662-р.; при разработке проекта «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации» (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 8 от 05.02.2008 г.); при разработке закона «Об обязательном медицинском страховании» (№ 326-ФЗ от 29.11.2010 г.); при разработке «Концепции развития здравоохранения Самарской области» (Поручение № 1-20/160 от 26.06.2008 г. губернатора В.В. Артякова);

Стратегии развития здравоохранения Иркутской области и Программы модернизации здравоохранения Иркутской области на 2011–2013 гг.; Стратегии улучшения здоровья работников ОАО «РЖД» и Концепции повышения эффективности медицинской службы ОАО «РЖД».

Материалы диссертационного исследования также использовались при разработке «Концепции развития непрерывного медицинского образования в Российской Федерации», которая апробирована в Самарской области и в Республике Армения, а также в организации подготовки учебников и руководств нового поколения для системы базового и непрерывного медицинского образования. Среди них: клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине, серии современных руководств («Библиотека врачей первичного звена здравоохранения» — 19 руководств; серия «Национальные руководства» — 50 руководств).

Опираясь на результаты исследования, была разработана система медико-санитарного просвещения населения: в 8 регионах РФ были внедрены материалы по здоровому образу жизни и образу жизни с хроническим заболеванием, серии «Кодексы здоровья» и «Школы здоровья».

### **Апробация исследования**

Материалы диссертационной работы представлены и обсуждены на Международном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, апрель 2007); Коллегии Минздравсоцразвития РФ (Москва, 2007); заседании рабочих групп Минздравсоцразвития РФ по разработке «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации» (Москва, 2008); расширенном итоговом заседании коллегии Минздравсоцразвития Самарской области и Экспертного совета по разработке Стратегии развития здравоохранения Самарской области (Самара, 2008); пленарном заседании Международного конгресса организаторов здравоохранения «World health care congress» (Берлин, апрель 2009); научных семинарах ГУ–ВШЭ «Экономические механизмы развития здравоохранения» (Москва, 2009–2010); конференциях Общественной палаты РФ (Москва, 2009–2010), III Международном медико-экономическом форуме «Здравоохранение России в новых экономических условиях»



(Екатеринбург, октябрь 2009); расширенном заседании АСМОК (Москва, ноябрь 2009); симпозиуме «MedSoft-Farma-2009: информационно-коммуникационные технологии в современной фармации» в рамках Международного медико-фармацевтического форума (Москва, декабрь 2009); расширенном медицинском Совете главных врачей ОАО «РЖД» (Москва, декабрь 2009); международной научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню здоровья – 2010 (Киев, апрель 2010); конференции главных врачей и руководителей муниципальных органов управления здравоохранением (Иркутск, Саянск, Братск, апрель 2010); международной конференции «Тенденции развития здравоохранения Российской Федерации, стран СНГ и Европейского союза» V Общероссийского медицинского форума (Москва, июнь 2010); Первой Всероссийской конференции «Саморегулирование профессиональной медицинской деятельности» в Национальной медицинской палате (Москва, октябрь 2010); международном симпозиуме «Качество медицинской информации и повышение квалификации медицинских работников» (Казань, октябрь 2010); Всероссийском форуме руководителей учреждений системы здравоохранения (Москва, октябрь 2010); Всероссийском форуме «Пироговская хирургическая неделя» (Санкт-Петербург, ноябрь 2010) и др.

### **Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 23 научные работы: в том числе в 11 журналах, рецензируемых ВАК, 1 монография, 1 учебник, глава в зарубежном руководстве.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Неудовлетворительные показатели здоровья населения Российской Федерации связаны с высоким распространением факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, недостатком государственных межведомственных программ, направленных на повышение мотивации населения здоровому образу жизни, недофинансированием системы здравоохранения и неравенством в доступности и оплате

медицинской помощи между бедными и богатыми группами населения.

2. В системе здравоохранения РФ имеются следующие ключевые проблемы: недофинансирование; неоптимальная структура и неудовлетворительная квалификация медицинских кадров; неэффективное планирование объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий, в том числе дефицит обеспеченности населения ЛС в амбулаторных условиях; нерациональная структура коечного фонда и неэффективное использование средств бюджетной системы РФ. Главными вызовами системе здравоохранения до 2020 г. будут увеличение доли пожилого населения, снижение рождаемости, необходимость продления пенсионного возраста и снижение численности трудоспособного населения.

3. Уроки реформирования зарубежного и российского здравоохранения показывают: 1) для достижения удовлетворительных показателей здоровья объем государственного финансирования здравоохранения должен составлять не менее 6,6% ВВП, или 1100 \$ППС на душу населения в год (долларах, оцененных по паритету покупательной способности); 2) увеличение общественного финансирования здравоохранения до 75–80% от общих расходов способствует улучшению здоровья населения и его удовлетворенности медицинскими услугами; 3) для повышения качества и безопасности медицинской помощи необходимо развитие системы непрерывного медицинского образования; 4) для повышения управляемости отраслью — регулярная отчетность органов управления здравоохранением всех уровней.

4. Необходима научно обоснованная Стратегия развития здравоохранения, которая определит объемы и источники финансирования здравоохранения, приоритетные направления расходования средств, а также установит механизмы, позволяющие эффективно расходовать выделенные средства.

### **Структура и объем работы**

Диссертация изложена на 300 листах машинописного текста, иллюстрирована 85 рисунками и 31 таблицей. Работа включает введение, 6 глав, выводы, практические рекомендации и

приложения. Глава «Обзор литературы» в диссертационной работе отдельно не выделена, поскольку каждая глава представляет отдельный предмет исследования и соответственно содержит обзор литературных источников. В завершение представлен общий список 289 использованных источников, в том числе 158 иностранных; 4 приложения, включая глоссарий из 52 терминов.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** даны определения ключевых понятий, обоснована актуальность работы, определены ее цели, сформулированы задачи исследования, показаны научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту, уровни апробации и внедрения.

**В первой главе** рассмотрены методология, организация, этапы, и материалы исследования. Методология исследования построена на принципах анализа сложных, многофункциональных и многоуровневых систем, к которым относится система здравоохранения. Исследование таких систем предусматривает следующую последовательность: 1) анализ результатов деятельности системы; 2) выявление проблем в системе; 3) анализ имеющегося опыта решения выявленных проблем; 4) формирование рекомендаций по реформированию системы с целью улучшения результатов. В соответствии с этими принципами были сформированы и выполнены этапы научного исследования.

**1 этап (2007 г.):** составление программы и плана исследования. Были определены результирующие показатели деятельности системы здравоохранения и показатели, в соответствии с которыми анализируется сама система здравоохранения в разрезе ее структуры, основных функций и уровней (макро, мезо и микро). Выбран временной интервал для анализа показателей с 1985 по 2009 г., поскольку именно в этот период произошло изменение экономических принципов деятельности российского государства — переход от плановой экономики к рыночной.

**2 этап (2008 г.):** были проанализированы и оценены показатели здоровья населения РФ (или результаты деятельности системы здравоохранения РФ) и факторы, влияющие на здоровье.

**3 этап (2008-2009 гг.):** выявлены ключевые проблемы системы здравоохранения и причины этих проблем, определено влияние демографических и социально-экономических изменений, которые могут сказаться на деятельности отрасли в будущем.

**4 этап (2009 г.):** был оценен опыт развитых стран и РФ по решению проблем, выявленных в системе здравоохранения РФ. На этом этапе также были проанализированы имеющиеся предложения по ее реформированию.

**5 этап (2010 г.):** были обобщены результаты проведенного исследования, на основании которых сформулированы цели Стратегии развития здравоохранения РФ, определены необходимый объем финансирования, задачи и механизмы, а также показатели для оценки эффективности ее реализации. Оценен возможный эффект от реализации Стратегии и представлены рекомендации по ее внедрению. Общая схема исследования представлена в табл. 1.

Таблица 1 «Общая схема исследования»

**Цель работы:** научно обосновать и сформулировать Стратегию развития здравоохранения РФ

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать демографические показатели и показатели здоровья населения Российской Федерации за последние 30 лет и выявить факторы, повлиявшие на состояние здоровья населения РФ.
2. Проанализировать состояние и эффективность деятельности системы здравоохранения за последние 20 лет и определить факторы, которые влияют на деятельность системы здравоохранения, включая ожидания заинтересованных сторон.
3. Изучить уроки реформирования здравоохранения РФ и зарубежных стран, а также предложения по модернизации здравоохранения РФ.
4. Сформулировать цели, необходимый объем финансирования, задачи и механизмы реализации Стратегии.
5. Определить возможный экономический эффект от реализации Стратегии.

**Объект исследования:** население и система здравоохранения РФ

**Методы исследования, сбора и обработки статистического материала:**

Классифицирование. Анализ и сопоставление: в динамике, между субъектами РФ, в сравнении с другими странами. Построение

корреляционных зависимостей различных показателей. Оценка реформ на соответствие установленным целям. Прогностический анализ. Экстраполяция. Моделирование различных вариантов развития здравоохранения. Экспертные оценки.

**Источники информации:**

Федеральные законы РФ. Нормативно-правовые и информационные документы Правительства РФ, Минздравсоцразвития РФ, Федерального фонда ОМС и региональных органов управления здравоохранением. Статистические базы данных (за последние 30 лет): Росстата, Всемирной организации здравоохранения, ОЭСР. Официальные отчеты и публикации о деятельности систем здравоохранения развитых стран. Аналитические материалы ВОЗ, ОЭСР, научные публикации. Всего проанализировано 289 источников информации, из них 158 на английском языке.

**Объем исследования:**

<p>Показатели, характеризующие демографию и здоровье населения:</p> <p>Более 40 показателей в динамике с 1985–1990 по 2008 г. и в сравнении с «новыми» и «старыми» странами ЕС и странами ОЭСР в среднем</p>	<p>Показатели, характеризующие систему здравоохранения:</p> <p>Более 120 показателей в динамике с 1990–1995 по 2008 г. и в сравнении со странами ОЭСР в среднем. Построено 5 корреляционных соотношений. Отдельно проанализированы 13 субъектов РФ</p>	<p>Факторы, которые будут влиять на развитие здравоохранения до 2020 г.:</p> <p>Более 16 показателей. Рассчитаны прогнозы финансовых поступлений в систему здравоохранения по различным сценариям</p>
--	--	---

Методология анализа системы строилась с учетом рекомендаций ВОЗ, методик интегральной оценки деятельности систем здравоохранения различных стран (Великобритания, Нидерланды, США, Франция и др.), а также научных работ по исследованию систем здравоохранения. Особое внимание уделялось сопоставимости данных, для чего использовалась единая методика расчета показателей.

**Во второй главе** проанализированы и оценены демография и состояние здоровья населения РФ, а также причины, повлиявшие на эти показатели. Было выявлено, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России с 2006 г. начала заметно расти и составила в 2008 и 2009 гг. 67,9 и 68,9 года соответственно (рис. 1). Тем не менее она остается низкой — на 6,1 года меньше, чем в «новых» странах Евросоюза (ЕС), и на 11,9 года меньше, чем в «старых» странах ЕС. Этот показатель также на 1,2 года меньше, чем был в Советском Союзе в 1985–1986 гг.

Общий коэффициент смертности (ОКС), или число умерших в расчете на 1 тыс. населения, хотя и уменьшается ежегодно, но в 2009 г. этот показатель был в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС и в 1,6 раз выше, чем в «старых» странах ЕС. В 1986 г. смертность населения в РФ была на уровне «старых» стран ЕС.

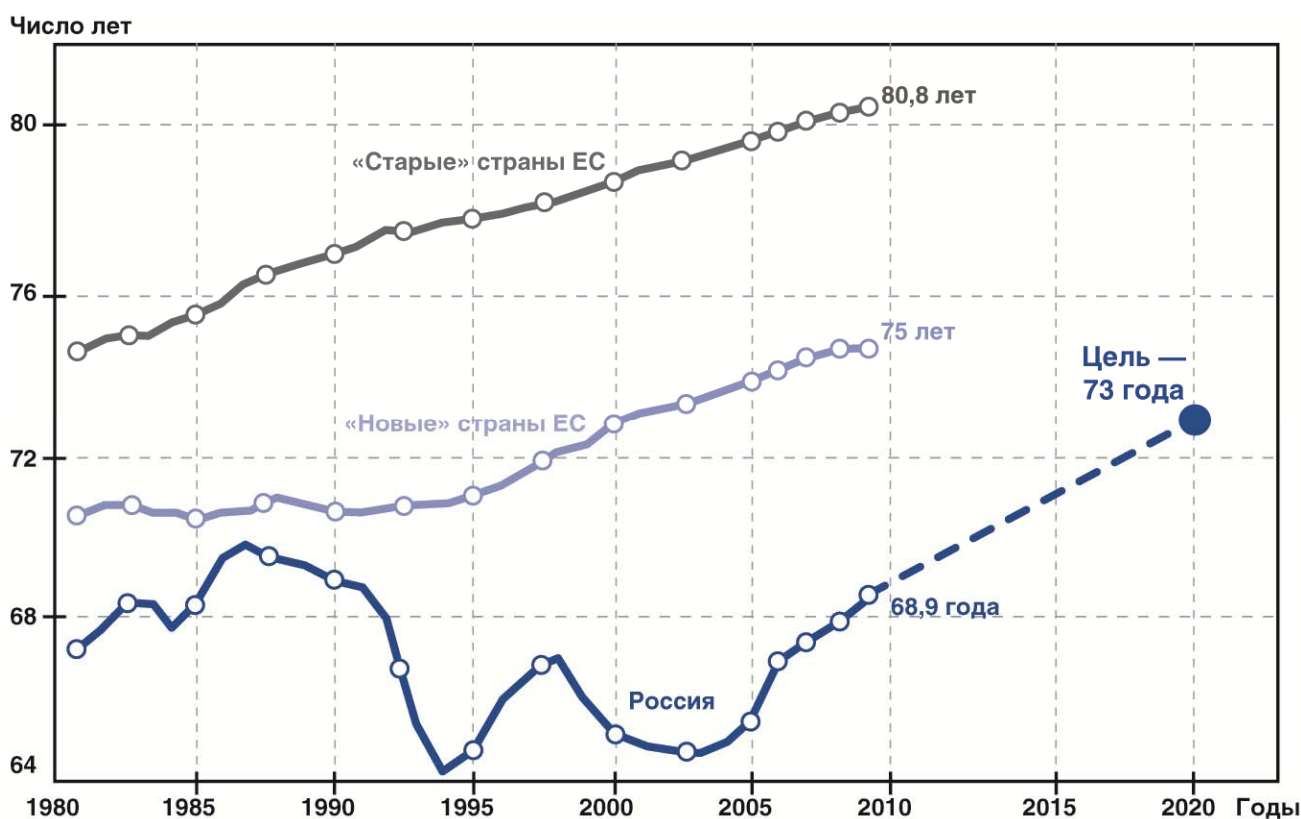


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

В РФ имеют место низкие показатели рождаемости и высокие показатели младенческой смертности. Коэффициент рождаемости в нашей стране в период с 1987 по 1999 г. уменьшился более чем в 2 раза (с 17,2 до 8,3 родившихся живыми на 1 тыс. населения в год),

однако в 2007–2009 гг. он заметно вырос и достиг соответственно 11,3, 12,1 и 12,4, превысив данный показатель в странах ЕС. Эта положительная динамика связана как с увеличением числа женщин детородного возраста, так и с демографической политикой и мероприятиями, реализованными в национальном проекте «Здоровье» в 2006–2008 гг.

Неуклонный рост доли пожилого населения диктует необходимость развития медико-социальной службы или услуг по длительному уходу за пожилыми пациентами и инвалидами, не способными к самообслуживанию. Двадцать лет назад дети в возрасте до 15 лет составляли около 25% населения России, а на долю лиц старше трудоспособного возраста приходилось 18%. Сейчас доля детей до 15 лет снизилась до 16%, а доля лиц старше трудоспособного возраста возросла до 22%.

Рост заболеваемости и высокие показатели инвалидности населения показывают, что необходимо увеличить доступность медицинской помощи, особенно в амбулаторных условиях. Так, всего в 1990 г. было зарегистрировано 158 млн случаев заболеваний, в 2007 г. — 220 млн, а в 2008 г. — 222 млн, т.е. рост составил 40%, а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 46%.

Хотя общий производственный травматизм в России начиная с 1990 г. постоянно снижается и составил в 2008 г. всего 58 тыс. случаев, или 2,5 случая на 1000 работающих<sup>1</sup>, число пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом остается высоким и составляет 0,109 на 1000 работающих, или 1,8 на 100 тыс. населения. При этом российский показатель травматизма на производстве со смертельным исходом в 1,6 раза превышает аналогичный показатель в «старых» странах Евросоюза и в 1,2 раза — в «новых» странах. Все это говорит о том, что особое внимание в Стратегии развития здравоохранения необходимо уделить вопросам охраны здоровья работников на производстве.

Установлена главная причина ухудшения здоровья населения РФ — нездоровый образ жизни. Распространенность табакокурения среди взрослого населения РФ составляет 40%, что практически в 2

---

<sup>1</sup> Расчет показателя сделан по наиболее травмоопасным отраслям экономики.

раза выше, чем в странах ОЭСР (24%). Потребление алкоголя на душу населения в пересчете на чистый спирт в РФ также в 2 раза выше, чем с этих странами, 18 и 9 л соответственно. Несмотря на высокое распространение факторов риска среди населения РФ, государством не проводились межведомственные программы, направленные на улучшение здоровья населения. Вместе с тем активная государственная политика (в том числе ограничительные и запретительные меры), направленная на улучшение образа жизни населения, может привести к существенному улучшению здоровья населения в короткие сроки (пример — антиалкогольная кампания в СССР и программы, проводимые в развитых странах).

На рис. 2 представлен темп изменения (прироста/спада) валового внутреннего продукта (ВВП) и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (за 100% принят 1991 г.).

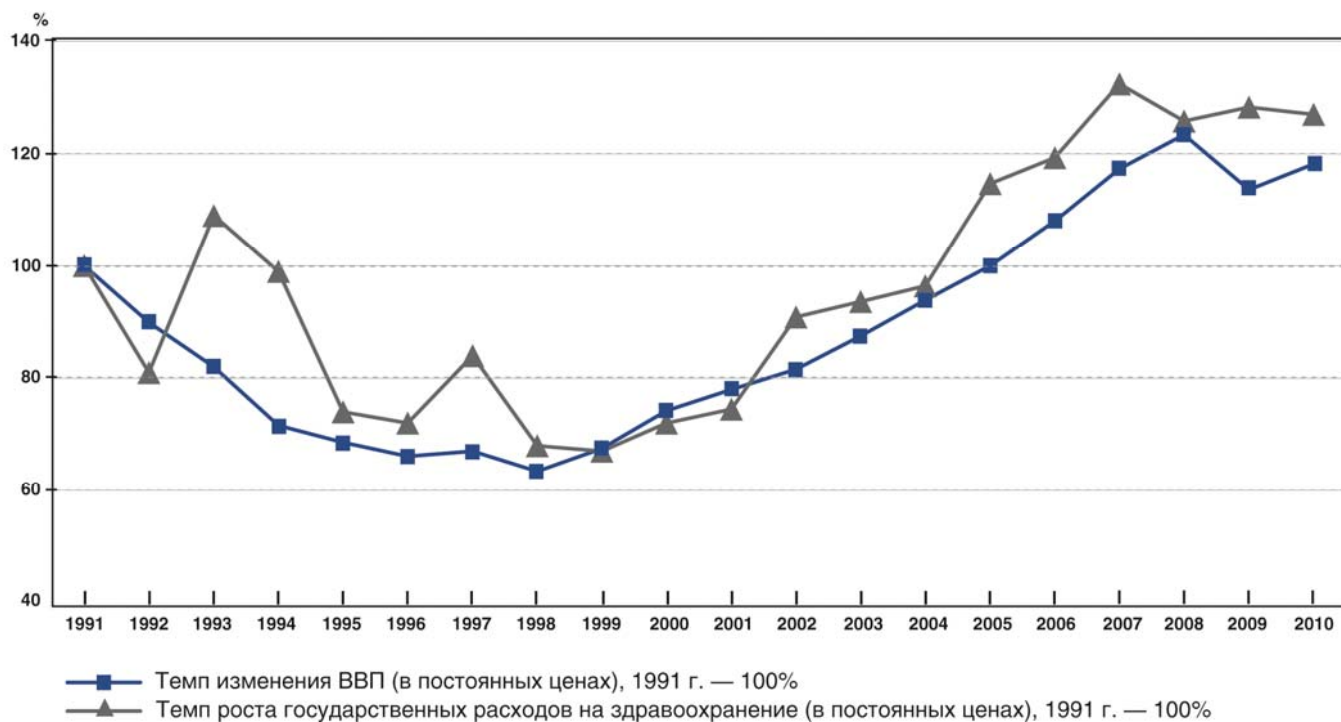


Рис.2. Изменение ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1991 г. — 100%).

Из рисунка видно, что только к 2005 г. уровень финансирования здравоохранения РФ превысил в сопоставимых ценах уровень 1991 г. При сравнении темпов изменения ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (1991 — 100%) видно, что в период 2005–2007 гг. темп роста затрат



на здравоохранение был на 30% выше, чем темп роста ВВП. Однако уже в 2008 г. расходы на здравоохранение снизились по отношению к 2007 г. и в последующие 2009–2010 гг. перестали расти.

В РФ сложилась крайне высокая степень неравенства в распределении национального дохода между различными группами населения. Для анализа распределения доходов (национального богатства) между различными группами населения страны было разбито на 100 одинаковых по численности групп (или на 1% группы) в порядке возрастания их денежных доходов. 100-я группа – самая богатая из богатых (или 1% населения страны) с учетом незадекларированных доходов имеет не менее 50–90% от официального дохода всего остального населения страны. Таким образом, необходимы условия для выравнивания этих доходов через систему прогрессивного налогообложения (сегодня в РФ существует плоская шкала подоходного налога и потолок оплаты тарифов страховых взносов от ФОТ в 415 тыс. руб. в год) и путем предоставления населению доступной медицинской помощи по ПГГ.

Еще один фактор, повлиявший на ухудшение здоровья трудоспособного населения, — это занятость на производствах с условиями труда, не отвечающими гигиеническим нормам. По данным Росстата (2008), с 1990 по 2008 г. доля таких работников возросла в 1,3–2 раза в промышленном производстве (в зависимости от вида производства) и в 3,8 раза среди работников транспорта.

**В третьей главе** проанализированы состояние и деятельность системы здравоохранения РФ. Анализ проводился по функциям системы здравоохранения: финансирование, обеспечение материально-техническими и кадровыми ресурсами, организация медицинской помощи, управление системой здравоохранения.

Выявлено недофинансирование государственной (общественной) системы здравоохранения не менее чем в 1,6 раза. В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на здравоохранение в РФ в 1,7 раза меньше, чем в странах ОЭСР в среднем, соответственно 3,8 и 6,5%. В абсолютных показателях (\$ППС) на душу населения в год государственные расходы на здравоохранение в РФ в 3,4 раза меньше, чем в странах ОЭСР (1 \$ППС равен 16 руб. в 2009 г.). В Советском Союзе в 1960–1970 гг. расходы на

здравоохранение составляли 150 и 155 \$ППС соответственно, что было примерно на уровне США и развитых стран Европы в те годы.

Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами расходах на Программу государственных гарантий (ПГГ) в 2009 г. дефицит составил 384,6 млрд руб. в 75 субъектах РФ. Это означает, что имеется 30% дефицит средств, как собираемых на уровне региона, так и поступающих из центральных источников. Последнее доказывает неэффективность существующей системы выравнивания финансового обеспечения регионов на федеральном уровне (до 2010 г. на этом уровне собиралось только 38% всех общественных средств на здравоохранение).

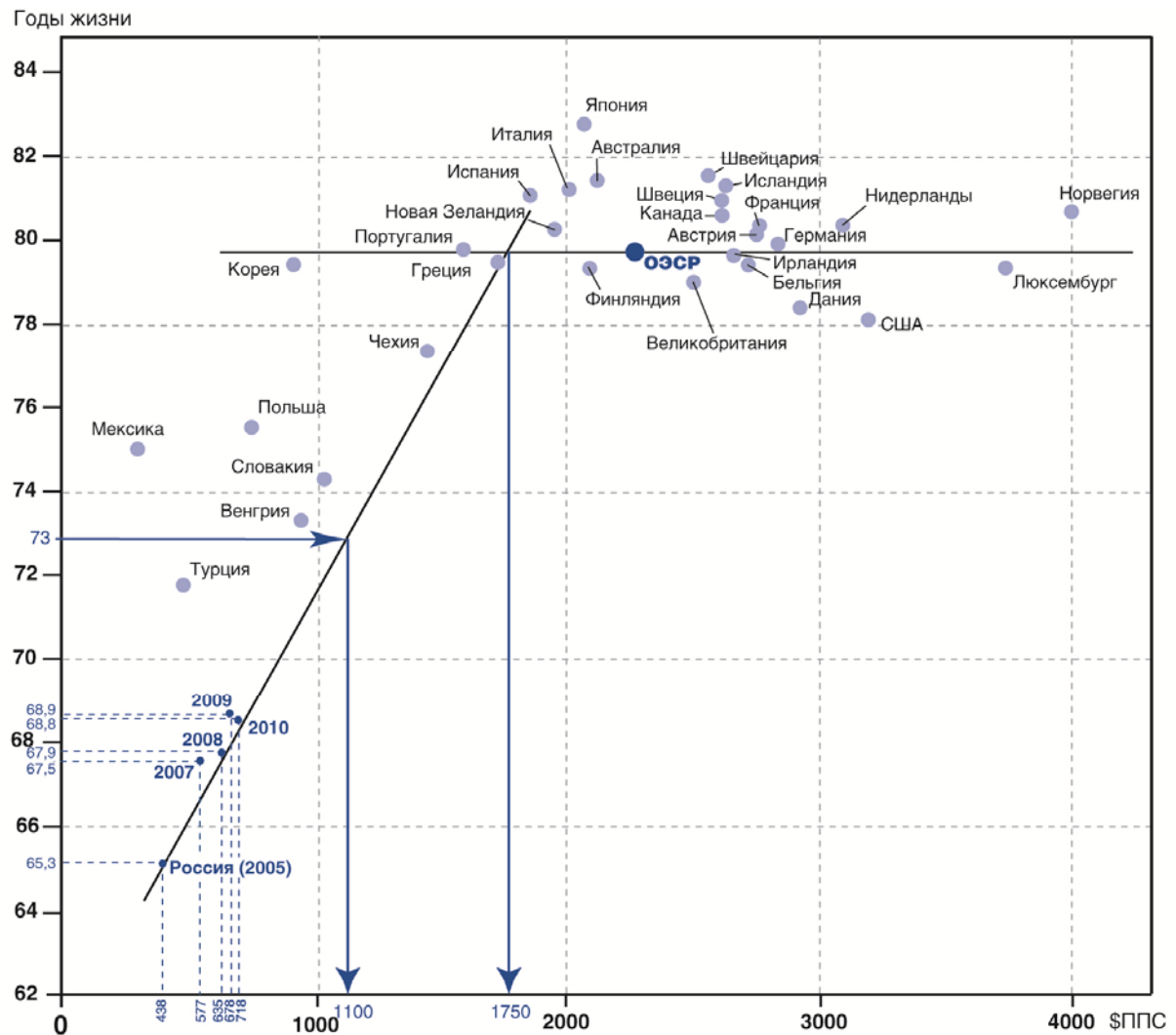


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год (страны ОЭСР — 2008 г., РФ — прогноз 2010 г.)

Выявлена прямо пропорциональная зависимость между показателями здоровья населения и подушевым государственным финансированием здравоохранения. На рис. 3 представлена зависимость показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год. Видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1750 \$ППС существует прямо пропорциональная зависимость ОПЖ от этих расходов. Как следует из этого рисунка, для достижения ОПЖ в 73 года необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были не менее чем 1100 \$ППС.

Аналогичная зависимость выявлена между уровнем смертности в 82 субъектах РФ (Чукотский АО исключен) и подушевыми расходами на ТППГ в год. Финансирование менее чем 7 тыс. руб. на душу населения в год, имеющееся в большинстве регионов РФ (рис. 4), настолько мало, что не влияет на общий коэффициент смертности, и только увеличение финансирования с этого уровня начинает приводить к снижению ОКС (исключение составляют северокавказские республики, где значительно ниже потребление алкоголя, чем в среднем по РФ).

Из рис. 4 видно, что для достижения общего коэффициента смертности, равного 11,0 на 1 тыс. населения, финансирование по ТППГ должно быть увеличено не менее чем вдвое, или до 16 000 руб., что соответствует 1000 \$ППС. С учетом финансирования федеральных учреждений здравоохранения и медицинских вузов эта сумма увеличится на 10% и достигнет 1100 \$ППС, что точно совпадает с данными на рис. 3.

Необходимость удвоения финансирования здравоохранения потребует дополнительных источников. Увеличение тарифов страховых взносов на 2% (всего 5,1% от фонда оплаты труда), предусмотренное с 2011 г., обеспечит только 15% прирост средств на ППГ. Дальнейшее увеличение этих тарифов крайне нежелательно из-за усиления налоговой нагрузки на фонд оплаты труда, а также на малый и средний бизнес.

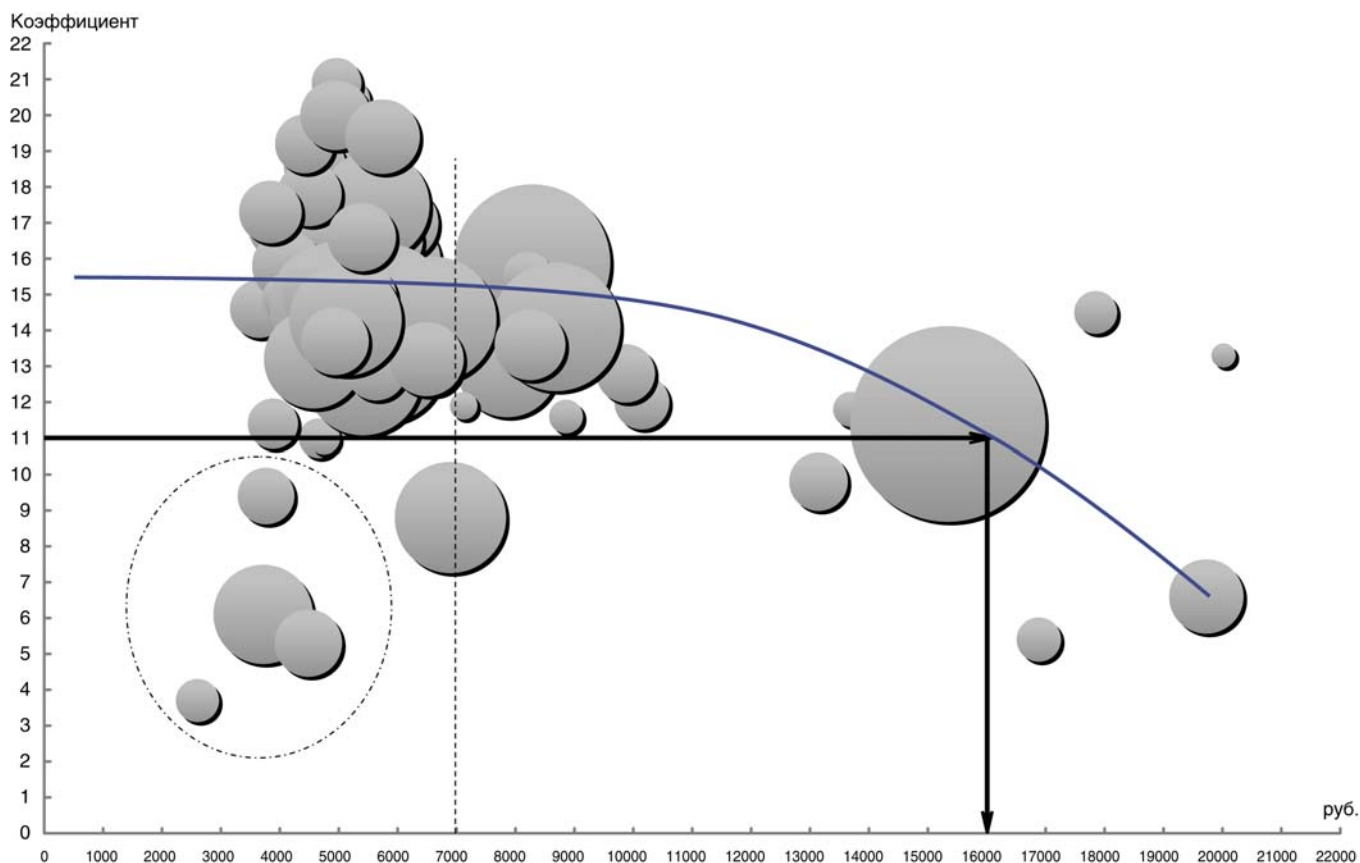


Рис. 4. Зависимость между подушевыми расходами на ТПГГ в год и ОКС (2009 г.)

Платные услуги населению РФ также не могут стать существенным источником дополнительных доходов системы здравоохранения, так как уже сегодня доля расходов населения на здравоохранение превышает таковую в экономически развитых странах (соответственно 31% и 27% от общих расходов). Более того, сегодня 60% населения РФ проживает на доходы менее 15 тыс. руб. в месяц и в условиях существенного роста расходов на другие первоочередные статьи семейного бюджета: ЖКХ, продукты питания, транспорт и т.д.

В этих условиях дополнительными источниками могут стать прогрессивная шкала подоходного налога, например, с заработной платы в 100 тыс. руб. в месяц (доведя этот налог до 50% со сверхдоходов в размере 1 млн руб. и более в месяц, как это принято в странах ЕС, США, Японии, Китае, Южной Кореи и др.); увеличение акцизов на алкоголь и табак в 3–4 раза; нормирование отчислений регионов на здравоохранение в доле ВРП (не менее 7%). Все эти меры позволят вложить дополнительно около 1 трлн руб. в

систему здравоохранения. Если такое финансирование не обеспечить, то, скорее всего, общий коэффициент смертности останется на уровне 14,3 на 1 тыс. населения и выше до 2020 г. вместо вероятного снижения этого показателя до 11,0. Разница на базе 10 лет составит 2,5 млн жизней, или около 1,7% населения.

В здравоохранении РФ также имеются следующие проблемы:

▪ **Дефицит, неоптимальная структура и неудовлетворительная квалификация медицинских кадров.** Обеспеченность врачами без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,4 на 1000 населения; что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР, поэтому утверждения некоторых экспертов об избытке врачей в РФ необоснованны. Более того, в ближайшее 5 лет в РФ прогнозируется дефицит медицинских кадров, связанный с их низкой оплатой труда – она на 21% ниже, чем в среднем по РФ, причем оплата труда врачей на 10% ниже, чем в среднем по стране, соответственно 16,8 и 18,8 тыс. руб. в месяц. В то время как в «новых» странах ЕС, имеющих аналогичные ВВП на душу населения (18 тыс. \$ППС в год), это соотношение не ниже, а выше в 1,5–2 раза (рис. 5). Более того, в РФ наблюдается неоптимальная структура медицинских кадров по сравнению с развитыми странами: обеспеченность врачами первичного звена в 1,7 раза ниже; соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1:2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3. Необходимо также отметить неоптимальное распределение медицинских кадров – в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ, в 4 и 2 раза соответственно.

Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами: например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, смертность больных с бронхиальной астмой и др. в 2–3 раза выше, чем в странах ОЭСР (см. табл. 2 в тексте диссертации).

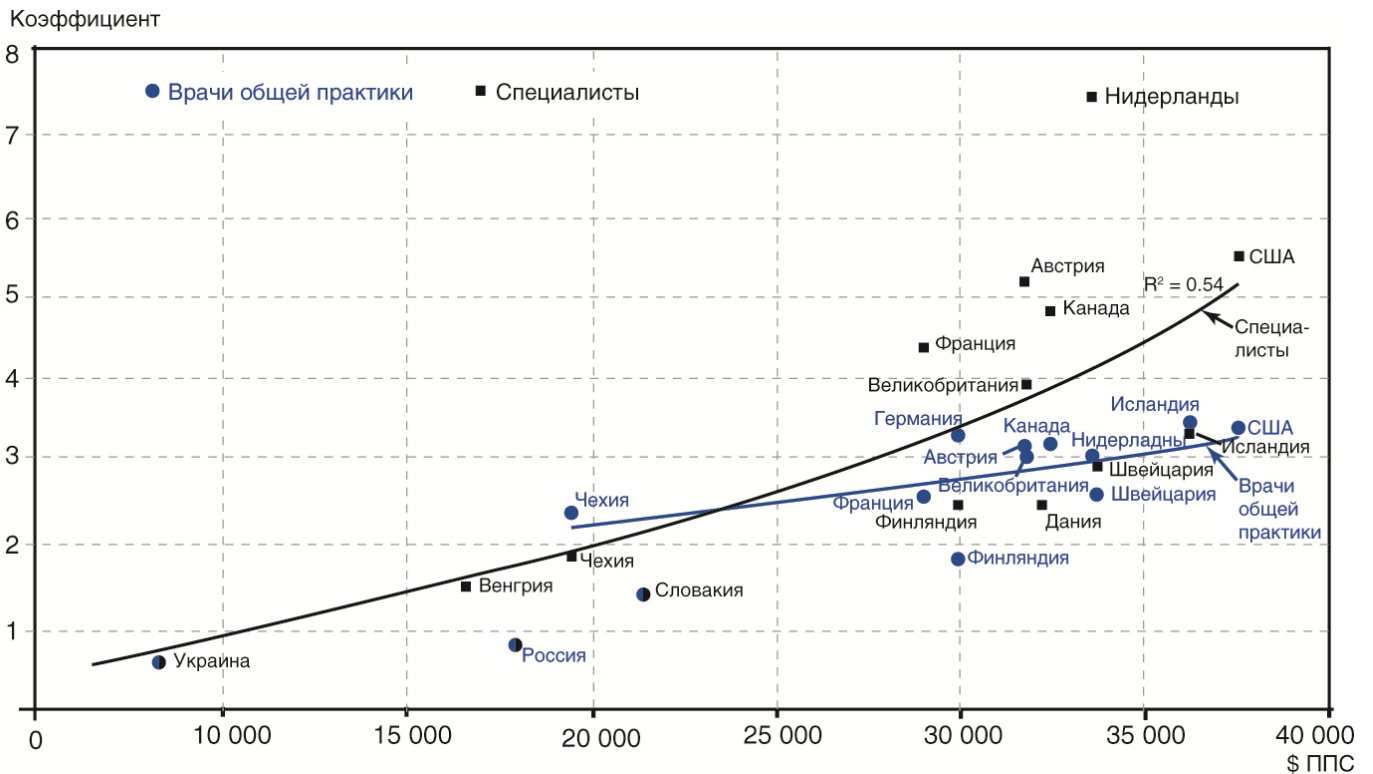


Рис. 5. Зависимость отношения заработной платы врачей (врачи общей практики и специалисты) к средней зарплате по стране от ВВП на душу населения в год

■ **Несоответствие объемов медицинской помощи по ПГГ реальным потребностям населения РФ в медицинской помощи.** Например, с 1999 по 2008 г. нормативы объемов медицинской помощи не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения в период с 1990 по 2008 г. увеличилась на 46%, а доля пожилого населения возросла на 4%. Одновременно изменились и технологии оказания медицинской помощи – появились лекарственные средства, позволяющие провести лечение многих заболеваний амбулаторно (антигипертензивные, противоязвенные и др.). В ПГГ имеет место крайне недостаточное (в 3–4 раза) обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях. Так, подушевые расходы на лекарственные средства из государственных источников в амбулаторных условиях (без учета расходов на лекарственные средства в стационарах) в РФ в 2009 г. составили 45 \$ППС, в странах ОЭСР — 230 \$ППС, что в 5,5 раза больше. В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,23%, в развитых странах в 3,9 раза больше —

0,9%. Как следствие — рост запущенных случаев заболеваний и нерациональное использование более дорогостоящих видов лечения.

▪ **Неоптимальная структура коечного фонда.** Число коек интенсивного лечения в 2 раза выше, чем в развитых странах (7,8 и 3,8 на 1000 населения соответственно), а доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала (0,35 на 1000 населения). Обеспеченность же койками длительного ухода в РФ в 2 раза ниже, чем в странах ОЭСР (4 и 8 на 1000 населения соответственно). Имеет место также неудовлетворительное материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения: например, обеспеченность компьютерными томографами на 1 млн населения в 4,1 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (5,6 и 23 соответственно).

▪ **Неэффективное управление системой здравоохранения,** которое проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов. Во-первых, в РФ отсутствует система оценки деятельности руководителей здравоохранения всех уровней (в том числе ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности и др. Имеющиеся отчеты Минрегионразвития РФ об эффективности деятельности органов исполнительной власти (в части здравоохранения) не отражают реальной картины в регионах, так как сравнение проводится по устаревшим (времен Советского Союза) и недифференцированным нормативам, например без разделения коек по уровню интенсивности и врачей на врачей первичного контакта и специалистов. Во-вторых, неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо развития кадрового потенциала и государственных закупок лекарственных средств. Так, вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение оплаты труда медицинских работников и повышение их недостаточной квалификации), от которых определяющим образом

зависит эффективность системы здравоохранения, были просто ничтожно малы и составили соответственно только 21 и 0,2% от общего объема средств приоритетного национального проекта «Здоровье». В-третьих, в ряде случаев имеет место низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении. Например, в законе «Об обязательном медицинском страховании», предложенном Минздравсоцразвития России, акцентируются меры по расширению прав пациента в выборе врача и медицинской организации без учета территориального принципа прикрепления населения, этапов и уровней оказания медицинской помощи пациентам, что приведет к дополнительным издержкам в системе. При принятии решений недостаточно используется мнение профессиональной медицинской общественности. Например, утверждением порядков и стандартов медицинской помощи занимается Комиссия, в состав которой вошли практически только одни чиновники, кроме одного — руководителя академического клинического учреждения. В-четвертых, недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов. Все это приводит к неэффективному расходованию государственных ресурсов.

**Прогноз изменения демографических, эпидемиологических, экономических, социальных и экологических факторов**, влияние которых скажется на системе здравоохранения до 2020 г., показал, что главными вызовами системе здравоохранения до 2020 г. станут высокая смертность от неинфекционных заболеваний (связанная с высокой распространенностью факторов риска); сокращение численности граждан трудоспособного возраста на 11 млн, увеличение доли пожилого населения до 26% и сокращение числа женщин детородного возраста на 15%.

На здравоохранении также скажутся влияние экономического кризиса, дефицит рабочей силы и необходимость продления пенсионного возраста до 65 лет (минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах). Предложения экспертов по компенсации дефицита трудоспособного населения



путем продления пенсионного возраста логичны, но не могут быть реализованы, поскольку сегодня до 65 лет доживают менее 50% мужчин. Показано, что если к 2020 г. продлить ожидаемую продолжительность жизни мужчин на 5 лет, то до 65 лет будут доживать уже почти 60% мужчин. Только в этом случае можно поднимать вопрос о продлении трудоспособного возраста в РФ.

При формировании Стратегии необходимо учесть все эти вызовы, а также ожидания заинтересованных сторон, главными из которых являются: для пациентов — уверенность в качестве предоставляемой медицинской помощи, вежливость и внимание медицинского персонала, снижение очередности и платности медицинских услуг; для медицинских работников — увеличение заработной платы и расширение возможностей для непрерывного повышения квалификации.

**В четвертой главе** изложены анализ и оценка реформ здравоохранения, проводимых в России (включая советский период) и в зарубежных странах (страны ОЭСР и Китай). Для этого были сформулированы 20 основных вопросов, по которым приведен как позитивный опыт (достижение лучших результатов), так и примеры решений, приводящих к негативным последствиям для здоровья населения. В завершение каждого вопроса были сформулированы уроки вышеуказанных реформ и сделаны рекомендации для РФ. Каждое из предложений было оценено с точки зрения его влияния на достижение ключевых целей развития системы здравоохранения, поставленных Правительством РФ. Главные уроки для здравоохранения РФ:

- Чем выше доля государственного (общественного) финансирования здравоохранения, тем выше удовлетворенность населения медицинской помощью и выше ее доступность. Снижение доли общественного финансирования здравоохранения приводит к ухудшению показателей здоровья населения. Оптимальный уровень государственных расходов — выше 75% от всех расходов на здравоохранение и не менее 6,6% ВВП.

- Для повышения качества медицинской помощи (при прочих равных условиях — уровень финансового и материально-технического обеспечения) главным условием является развитие

непрерывного медицинского образования путем обязательного ежегодного накопления установленного числа кредитов (часов образовательной активности), а также обязательная аккредитация МО по установленным стандартам, что особенно важно в условиях перехода на уведомительный характер лицензирования МО в РФ.

▪ Важнейшим уроком ПНП «Здоровье» стало понимание того, что политическая воля — фактор, стимулирующий системные преобразования в отрасли. Даже такие небольшие ежегодные вложения в этот проект (увеличение на 0,38% ВВП, или 10% от общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года (с 2006 по 2009 г.) привели к позитивным изменениям в состоянии здоровья населения — смертность по сравнению с 2005 г. сократилась на 12%, рождаемость возросла на 18%, продолжительность жизни возросла на 3,6 года. Все это позволило дополнительно сохранить 825 тыс. жизней граждан РФ. Этот проект показал эффективность увеличения государственного финансирования здравоохранения при условии жесткого контроля со стороны первых лиц государства.

Анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ показал, что в них отсутствуют положения о механизмах реализации задач, не установлены конкретные объемы финансирования здравоохранения, размеры увеличения заработной платы медицинских работников и лекарственного обеспечения населения, не акцентируются развитие НМО и повышение эффективности управления и отчетности в здравоохранении.

**В пятой главе** на основании проведенного анализа сформулированы цели, задачи и механизмы реализации Стратегии развития здравоохранения РФ. Главные **цели** по улучшению здоровья населения Российской Федерации уже поставлены в правительственных документах<sup>2</sup>: увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет и снижение общего коэффициента смертности до 11,0. Дополнительно необходимо поставить следующие цели: снижение коэффициента младенческой

---

<sup>2</sup> «Концепция демографического развития до 2025 г.» и «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.».

смертности до 5,0; повышение удовлетворенности населения медицинской помощью до 80%; увеличение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение до 80%.

В главе обоснованы основные принципы Стратегии, сформулировано **39 задач по 5 функциям** системы здравоохранения (финансирование, кадровое и материально-техническое обеспечение, организация медицинской помощи, управление отраслью и координация межведомственных программ по здоровому образу жизни). К каждой задаче предложены механизмы ее решения и индикаторы для контроля с указанием целевого значения к 2015 и 2020 гг. Ключевые задачи Стратегии изложены в выводах.

Предложены также порядок обсуждения и внедрения Стратегии в практику, пути нивелирования возможных рисков, в том числе в условиях последствий экономического кризиса.

**В шестой главе** смоделирован экономический эффект, который будет достигнут в результате реализации Стратегии развития здравоохранения и оценена рентабельность дополнительных вложений в систему здравоохранения. Доказано, что улучшение здоровья населения (опосредованное через систему здравоохранения) является фактором, способствующим развитию экономики, обеспечению национальной безопасности, социальной и политической стабильности в стране, а также высокорентабельным для государства с точки зрения финансовых вложений.

Прямой вклад от улучшения здоровья населения в экономику складывается из следующих составляющих: 1) снижения смертности трудоспособного населения; 2) снижения числа дней нетрудоспособности; 3) продления трудоспособного возраста населения. Ниже перечислены расчеты экономической выгоды от всех трех составляющих.

Если снизить коэффициент смертности трудоспособного населения с 2008 по 2020 г. в 2 раза, то сохранятся жизни около 2 млн человек. Дополнительный вклад в ВВП этих людей за указанный период суммарно составит 1,059 трлн руб.

Снижение числа дней нетрудоспособности в период с 2008 по 2020 г. на 25% (т.е. с 361 млн до 270 млн дней в год) даст

дополнительный доход в ВВП в размере 1,215 трлн руб. за этот период, или 2,9% ВВП 2008 г.

Продление активного трудового возраста мужчин и женщин после наступления установленного сегодня пенсионного возраста — главный резерв экономического роста Российской Федерации; это позволит внести дополнительный вклад в ВВП страны в размере 32,5 трлн руб. Продление пенсионного возраста особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры.

Для улучшения здоровья населения потребуется поэтапное увеличение финансирования здравоохранения как минимум до 6% ВВП к 2012 г. Общий объем средств, который потребуется для финансирования здравоохранения до уровня 6% ВВП в период с 2008 по 2020 г., составит 11,33 трлн руб. (в ценах 2008 г.). Это значение рассчитано как разница между 2 вариантами: I вариант — поэтапный рост финансирования здравоохранения до 6% ВВП к 2012 г. с последующим сохранением этого уровня финансирования; II вариант — финансирование на уровне 3,5% ВВП. Можно рассчитать рентабельность (окупаемость издержек), которая является показателем экономической эффективности производства и рассчитывается путем отношения прибыли к сумме произведенных затрат. Рентабельность вложений в здравоохранение России будет равняться 200%  $[(34,8 - 11,33) / 11,33 \times 100\% = 207\%$ , где 34,8 трлн руб. — доходы от вложений в здравоохранение].

## **Выводы**

1. Большинство демографических показателей и показателей здоровья населения РФ, несмотря на некоторое улучшение, которое началось с 2005 г., **значительно хуже**, чем в «новых» и «старых» странах ЕС. Главные **причины ухудшения здоровья** населения России связаны с нездоровым образом жизни населения (распространенность алкоголизма и табакокурения в РФ в 2 раза выше, чем в странах ОЭСР); с недофинансированием государственной системы здравоохранения и несправедливым распределением национального богатства среди бедных и богатых групп населения; неудовлетворительными условиями труда на

производстве (77% предприятий не удовлетворяют санитарно-гигиеническим нормам), упразднением производственной медицины, а также с отсутствием и реализацией массовых государственных межведомственных программ по профилактике заболеваний.

2. Главная проблема российского здравоохранения — недофинансирование из государственных источников в **1,6 раза** и несправедливое распределение общественных средств на бесплатную медицинскую помощь между регионами. Кроме того, существуют следующие ключевые проблемы здравоохранения РФ: дефицит, диспропорции в структуре и неудовлетворительная квалификация медицинских кадров; несоответствие предоставляемых объемов медицинской помощи возросшим потребностям населения и современным технологиям оказания медицинской помощи; в том числе недостаточное обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях; неоптимальная структура коечного фонда — переизбыток коек интенсивного лечения и недостаток коек реабилитации и длительного ухода; неэффективное управление, в том числе отсутствие стратегического планирования минимум на 10 лет и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов.

Главными внешними вызовами системе здравоохранения РФ до 2020 г. станут: **демографические** — высокая смертность от неинфекционных заболеваний; сокращение численности граждан трудоспособного возраста на 11 млн, увеличение доли пожилого населения до 26% и сокращение числа женщин детородного возраста на 15%; **экономические** — усиление неравенства в экономическом развитии регионов РФ, увеличение разрыва в размере доходов различных групп населения, дефицит рабочей силы и необходимость продления пенсионного возраста как минимум на 5 лет; **социальные** — нарастание бедности (в результате воздействия экономического кризиса, сокращения бюджетных расходов и роста тарифов на ЖКХ, цен на продукты питания, транспорт и др.).

3. Главными **уроками** реформирования зарубежного и российского здравоохранения являются: для достижения удовлетворительных показателей здоровья объем государственного финансирования здравоохранения должен составлять **не менее 6,6%**

**ВВП**; чем выше доля государственного (общественного) финансирования здравоохранения (**не менее 75%**), тем выше удовлетворенность населения медицинской помощью. Для повышения качества медицинской помощи необходимо развитие непрерывного медицинского образования (обязательное ежегодное накопление кредитов) и системы обязательной аккредитации МО взамен лицензирования. Важнейшим уроком ПНП «Здоровье» стало понимание того, что политическая воля — фактор, стимулирующий системные преобразования в отрасли и улучшение здоровья населения.

4. Установлено, что для достижения целей, поставленных Президентом и Правительством РФ по улучшению здоровья населения, необходимо:

- увеличить государственное финансирование здравоохранения **в 1,6 раза** по отношению к 2009 г., для чего необходимо установить дополнительные источники финансирования государственной системы здравоохранения (прогрессивная шкала налогообложения и страховых взносов, увеличение **в 3–4 раза** акцизов на алкоголь и табак, нормирование отчислений на здравоохранение регионов в доле ВРП);

- обеспечить **справедливое распределение** государственных средств между субъектами РФ путем централизации финансирования на федеральном уровне (до 80–90% средств).

5. **Направления и задачи Стратегии, по которым расходы должны быть увеличены в первую очередь:**

- повышение заработной платы медицинских работников **в 2 раза**, в том числе создание системы экономических стимулов и социальных льгот для привлечения врачей на наиболее дефицитные специальности;

- повышение инвестиций в медицинское образование и повышение заработной платы профессорско-преподавательского состава вузов **в 2,5 раза**, в том числе развитие непрерывного медицинского образования, дистанционных технологий обучения, обеспечение медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах;

- увеличение **в 3–4 раза** бесплатного лекарственного обеспечения большинства населения в амбулаторных условиях

путем включения данных расходов в Программу государственных гарантий (с применением системы соплатежей со стороны населения);

- увеличение инвестиций в 3-4 раза в массовые профилактические программы, в том числе на производствах с участием средств работодателей.

**6. Организационные механизмы, которые должны быть применены при реализации Стратегии:**

- адаптировать существующую (советскую) систему организации медицинской помощи к современным условиям путем обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи; развития территориального принципа прикрепления населения, этапов и уровней движения пациентов; развития школьной и производственной медицины (совместно с работодателями);

- обеспечить качество и безопасность медицинской помощи путем создания системы обязательной аккредитации МО (на базе системы лицензирования МО) и внедрения системы оценки КМП по международным показателям;

- реструктуризировать коечный фонд с выделением коек интенсивного лечения, коек восстановительного лечения и коек длительного ухода путем разработки стандартов оснащения, обеспечения персоналом и определения стандартов лечения по каждому виду;

- повысить эффективность управления путем внедрения рыночных инструментов управления (конкуренция между поставщиками медицинских услуг по критерию качества, дифференцированная система оплаты труда по единым критериям, утвержденным на федеральном уровне); расширения автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника и удвоения финансирования); а также путем усиления ответственности и публичной отчетности руководителей за реализацию целей и задач Стратегии (ежегодное опубликование доклада об эффективности и результативности деятельности системы здравоохранения на всех уровнях по международным показателям).

7. По расчетам, произведенным автором, обосновано, что увеличение финансирования и реализация Стратегии позволят к

2020 г. дополнительно сохранить **2,5 млн жизней российских граждан и обеспечить продление ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин минимум на 5 лет.** Только в этом случае возможно поэтапное увеличение пенсионного возраста на 5 лет (до 65 лет для мужчин и до 60 лет для женщин). **Рентабельность** дополнительных вложений государственных средств в здравоохранение **составляет 200%.** Это значит, что 1 рубль, дополнительно вложенный государством на эти цели, может обеспечить рост ВВП на 3 рубля.

Повышение доступности бесплатной медицинской помощи в условиях серьезного расслоения населения по уровню доходов и роста бедности сыграет важную роль в достижении социальной и политической стабильности в стране.



## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Улумбекова, Г.Э. Стандарты медицинской помощи. Характеристики, сравнительный анализ, целевые функции / Найговзина Н.Б., Сайткулов К.И. // Журнал «Проблемы управления здравоохранением». — 2004. — № 2. — С. 70–74. (ВАК)
2. Улумбекова, Г.Э. Анализ демографии показателей здоровья населения РФ в динамике с 1990 г. в сравнении с зарубежными странами и некоторые прогнозы до 2020 г. // Журнал «Репродуктивное здоровье детей и подростков». — 2010. — № 2. — С. 32–40. (ВАК)
3. Улумбекова, Г.Э. Анализ доступности лекарств в России и за рубежом // Журнал «Новая аптека: эффективное управление». — 2010. — № 4. — С. 48–49. (ВАК)
4. Улумбекова, Г.Э. Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для РФ. Уроки и рекомендации для России // Журнал «Экономика здравоохранения». — 2010. — № 3. — С. 30–34. (ВАК)
5. Улумбекова, Г.Э. Государственное регулирование цен на лекарства: мировой опыт, уроки и рекомендации для России // Журнал «Новая аптека: эффективное управление». — 2010. — № 4. — С. 53–56. (ВАК)
6. Улумбекова, Г.Э. Демография и показатели здоровья населения России // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 2. — С. 28–35. (ВАК)
7. Улумбекова, Г.Э. Здоровье населения в Российской Федерации: факторы риска и роль здорового питания // Журнал «Вопросы питания». — 2010. — Т. 79. — № 2. — С. 33–38. (ВАК)
8. Улумбекова, Г.Э. Здоровье населения и здравоохранение в России — анализ проблем и перспективы // Журнал «Общество и Экономика». — 2010. — № 2. — С. 32–63. (ВАК)
9. Улумбекова, Г.Э. Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан. Анализ проблем и перспективы // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. ХСІ. — № 3. — С. 297–308. (ВАК)
10. Улумбекова, Г.Э. Интегральная оценка эффективности деятельности системы здравоохранения Российской Федерации // Журнал «Проблемы управления здравоохранением». — 2010. — № 2 (51). — С. 6–13. (ВАК)
11. Улумбекова, Г.Э. Опыт государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за рубежом // Журнал «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины». — 2010. — № 3. — С. 43–47. (ВАК)

12. Улумбекова, Г.Э. Удел слаборазвитого государства: финансирование здравоохранения в России должно быть увеличено до 6% ВВП / Р.С. Акчурин // Финансово-экономический журнал: финансовый контроль. — 2005. — № 12 (49). — С. 44–49.
13. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение США: перспективы развития и уроки для России // Научно-практический журнал: Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 7. — С. 49–59.
14. Улумбекова, Г.Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 года // Журнал «Медицинское образование и профессиональное развитие». — 2010. — № 1. — С. 11–24.
15. Улумбекова, Г.Э. Главное — не навредить // Журнал «Российская Федерация сегодня». — 2010. — № 14. — С. 19–20.
16. Улумбекова, Г.Э. Модели общественного финансирования здравоохранения: зарубежный опыт // Журнал «Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза». — 2010. — № 4 (47). — С. 90–97.
17. Улумбекова, Г.Э. Рыночная медицина: мифы и реалии // Журнал «Российская Федерация сегодня». — 2010. — № 20. — С. 37–38.
18. Улумбекова, Г.Э. Обеспечивают ли госгарантии бесплатность медицины // Журнал «Российская Федерация сегодня». — 2011. — № 3. — С. 39–41.
19. Улумбекова, Г.Э. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Е.И. Полубенцева, К.И. Сайткулов // Брошюра. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2006. — 60 с.
20. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» // Монография. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — Тираж 2500 экз. — 592 с.
21. Улумбекова, Г.Э. Healthcare in Russia: how to cope with the current challenges // Монография. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — Тираж 500 экз. — 87 с.
22. Улумбекова, Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын // Учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — Тираж 3000 экз. — 544 с.
23. Улумбекова, Г.Э. Health and Healthcare in Russia Today and Tomorrow / O. Atkov // Руководство Russia: the challenges of transformation. — 2011. — P. 222–245.