# Реформа системы здравоохранения

**Содержание:**

**1.   Введение. Реформы здравоохранения. Как это понимать?**

**2.   В реформах - наше будущее**

**3.   Выдержки из совещание экспертов “Стратегии реформирования здравоохранения в восточной Европе”**

**3.1.     Первое совещание.**

**3.2.     Планы на будущее**

**4.   Здоровье – наше здоровье.**

**4.1.     Национальная стратегия в области охраны здоровья**

**4.2.     Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения**

**4.3.     Другие принципиальные проблемы реформ здравоохранения**

**4.4.     Основные направления государственной политики в области охраны здоровья**

**5. Заключение. Сетевые технологии в американском здравоохранении.**

**Литература.**

**Введение.**

|  |
| --- |
| **РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. КАК ЭТО ПОНИМАТЬ?** |

Нам выпало жить в эпоху перемен в социальном, политическом, экономическом устройстве в обществе, в стране, в мире. Хотим мы этого или нет, проклятье это или везенье, но, если уж перемен не избежать, хотелось бы, по крайней мере, проводить их разумно.

Во многих странах население неудовлетворено своим здравоохранением. И, что естественно, в этих странах делаются попытки свою медицину реформировать. Что при этом примечательно - тратит ли страна на здравоохранение 14% валового национального продукта или менее 1%, проблемы их схожи - как использовать имеющиеся средства наиболее эффективно.

Что же касается непосредственно реформ, то тут можно выделить два направления: первое - от свободы рынка медицинских услуг к большей плановости и нормируемости; второе, характерное для пост-социалистических стран - от планово-командной централизованной системы к внедрению элементов рыночного регулирования.

Россия, конечно, и тут идет своим "особым" путем. Но мировой опыт - положительный или отрицательный - надо, как минимум, знать или, как максимум, использовать.

В рамках разрабатываемой концепции реформы здравоохранения не лишним будет определиться, что целью и критерием управления системой здравоохранения должно быть качество медицинской помощи. Прежде чем отстаивать это предложение, хотелось бы договориться об определениях предмета обсуждения, учитывая представления наших и зарубежных специалистов общественного здравоохранения.

Медицинская помощь оказана качественно, если она соответствовала ожиданиям потребителя (внутреннего и внешнего), и ее результатом стало ожидаемое изменение состояния здоровья. Внутренний потребитель - это медработник, внешний - пациент.

Это определение качества позволяет правильно подойти к его оценке: качество соответствует своей стоимости. То бишь, господа, пропорционально финансовым и материальным ресурсам, выделяемым на здравоохранение, будет качество последнего. При этом проблема управления качеством превращается в проблему управления имеющимися ресурсами для улучшения состояния здоровья пациента или нации, если рассматривать проблему глобально.

"Управление качеством медицинской помощи" - понятие многогранное. Врачи, пациенты, администрация ЛПУ, комитеты здравоохранения территорий, территориальные фонды ОМС, финансисты, экономисты подразумевают под управлением качеством совершенно различные вещи - контроль качества, обеспечение качества, управление ресурсами, управление финансами и т.д. В этом есть рациональное зерно, т.к. действительно управление качеством - достаточно широкое понятие и касается всех перечисленных аспектов:

·     управление качеством включает оценку качества, обеспечение качества и контроль качества, основанные на сравнении со стандартами;

·     управление качеством возможно на различных уровнях - ЛПУ, районном, городском, территориальном, ведомственном, вневедомственном и т.д.

·     управление качеством тесно связано с эффектностью (делай то, что ты делаешь правильно) и эффективностью (делай то, что дает лучший результат);

·     управление качеством осуществляется через управление ресурсами, если иметь в виду, кроме распределения ресурсов, включая финансовые, еще и управление мотивацией и деятельностью медперсонала, т.к. это своя область знания и технологии - непрерывное управление качеством медицинской помощи в ЛПУ, когда коллектив рассматривается как единая группа, экономически заинтересованная в предоставлении качественной помощи. Классический подход, предложенный непререкаемым авторитетом в области реформирования медицины, американцем Донабедяном, предполагает для целей управления выделить в медицинской помощи три составляющие: структуру или ресурсы, процесс или технологию помощи и исход или результат.

Структура (ресурсы) - относительно стабильные составляющие (ЛПУ с персоналом и оборудованием, источники финансирования). Для обеспечения качества ресурсы должны соответствовать установленным стандартам.

Собственно оказание медицинской помощи пациенту называют процессом или технологией. Качество процесса устанавливается на основе того, что должно быть выполнено. А что касается межличностных отношений, то тут для врача действует правило: "Поступай так, как ты хотел бы, чтобы поступали с тобой".

Исходы или результаты - изменение текущего и будущего состояния здоровья пациента по сравнению с предыдущим. Здесь необходимо учитывать также социальные и психические атрибуты здоровья.

Управление качеством базируется прежде всего на оценке показателей результатов. Если они вышли за диапазон стандартов результатов, только тогда нужно разбираться, почему это произошло - сначала анализировать соблюдение стандартов технологии, а потом, при необходимости, соблюдение стандартов ресурсов.

Реформа здравоохранения в области управления качеством должна позволить проводить оценку медицинской помощи на основе ее промежуточных и конечных результатов, и оплачивать медицинскую помощь за ее качество в соответствии с этой оценкой. Если результат станет главным критерием оценки качества, то для всей системы и для каждого врача главной целью деятельности становится не объем услуг, не строгое соблюдение стандартов процесса, а положительные изменения состояния здоровья пациента.

Для всех составляющих устанавливаются стандарты, так как оценку и контроль возможно проводить только путем сравнения со стандартом. К настоящему моменту мы имеем необходимую законодательную базу, структуру, людские и материальные ресурсы, чтобы разработать на федеральном уровне необходимые стандарты.

Представляем концептуальное предложение: клинические институты должны разработать стандарты медицинской помощи на основе общепринятого в мире метода "доказательства практикой результативности и эффективности предлагаемых наукой технологий" - "дословно", "медицины, основанной на доказательствах". Эти институты должны иметь данные клинической эпидемиологии, российскую и зарубежную информацию о новейших технологиях и об их эффективности в условиях нашей страны. Разработанный таким образом стандарт будет реально достижимым для России.

Как обязательная часть этого стандарта должно быть определение учреждений, оказывающих помощь при данном заболевании (состоянии) в соответствии с лицензированными видами помощи в ЛПУ различных уровней, а значит, имеющих соответствующее оснащение и кадры.

Также частью стандарта технологии должны быть стандарты на результаты, промежуточные и конечные.

Федеральные стандарты технологии помощи при различных нозологиях, разрабатываемые в различных учреждениях, должны иметь одну и ту же структуру, утвержденную Минздравом.

Стандарты технологии должны включать обеспечение адекватности, преемственности, приближенности, своевременности, этапности и эффективности, а стандарты результатов - показатели результатов медицинской помощи всей совокупности обслуживаемого населения.

С предложенными определениями и положениями можно или соглашаться или нет, но только после их освещения мы можем в следующем материале затронуть вопросы практики, вытекающие из представленной теории.

|  |
| --- |
| В реформах - наше будущее |

Еще совсем недавно мы имели очень сильных руководителей здравоохранения в регионах и ослабевший Минздрав, который находился с ними в конфронтации. Впрочем, не только с ними, но и с фондами, и с другими организациями. Этот период, наконец, закончился. Мало того, идет процесс консолидации, который, проявится, я уверен, с новой силой на предстоящем Всероссийском съезде врачей, который состоится 5-7 июня. Это будет поистине консолидирующий съезд. И тот факт, что совещание в Екатеринбурге состоялось, - лучшее доказательство того, что у нас сегодня сильное Министерство здравоохранения. Сложилась принципиально новая ситуация: с одной стороны, - сильное Министерство здравоохранения, с другой стороны, - сильные регионы. Есть, что называется, предмет для обсуждения.

Минздрав, на мой взгляд, должен определять политику и стратегию развития отрасли, и это убедительно было заявлено в докладе Министра. Это должно сводиться к следующим проблемам:

1. Обязательно в законодательном порядке должны быть установлены национальные приоритеты. Поскольку это задача Госдумы, то при ней необходимо создать специальные группы экспертов, которые бы этим занимались.

2. Сейчас у нас накоплены колоссальнейшие проблемы в области здоровья населения. Для их успешного решения необходимо объединение усилий различных министерств и ведомств. Силами одного Минздрава эти проблемы не решить. Хотя темпы ухудшения показателей здоровья замедлились и намечается вроде бы положительная тенденция, но еще неизвестно, сколько это продлится.

Что необходимо сделать прежде всего? Нужна разработка федеральной программы "Здоровье для всех граждан России". К сожалению, одна из немногих стран Европейского региона, которая не имеет такой программы, - это наша страна. Во многих странах мира такие программы есть уже, и даже для отдельных провинций.

3. Далее, необходимо создание концепции реформирования здравоохранения, основанной на приоритетных проблемах. Без этого дальше никуда не двинуться, потому что территории должны четко знать, что нужно развивать в первую очередь, что во вторую очередь, на каких направлениях нужно сконцентрировать те минимальные ресурсы, которые есть в территориях. Концепция - это идея, это замысел. Сегодня нам никто еще не сказал, какую экономическую и социальную систему мы создаем в стране. Конечно, можно сказать, раз мы не знаем, что создаем в стране, давайте подождем и с концепцией здравоохранения. Такую позицию понять можно, но оправдать нельзя. Как только мы нарисуем себе ту систему в виде концепции, к которой мы должны стремиться, будет четко видно, в том ли мы идем направлении, или не в том. Каждый шаг можно выверить, каждый приказ можно проверить. Это очень важно - провести сейчас такую работу.

4. Необходимо очень четко работать по федеральным и отраслевым программам. Как можно объединить усилия территорий и регионов? Во-первых, Министерство здравоохранения все-таки должно иметь для этого деньги. Управление не бывает безфинансовое. Фонд имеет деньги на выравнивание территорий, Минздрав этих средств не имеет. Надо, чтобы Минздрав имел хотя бы небольшие средства, с одной стороны, для выравнивания бюджета по территориям, а с другой стороны, для того, чтобы можно было реализовать отраслевые программы.

5. Нужна разработка взаимосвязанных правовых актов с выделением первоочередных из них. Возникли вопросы, как нам быть со статьей Конституции о бесплатной медицинской помощи. Кстати говоря, некоторые страны СНГ отказались от этой статьи. C одной стороны, это правильно, потому что помощь у нас никогда не была бесплатной. Мы все равно платили за нее из налогов. Если мы настаиваем на бесплатности медицины, то должны поставить вопрос прямо: почему наше Правительство уходит от ответов? Три года не пересматривается и не утверждается Базовая программа обязательного медицинского страхования. Получается следующее: мы продекларировали помощь по всему объему Базовой программы, а на самом деле можем финансово обеспечить эту программу только на 40%, и, как итог, - она не реализуется и не выполняется. Растут платные услуги. Оттого что нет единой политики, возникает масса противоречий и на местах. Нужно пересмотреть это вопрос.

6. Необходимо проводить единую информационную политику. Все мы работаем по разным программам, по разным системам. Нужно по максимуму сохранить нашу систему статистики, но наполнив ее другим содержанием. Дело в том, что мы создали уникальную систему статистики в нашей стране. Больше ни в одной стране мира такой нет. Это удивительная, централизованная система, но качество и содержание не всегда соответствует международным стандартам. Например, согласно международному определению понятия "врач", в России обеспеченность составляет не 43 врача на 10000 населения, как это зафиксировано в статистике, а всего 28 врачей, что вполне сопоставимо с зарубежными странами. Необходимо лучше, полнее, правильнее использовать доступную информацию.

7. Далее, нужно обязательно осуществлять единую политику в области международного сотрудничества. Имеется около 50 международных организаций, которые работают напрямую с территориями. А что это значит? Они ведь учат наши регионы своим системам и принципам здравоохранения. И, в конечном итоге, мы можем получить 50 систем здравоохранения. Если мы хотим этого, тогда мы на правильном пути. На мой взгляд, Минздрав здесь должен сыграть свою головную координирующую роль, то есть должна быть ясная политика в области международного сотрудничества. Вообще, должна быть координация работ по всем аспектам реформ здравоохранения, проводимых в регионах. Мы обмениваемся опытом, только когда вот так собираемся. Но это же неправильно. Нужна регулярно налаженная система информации о том, где есть что-то новое, интересное, прогрессивное.

8. Нужно обязательно координировать усилия в области реализации принятых законов. Не получили, к сожалению, своего развития "Основы законодательства об охране здоровья граждан". А ведь каждая статья Основ законодательства должна была вырасти в закон прямого действия. Мы предложили перечень законов, которые необходимо принять в первую очередь.

К чему нас призывает сегодня Всемирная организация здравоохранения? Она призывает сохранить общественный характер здравоохранения. Это основа всей системы здравоохранения, и мы не должны ее разрушать. Конечно, должны создаваться и частные, дополнительные учреждения. Пожалуйста, берите кредит в банке, стройте свои больницы, создавайте альтернативную систему, но это не должно носить массовый характер. Основу должна составлять государственная система. При этом государственный бюджет на здравоохранение должен составлять не менее 60%, около 30% - средства обязательного медицинского страхования и не более 10% - платные услуги. Только тогда это будет нормально функционирующий, живой организм. Говорить о том, что платных услуг не должно быть, - значит закрывать глаза на объективную реальность. Они существуют, нужно просто упорядочить этот процесс. Мы уже лишились всей службы медицинской информации в стране. Кафедры не знают, чему учить, нет единой государственной системы научно-медицинской информации в здравоохранении. Обзоры рухнули, новости медицины рухнули, экспресс-информация рухнула, МРЖ рухнула. Это итог бездумной приватизации. Нас спрашивают: если мы приватизируем лечебные учреждения, разве они не будут заниматься тем же самым? Не будут. Потому что другие виды деятельности будут гораздо выгоднее. Основа приватизации - это получение прибыли. И если кому-то выгодно, то он откроет там казино, а не больницу. И такого рода примеры известны.

Все реформы должны подвергаться одному критерию: хорошо или плохо больному и хорошо или плохо врачу. Мы всегда идем от системы, а это неправильно. Наконец-то мы должны развернуть всю систему здравоохранения к пациенту. У нас пациент никогда по-настоящему не был в центре внимания системы. Хорошо для пациента, - значит, будет хорошая реформа, плохо для пациента - такая реформа не должна иметь место.

И последнее, несколько слов об обязательном медицинском страховании. Многие медицинские страховые организации и компании свою главную роль пока не выполнили. Они создавались в том числе для двух целей: для защиты прав пациента и для обеспечения качества медицинской помощи. Но права пациента еще не всегда соблюдаются, а качество медицинской помощи пока не улучшается. Необходимо стремиться к удешевлению и упрощению всей системы ОМС, которая, по-мнению экспертов ВОЗ, сложна и неэффективна. Эта проблема есть, и ее надо решать.

**ПЕРВОЕ СОВЕЩАНИЕ СЕТИ ЭКСПЕРТОВ "СТРАТЕГИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ"**

Прежде чем рассказать о том, как проходило первое совещание сети экспертов "Стратегии реформирования здравоохранения в Восточной Европе" (сеть EASTNET), было бы нелишним разъяснить, что это, собственно, за организация. Итак, сеть экспертов была инициирована и поддержана Европейским региональным бюро ВОЗ. Реальное воплощение идея создания сети экспертов получила в 1995 г. в ходе консультативного совещания в Твери представителей Министерств здравоохранения Белоруссии, Молдовы и Российской Федерации. В тот раз представители Украины не могли принять участие в совещании, однако уже в январе 1996 г. этой стране официально было предложено вступить в члены сети.

Надо сказать, что при учреждении сети преследовалась цель создать для государств-членов специальный форум для обмена опытом и обсуждения вопросов, относящихся к стратегиям реформирования и другим ключевым элементам проведения успешных реформ в этом секторе.

**ПЕРВОЕ СОВЕЩАНИЕ**

Итак, первое совещание экспертов в рамках сети "Стратегия реформирования здравоохранения в Восточной Европе" было проведено в Кишиневе (Молдова) 24-26 сентября текущего года. Местным организатором совещания выступило Министерство здравоохранения Республики Молдова. Организатором совещания со стороны ВОЗ выступило отделение "Системы здравоохранения и управления службами здравоохранения".

Совещание было разбито как бы на две части: двухдневную дискуссию по вопросам, представляющим общий интерес для стран EASTNET, и однодневную дискуссию, посвященную конкретным вопросам реформирования в Молдове, в которой, помимо членов сети, приняли участие наблюдатели со стороны Молдовы.

Также было признано целесообразным рассмотреть на встрече результаты проведенной в июне 1996 г. Европейским региональным бюро ВОЗ конференции по вопросам реформ здравоохранения в Европе (Любляна). Помимо прочих вопросов, касающихся проблем здоровья, на встрече была принята Хартия сети "ВОСТСЕТЬ".

В первый же день Кишиневской встречи результаты Люблянской конференции были рассмотрены. Ключевая же презентация первого дня совещания называлась "Система оплаты служб первичной медико-санитарной помощи: сравнительный обзор опасностей и возможностей с точки зрения улучшения здоровья населения".

Второй день был полностью посвящен проблемам здравоохранения в Молдове. Но нам хотелось бы акцентировать свое внимание на третьем дне заседания, когда с докладом "Децентрализация служб здравоохранения Российской Федерации: нынешняя ситуация и планы на будущее" выступил заместитель Министра здравоохранения РФ В.И.Стародубов.

Он, в частности, отметил, что после принятия закона "Об основах местного самоуправления" в российском здравоохранении произошел слишком резкий поворот от чрезмерно централизованной к фрагментарной системе. Не удалось, к сожалению, обеспечить своевременное разграничение полномочий.

Потеряны действительно необходимые рычаги управления охраной здоровья как системой общественных отношений. Ослабла координирующая и регулирующая роль федеральных органов управления здравоохранением, что, в конечном итоге, привело к сильной дифференциации в условиях оказания медицинской помощи в регионах. Каждое муниципальное образование стало строить свою замкнутую систему здравоохранения.

К тому же наметилось противоречие между положениями законов "О медицинском страховании" и " О местном самоуправлении". Если первый предусматривает выравнивание условий финансирования оказания медицинской помощи в пределах субъекта Федерации, то второй декларирует принцип содержания сети муниципального здравоохранения и обеспечения потребностей местного населения.

В.И.Стародубов заметил, что в какой-то мере эта фрагментация системы компенсируется усилиями фондов ОМС. Тем не менее возможности системы ОМС весьма ограничены: сегодня через ее структуры проходит только 30-35% всех ресурсов здравоохранения. Положение усугубляется тем, что в деятельности фондов ОМС и органов управления здравоохранением, как правило, не просматривается единый подход к решению вопросов охраны здоровья. А, следовательно, не добившись координации действий органов управления и структур ОМС, мы получили размывание ответственности с вытекающим отсюда сокращением бюджетного финансирования.

Докладчик отметил, что разделение финансовых потоков затрудняет формирование системы экономической мотивации для каждого ЛПУ. Складывается как бы система "двух экономик" в рамках одного учреждения.

Отметив все негативные моменты существующей на сегодняшний день системы здравоохранения, заместитель Министра здравоохранения РФ внес несколько предложений по преодолению этого положения. В частности, необходимо установить четкое разделение функций федеральных органов и органов управления субъектов Федерации, то есть должен утвердиться принцип "нового федерализма".

Механизм разработки и утверждения программ охраны здоровья должен быть внесен в "Основы законодательства РФ об охране здоровья".

Далее, необходимо повысить роль федеральных органов в обеспечении гарантий равенства в доступности медицинской помощи. Для этого требуется, с одной стороны, реальная оценка финансовых возможностей каждого субъекта Федерации, а с другой - федеральная поддержка.

Механизмом реализации гарантий необходимо сделать законодательно оформленное правило утверждения Базовой программы ОМС Государственной Думой.

Для повышения комплексности системы здравоохранения следует также расширить права и поднять ответственность органов управления здравоохранением субъектов Федерации. Речь идет не о воссоздании прежней административно-командной системы, а о выполнении жизненно важных для всей системы здравоохранения функций, к числу которых относятся прежде всего:

·     формирование и обеспечение государственных обязательств в отношении предоставления всем категориям населения медицинской помощи на уровне базовой программы ОМС;

·     стратегическое и текущее планирование оказания медицинской помощи;

·     мониторинг и оценка деятельности учреждений здравоохранения и подсистем муниципального здравоохранения.

А для решения этих вопросов необходимо на уровне субъекта РФ централизовать часть средств, собираемых на муниципальном уровне, с последующим их распределением по городам и районам на основе подушевого норматива финансирования.

И еще на одном моменте остановился докладчик: необходимо восстановить систему контроля за результатами деятельности по управленческой вертикали. Это означает, что органы управления здравоохранением регулярно анализируют и оценивают результаты деятельности ЛПУ, корректируя на этой основе планы развития отрасли.

Вот так тезисно можно было бы отметить важнейшие моменты выступления заместителя Министра здравоохранения РФ.

**ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ**

Следующую встречу участников сети EASTNET намечено провести уже в 1997 г. Предлагаемая тематика выглядит примерно так:

1.   Необходимость продолжения работы по Первичной медико-санитарной помощи.

2.   Финансирование стационарной службы.

3.   Планирование фондов (особенно перераспределение коечного фонда) и людских ресурсов.

4.   Практическое управление переменами в системе здравоохранения на региональном и районном уровнях. Цель - узнать как можно больше о практических аспектах внедрения реформ.

5.   Использование базы данных ЕРБ ВОЗ и других источников информации по реформам.

Намечено, что ЕРБ ВОЗ подготовит обращение к Министерству здравоохранения Украины с просьбой об организации Совещания в 1997 г. на ее территории.

**Здоровье – наше здоровье.**

**I. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

К сожалению, Россия входит в то небольшое число стран, которые до сих пор не располагают национальной стратегией в области охраны здоровья своих граждан. Это связано с тем, что и поныне здоровье нации является не одним из важнейших параметров социального благополучия, а лишь ведомственным критерием. Сегодняшняя медико-демографическая ситуация - результат не только условий, сложившихся в последние годы, но и накопленных негативных тенденций в прошлые десятилетия.

Однако и сейчас не для всех очевидна истина: не будет здоровья - не будет экономики. А если сейчас не принять экстренные меры по сохранению здоровья и спасению жизни людей, то вскоре некому будет восстанавливать разрушенную экономику.

В сложившейся обстановке представляется наиболее перспективным и рациональным принятие Европейской стратегии здоровья. Реализация этой стратегии может осуществляться у нас через:

·     национальную программу "Здоровье для всех";

·     национальную программу "Здоровые города";

·     создание государственного полномочного органа, ответственного за здоровье и объединяющего для этого все силы;

·     создание Национального института здоровья России с задачами научного обоснования политики в области здравоохранения;

·     разработку единой информационной системы с объединением усилий всех ведомств, располагающих информацией о различных аспектах здоровья населения, а также создание системы мониторинга здоровья для всех регионов России.

Именно такой подход позволит со временем сместить акценты с лечения больных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья.

**II. ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Установление научно обоснованных приоритетов является лучшим способом рационального использования всех видов ресурсов. Надо учесть, что это - динамичный процесс, так как со временем приоритеты могут меняться. Это зависит также от целей - долгосрочных, среднесрочных и краткосрочных - для страны, регионов и самой системы здравоохранения.

Исследования помогли выделить приоритетные проблемы развития здравоохранения на ближайшее десятилетия. К их числу отнесены:

·     формирование организационной структуры первичной медико-социальной помощи на принципе врача общей практики (семейного врача);

·     реорганизация скорой медицинской помощи;

·     реорганизация службы интенсивной терапии и реанимации путем повышения оперативной доступности к ней;

·     формирование этапной стационарной медицинской помощи по принципу больниц с различной интенсивностью лечебно-диагностического процесса;

·     совершенствование реабилитационной помощи, создание домов сестринского ухода;

·     внедрение системы оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи.

Для достижения всех вышеперечисленных целей необходимо осуществить:

·     формирование соответствующей законодательной базы;

·     совершенствование подготовки медицинских кадров, системы научно-исследовательской деятельности и системы материально-технического и лекарственного обеспечения;

·     разработку адекватного информационного обеспечения;

·     создание мониторинга за ходом реформ, внедрение системы обязательного медицинского страхования по всей стране.

По каждому из отмеченных приоритетных направлений должны быть созданы и реализованы социальные федеральные программы.

**III. ДРУГИЕ ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Кроме указанных приоритетных направлений, большое значение в настоящее время и на перспективу имеют два важных вопроса:

·     соотношение централизации и децентрализации в управлении здравоохранением;

·     соотношение различных форм собственности в здравоохранении.

Основные точки зрения по первому вопросу сводятся к тому, что роль Минздрава России в проведении реформ на территориях должна усиливаться. А это значит: формирование долго- и среднесрочной политики и стратегии деятельности здравоохранения; реализация тактических задач в виде отраслевых программ; координация проводимых в регионах реформ; проведение единой кадровой политики; централизованные приобретения медикаментов; организация ликвидаций медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

По второму вопросу следующие мысли. В настоящее время в мире сложились три основные модели здравоохранения: преимущественно государственное с элементами частной практики, преимущественно страховая медицина и смешанная модель. В современных условиях в качестве наиболее оптимального соотношения ВОЗ рекомендует такую пропорцию: госбюджет - 60%, медицинское страхование - 30%, платные услуги - 10%. К сожалению, Россия, по данным Всемирного Банка, расходует на здравоохранение намного меньше, чем это не только необходимо, но и возможно. Конечно, есть трудности объективного порядка. Так, идея становления частной медицины упирается в низкий уровень жизни населения, в неплатежеспособность пациентов.

**IV. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

Отмеченные направления можно представить в виде векторов реформ здравоохранения, т.е. путей перехода от сложившейся к перспективной модели. К их числу относятся:

·     от стационарной помощи к амбулаторной;

·     от специализированной помощи к общей;

·     от объема медуслуг к их качеству;

·     от роста числа врачей к качеству их работы;

·     от жестко централизованной системы управления к разграничению полномочий центра и регионов;

·     от лечения заболеваний к их профилактике;

·     от бесправности пациентов к их правам и обязанностям.

Для реализации отмеченных направлений необходима соответствующая законодательная база, которую также еще предстоит создать.

*Сетевые технологии в американском здравоохранении*

Представители администрации Клинтона обнародовали планы создания компьютеризированной сетевой системы регистрации и ведения историй болезней пациентов как основной части программы реформы системы здравоохранения в США, официально представленной президентом осенью прошлого года.

Для уменьшения объемов бумажной документации и снижения расходов федеральное правительство намерено создать национальную информационную сеть с региональными центрами для передачи данных о пациентах. В рамках новых взаимоотношений органов здравоохранения с правительством страховые агентства и больницы, как ожидается, будут использовать сеть для совместной обработки информации об обращениях за медицинской помощью и о клинических данных.

В связи с этим правительственные круги заинтересованы в установлении стандартов на форматы и средства защиты данных, а также обязательном внедрении их в будущем.

Президент Клинтон в одном из своих выступлений назвал существующую систему здравоохранения "памятником бумажной технологии", напомнив о тысячах медицинских форм, используемых в США: "Мы сможем сэкономить значительные средства, если упростим эту систему. По новым правилам будет только одна стандартная форма". "Мы нуждаемся в стандартах для быстрого и эффективного обмена данными",- признал Майкл Фитцморис (Michael Fitzmaurice), руководитель научно-исследовательского отдела Министерства здравоохранения и социального обеспечения США.

Фитцморис, который представлял планы администрации Клинтона на конференции ассоциации Electronic Industries Association (EIA), объявил, что стандарты на истории болезней пациентов, а также на системы регистрации их обращений за медицинской помощью, оплаты и перечисления денег в настоящее время проходят проверку. Специалист по маркетингу корпорации Electronic Data Systems Лиза Солцл (Lisa Salzl), участвовавшая в составлении отчета EIA относительно требований, предъявляемых к коммуникациям и компьютерам для федеральных пользователей, сообщила, что уже сейчас Управление по финансированию здравоохранения (HCFA), которое занимается обработкой обращений за медицинской помощью, приступило к составлению планов более широкого использования сетей в рамках реформы системы здравоохранения. "Исходным требованием будет автоматизация обработки традиционных страховых транзакций",- заявила Шанна Кос (Shannah Koss), помощник главы отделения управления и финансов. Но больницы и страховые агентства уже интересуются, во сколько обойдется обновление системы.

Разумное здравоохранение Как отметил Клинтон в своем обращении к американскому народу, в будущем каждый гражданин США получит карточку системы национального здравоохранения, устанавливающую права доступа к средствам медицинской помощи. Карточка - будет ли она простая магнитная или "интеллектуальная" - должна содержать идентификатор владельца и информацию о нем. Однако в администрации продолжаются дебаты по поводу того, воспользоваться ли в этой карточке номером, имеющимся для каждого гражданина в системе социальной защиты (Social Security), или вводить отдельный идентификатор. "Существует боязнь объединения информации медицинского характера с другими данными, такими как прошения о закладных",- пояснил Фитцморис. Солцл отметила, что намерение HCFA внедрить единые компьютерные истории болезней пациентов связано с двумя проблемами: с созданием стандартов и ужесточением правил защиты информации о пациенте. Фитцморис подчеркнул, что необходимость соблюдения принципа врачебной тайны требует принятия нового законодательства, регламентирующего случаи использования информации о пациенте. По словам Роберта Вудcа (Robert Woods), помощника руководителя управления Information Resource Management, Министерство США по делам участников войны, которое управляет системой больниц в масштабах страны и оказывает множество других услуг, ежегодно теряет около 60 млн. долл. из-за неучтенных пациентов, таких как умершие ветераны. "При электронной системе перечислений эти деньги поступают на объединенный чековый счет, откуда их трудно получить обратно,- поясняет Вудс.- Если бы управление по социальной защите (Social Security Administration), располагающее исчерпывающими данными о гражданине, проинформировало министерство, отправка чека была бы приостановлена". Если изменения в системе здравоохранения будут осуществляться в соответствии с планом, то стандарты, судя по всему, станут обязательными. Как сообщил Деннис Штайнер (Dennis Steinauer), сотрудник Национального института стандартов и технологий, предполагается образовать национальную комиссию по здравоохранению, которая установит единые требования в области защиты информации о пациенте. Исходя из предполагаемой политики, отражающей существующий информационный кодекс, очевидна невозможность создания системы секретных данных, так как пациенты получат право на просмотр своих историй болезней, а информация будет собираться только для санкционированных целей.

Литература.

1.        В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.

2.    В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.

3.    В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.

4.    Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования.

5.    И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.

6.    Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 1994.