

# Рационализация использования ресурсов в российском здравоохранении

**В.М. ЧЕРНЫШЕВ**, доктор медицинских наук, Новосибирский государственный медицинский университет, НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна. E-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

**М.И. ВОЕВОДА**, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, директор НИИ терапии и профилактической медицины СО РАН. E-mail: mvoevoda@yandex.ru

**О.В. СТРЕЛЬЧЕНКО**, кандидат медицинских наук, директор Сибирского окружного медицинского центра ФМБА России, Новосибирск. E-mail: somc.glav@mail.ru

В статье анализируются ситуация в отечественном здравоохранении и некоторые итоги его реформирования. При наличии существенного дефицита финансирования в отрасли имеет место нерациональное использование выделяемых средств. Предлагается ряд мер по оптимизации структуры здравоохранения и рационализации использования средств через совершенствование мотивации как деятельности учреждений здравоохранения, так и труда медицинских работников.

*Ключевые слова:* здравоохранение, медицинские работники, рационализация, реформирование, мотивация, финансирование

Как доказывает современная наука и свидетельствует мировой опыт, здравоохранение вносит заметный вклад в социально-экономическое развитие любой страны, обеспечивая наличие трудового потенциала, способного к эффективной производительной и творческой деятельности. Именно поэтому на здравоохранение тратятся значительные суммы. Так, в западных странах его бюджет составляет 6–15% от ВВП страны, и из года в год эти расходы растут. При этом очевидно, что доступные средства в отрасли всегда будут оставаться ограниченными. Это относится ко всем уровням: федеральному, региональному, местному и частным медицинским организациям. Несмотря на то, что многие страны (например США и Канада) тратят огромные суммы на медицинскую помощь, быстрые темпы прогресса в медицине и повышение доли населения старших возрастов приводят к тому, что стоимость оказания возможных процедур будет опережать уровень доступных ресурсов [1, 2, 3].

## Результат – последнее место

Очевидная проблема российского здравоохранения – существенное и хроническое недофинансирование. В последние годы государство выделяет на оказание медицинской помощи населению не более 4% ВВП, которые к тому же используются недостаточно рационально. Несколько лет тому назад в рейтинге ВОЗ наша страна занимала 130-е место по эффективности использования средств в здравоохранении. Аналитиками агентства Bloomberg ежегодно на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка составляется рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения. В основе рейтинга – три ключевых показателя (средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение (% от ВВП) на душу населения и стоимость медицинских услуг на душу населения). В 2014 г. Россия была впервые включена в список и заняла последнее, 51-е место, набрав только 22,5 балла. Продолжительность жизни граждан страны в 2014 г. составляла 70,5 лет, стоимость медицинских услуг на душу населения – 887 долл. в год, доля всех расходов на здравоохранение, включая расходы населения на оплату медицинских услуг, полученных в частных медицинских организациях, – 6,3% от ВВП [3, 4].

Наши коллеги за рубежом остро чувствуют необходимость найти ключ к решению проблемы выбора приоритетов и нормирования в условиях постоянного дефицита ресурсов здравоохранения. Еще в 1998 г. в Лондоне Вторая международная конференция по приоритетам в здравоохранении сделала неутешительный вывод о том, что процесс принятия решений в этой сфере оказался гораздо сложнее, чем предполагалось ранее, поскольку это – неизбежно неприятный, полный скрытых конфликтов, почти трагический социальный вопрос.

Таким образом, **достижение эффективности системы здравоохранения представляет собой сложную задачу сочетания медицинской, социальной и экономической результативности.** Происходящее реформирование отрасли здравоохранения в нашей стране направлено на улучшение показателей общественного здоровья. Очевидно, что наиболее важной задачей в этих условиях является повышение качества социально значимых услуг при одновременном расширении программы

государственных гарантий и росте эффективности использования бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

### **«Робкие» шаги реформ**

Актуальность повышения эффективности государственного здравоохранения все больше зависит от реформ системы ОМС и изменений способов оплаты за оказанную медицинскую помощь.

В основе всех реформ – стремление изменить существующий порядок организации охраны здоровья, их составной частью в разных комбинациях являются три важнейших показателя, которые эксперты называют «железным треугольником здравоохранения»: затраты, доступность, качество. Иными словами, изменения затрагивают схемы финансирования (как доходы, так и расходы), предоставления услуг (кто и какие услуги получает) и обеспечения гарантий качественного обслуживания. Основная задача, которую сегодня приходится решать развитым странам, состоит в том, чтобы обеспечить доступ большинства населения к качественным медицинским услугам и при этом сдерживать рост расходов. Как показывают теория и практика реформ, это сложная задача, требующая системного подхода [4, 5, 6].

К сожалению, в нашей стране многие годы создавалась лишь видимость реформ, выразившихся в многократных изменениях названий (статуса) учреждений здравоохранения, которые по сути ничего не меняли, но на эти «преобразования» тратилось много средств (замена бланков, печатей, перерегистрация, получение лицензий и т. д.). В результате «робкой» реализации закона о медицинском страховании он был признан несовершенным и принят новый. Подобных же результатов можно ожидать и при переходе от сертификации специалистов к их аккредитации, ведь в основе того и другого лежит одна цель: необходимо убедиться в том, что специалист знает, что нужно делать, и умеет это делать.

Реальные шаги по реформированию отечественного здравоохранения начались в середине первого десятилетия XXI в. Это мероприятия, предусмотренные приоритетным национальным проектом (ПНП) «Здоровье», программой модернизации здравоохранения. Пожалуй, впервые в истории отрасли на эти программы были выделены достаточно существенные финансовые

средства. Была разработана концепция развития здравоохранения на период до 2020 г.

Реализация ПНП «Здоровье» позволила улучшить оснащение учреждений практического здравоохранения медицинским оборудованием, компьютерной техникой и т. д. Значительная часть врачей повысила квалификацию, заметно выросла средняя заработная плата в отрасли и др. Все это способствовало повышению качества и доступности медицинской помощи на основе внедрения инновационных медицинских и управленческих технологий [7, 6, 4].

Вместе с тем очевидно, что реализация ПНП «Здоровье» и программы модернизации не позволила получить запланированные (ожидаемые) результаты. Так, существующие до сих пор проблемы кадрового обеспечения здравоохранения связаны не только с дефицитом врачей и средних медицинских работников по ряду специальностей, но и с дисбалансом в обеспеченности кадрами медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, расположенных в сельской местности и в городах; в соотношении между количеством врачей и средних медицинских работников.

Несмотря на принимаемые меры, структура здравоохранения далека от оптимальной. Остается избыточной обеспеченность койками в стационарах с круглосуточным пребыванием: в расчете на 10000 населения их в 1,5 и более раза больше, чем в других странах, при этом в дефиците – койки для восстановительного лечения, реабилитации и для оказания паллиативной помощи. Кроме того, при недостатке финансовых средств сохраняется нерациональное их использование. Один из примеров – строительство федеральных специализированных медицинских центров общей стоимостью около 40 млрд руб., притом, что возможности практического здравоохранения и клиник РАМН (теперь – РАН) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи использовались лишь на 50–60% [8].

Другой пример неэффективного использования средств – это организация центров здоровья, которые не внесут радикальных или даже заметных изменений в состояние здоровья населения. Гораздо эффективнее было бы направить выделенные деньги на организацию гигиенического обучения и воспитания на-

селения, начиная с детей дошкольного возраста, повышение санитарной культуры людей, чтобы они сами стали активными борцами за свое здоровье.

В ходе реализации программы «Здоровье» обновление оборудования коснулось всего 5–7 его видов, а обеспеченность им во многих учреждениях по-прежнему не соответствует стандартам оснащения. Это произошло потому, что упор был сделан на экономическую целесообразность, при этом стандарты для разных учреждений и их структурных подразделений не были разработаны. Когда приобреталась новая аппаратура, не были решены вопросы поставок расходных материалов и не создана сеть технического обслуживания, прежде всего в Сибири и на Дальнем Востоке, что привело к длительным простоям дорогостоящего и дефицитного оборудования.

При реализации программы «Здоровье» предполагалось улучшить укомплектованность участковой службы, для чего была введена надбавка (получившая название президентской) участковой службе, сотрудникам «скорой медицинской помощи», фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов). У других специалистов зарплата осталась без изменения. Поначалу укомплектованность перечисленных служб незначительно повысилась (таблица), но через 2–3 года начался отток кадров. Кроме того, в коллективах возник конфликт между теми, кому установили надбавку, и теми, кто ее не получил. Некоторые поликлиники вообще остались без так называемых «узких» специалистов (кардиологов, неврологов и др.).

**Обеспеченность врачами медучреждений  
Сибирского федерального округа в 2002–2014 гг., чел.**

Показатель	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Укомплектованность врачами, всего, %	66,8	65,7	61,6	61,5	61,3	60,3	61,0	60,5	61,4	63,6	60,5	55,7	56,6
Число участковых терапевтов	3791	3688	3637	3832	4396	5683	5656	5552	5507	5398	5092	4817	5033
Число врачей общей практики	287	337	329	424	527	675	741	942	921	917	890	852	762

Не дало ожидаемого результата и материальное стимулирование внедрения стандартов медицинской помощи. Целями создания единой системы стандартизации в здравоохранении были:

- обеспечение целостности отрасли за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации;
- повышение качества оказания медицинской помощи;
- рациональное использование кадровых и материальных ресурсов;
- оптимизация лечебно-диагностического процесса.

Но при внедрении стандартов не были обеспечены справедливое распределение вознаграждения за труд и качественное оказание медицинской помощи, так как стандарты были утверждены Минздравом РФ не для всех специальностей. В некоторых структурных подразделениях их внедрение было невозможно из-за отсутствия необходимого оборудования. В конечном счете в тех отделениях, для которых стандарты были приняты, сотрудники стали получать заметно больше, чем в тех, где патология была сложнее и работа напряженнее, но они отсутствовали. Это вызвало недоумение и даже негативное отношение у части сотрудников.

В ходе информатизации отрасли было закуплено достаточно много компьютеров и другой сопутствующей техники (принтеры, сканеры и т. д.), но поскольку единых для всех лечебных учреждений программ оказалось крайне недостаточно, проблема была решена лишь частично: компьютеризированы многие рабочие места, созданы внутренние сети, но формирование единого информационного пространства обещает затянуться. Здесь, безусловно, важна роль Минздрава РФ, которое могло бы на конкурсной основе из многочисленных действующих в практическом здравоохранении программ отобрать лучшие для использования их в качестве федеральных по основным направлениям (статистика, мониторинг федеральных программ и т. д.). Перечень таких программ, определенный Минздравом РФ, будет обязателен для государственных учреждений всех уровней. При таком подходе единое информационное пространство можно сформировать в кратчайшие сроки и с минимальными затратами [9, 10, 4].

Приведенные примеры доказывают, что действий по рационализации использования финансовых средств все еще недоста-

точно на всех уровнях, несмотря на 20-летнее реформирование отрасли. Кроме того, у этих преобразований нет самого главного – научной обоснованности и системного подхода, в том числе изучения экономической целесообразности того, что делается. Отсюда и недостаточные комплексность, последовательность в решении проблем, а также незавершенность и даже негативные последствия.

Еще один очень серьезный недостаток нынешней системы управления – **чрезмерная ее централизация, увеличение количества чиновников вместо их сокращения** (в органах управления отраслью) при введении медицинского страхования. Количество управленцев выросло за счет появления новых структур («Росздравнадзор», федеральный и территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации), которые содержатся за счет средств, выделяемых на охрану здоровья и оказание медицинской помощи гражданам. На ведение дел и формирование собственных средств участников системы в 2012–2013 гг. тратилось 2% средств от общего размера программы ОМС, т. е. около 23 млрд руб. в год. Формирование самих структур отвлекло из практического здравоохранения значительную часть врачей. Дублирование функций указанных организаций привело к многократному увеличению числа проверок. Кроме того, за 1986–2011 гг. количество форм отчетно-учетной документации выросло почти вдвое, а объем представленных в них данных – более чем в семь раз. При этом качество медицинской помощи и ее доступность остались практически на прежнем уровне [2, 6].

### **Командные методы вместо мотивации**

Далеки от совершенства и методы управления здравоохранением, основным из которых остается командно-административный. Подавляющее большинство проблем пытаются решить лишь в приказном порядке. Вместе с тем очевидно, что для получения желаемого результата необходимо создание условий, заинтересовывающих учреждения, в том числе материально, в достижении поставленных целей. Ярким примером эффективности такого подхода является оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению с использованием квот и оплатой за каждого больного. Это позволило по стране за 10 лет увеличить ее

объем в 13,7 раза (из доклада министра здравоохранения РФ В. И. Скворцовой на коллегии Минздрава 20.04.2016 г.).

Опыт стран, совершивших стремительный рывок в своем развитии (Япония, Сингапур, Китай, США и др.), убедительно доказывает, что в конечном счете именно **высокая мотивация производительного, в том числе управленческого и научного труда, позволила им выйти на лидирующие позиции в мировой экономике.** И напротив, когда в государственной политике господствует технократический подход – декларируется забота об инновациях, инвестициях, информатизации, нанотехнологиях, развитии науки и т. п., но при этом из виду упускаются интересы людей, которые все это должны реализовывать, тогда даже самые актуальные задачи превращаются лишь в благие пожелания.

Задачи и содержание мотивации сотрудников усложняются с развитием общества, человека и производства. Сегодня едва ли кто-то сомневается в том, что мотивировать рабочего на конвейере в начале XX в. было гораздо проще, чем побуждать к высокоэффективному труду разработчика сложных компьютерных программ.

Исходя из сказанного требует пересмотра оплата деятельности поликлиник и труда сотрудников, работающих в них. Опыт показал, что проблеме участкового врача даже повышение зарплаты не решило (см. таблицу). Самое главное для достижения желаемого результата – это оплата работы поликлиники и участковой службы **за здоровье обслуживаемого населения.** Пожалуй, единственный способ обеспечить это – подушевое финансирование и полное фондодержание поликлиник, т.е. передача всех средств, выделенных на оказание медицинской помощи обслуживаемому населению, в распоряжение самой поликлиники, при условии, что из этих средств будет оплачиваться все, что сделано не в этом учреждении. При этом необходимо очень серьезно подготовить переход на эту систему, прежде всего на федеральном уровне выработать правильное, полное, научно обоснованное методологическое обеспечение, не допускать использования ее «суррогатов», которые не позволят реализовать все преимущества этого метода оплаты деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений [1, 7, 11, 12].

Среди других предлагаемых мер – упрощение расчетов страховщиков с медицинскими организациями, стимулирование



профилактической направленности в работе амбулаторно-поликлинических учреждений, заинтересованность в расширении объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (с помощью замещающих стационарное лечение технологий) и др.

### **«По одежке протягивай ножки»: о рационализации медпомощи**

Для оптимизации использования ресурсов отрасли необходимы серьезные изменения в организации медицинской помощи населению. Пересмотра требует господствующая ныне государственная доктрина о всеобщей доступности медицинской помощи всем желающим практически без ограничений. Она если не абсурдна, то уж точно невыполнима, более того, в связи с ее реализацией могут не получить помощь реально нуждающиеся люди, прежде всего работающие. Исходя из этого необходимы ограничения, как это ни парадоксально звучит, во благо населению – чтобы действительно нуждающиеся в медицинской помощи могли получать ее бесплатно, а все желания следует удовлетворять за счет самих желающих. Проблема очень сложная, а предлагаемые меры крайне непопулярны, но без них улучшение медицинского обслуживания населения невозможно. Решение ее должно носить комплексный характер и осуществляться на основе системного подхода. Следует ограничить посещения к врачу лиц, остро не нуждающихся в медпомощи (получение выписок из медицинских документов, оформление рецептов на медикаменты, которые пациент будет получать всю жизнь и т. д.), освободить врачей и специалистов со средним медицинским образованием поликлиники от выполнения несвойственной для них работы, не требующей квалификации, на которую они тратят до 50% времени, сократить время на заполнение документов и их количество, особенно учетно-отчетных и т. д. [8].

С учетом опыта других стран можно ввести оплату за первичный прием (20–25 руб., т. е. на уровне стоимости проезда в общественном транспорте) – это позволит остановить часть людей, для которых посещение является желаемым, а не необходимым. Ужесточить показания для посещения врача, тем более, вызова его на дом, может быть, сделать их частично оплачиваемыми. Возродить кабинеты доврачебного приема, организовать консуль-

тации по телефону, внедрить E-visits (распространены в США, Канаде), т. е. активнее использовать достижения техники (skype, электронную почту и сотовую связь и т. д.), что позволит максимально высвободить время медицинских работников, которое они смогут посвятить пациентам, реально нуждающимся в их участии и помощи. Именно ограничения будут способствовать повышению качества медицинской помощи и доступности для нуждающихся, которые смогут получать ее в необходимом объеме, своевременно и бесплатно.

Таким образом, с учетом дефицита финансирования отрасли государством, мы считаем, что следует ввести соплатежи граждан на некоторые виды медицинской помощи, оказываемой в государственных учреждениях, но для этого необходимо разделить ее на три группы, которые должны быть конкретными и прописанными в законодательстве.

- Помощь, оказываемая бесплатно всем гражданам за счет средств ОМС (экстренная и неотложная, некоторые виды плановой, включая дорогостоящую, и др.).

- Частично оплачиваемая гражданами, например до 30–40% стоимости (некоторые плановые операции, стоматология и другие состояния, не угрожающие жизни человека).

- Полностью оплачиваемые гражданами (косметология, зубопротезирование). При этом «льготникам» она может оказываться по себестоимости, а остальным – по ценам, устанавливаемым органами управления здравоохранением.

По мере увеличения финансирования здравоохранения государством или администрациями субъектов РФ вторая группа будет сокращаться, а первая – расширяться. Такой подход является более честным по отношению к гражданам страны в ситуации, когда объявляемый объем медицинской помощи за счет ОМС постоянно значительно превышает реальные возможности его оплаты за счет указанных структур.

Рационализация медпомощи населению предполагает также реорганизацию дорогостоящего лечения в стационарах. Следует отказаться от существующего в некоторых регионах деления лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) по категориям, зависящим от числа коек (чем их больше, тем выше категория и, соответственно, тариф и доход). Естественно, мало кто из руководителей учреждений пойдет при таких условиях

на добровольное сокращение числа коек. В решении этой проблемы возможно несколько вариантов. Это, прежде всего, оплата деятельности стационара с учетом реального количества пролеченных больных, сложности патологии и качества оказания помощи. Это хороший стимул для того чтобы заинтересовать ЛПУ в оптимизации коечного фонда, штатного расписания, во внедрении новых медицинских и управленческих технологий, т. е. всего того, что позволит им эффективнее работать, быть востребованными и конкурентоспособными.

Применение такого способа оплаты деятельности поликлиник тоже будет способствовать оптимизации коечного фонда, так как заинтересовывает их в развитии замещающих стационарное лечение технологий и расширении объема помощи, оказываемой амбулаторно. Это приведет к отказу от части коек в стационарах с круглосуточным пребыванием. Использовать появившиеся при этом «лишние» койки можно за счет организации отделений восстановительного лечения, реабилитации, паллиативной помощи (сестринский уход, хосписы, медико-социальные и т. д.). При недостатке средств на эти цели у государства можно делать это на платной основе либо на условиях софинансирования. Многие люди будут этим пользоваться, так как они направят на данные цели лишь часть своих доходов; если же оформят отпуск без сохранения содержания или уволятся для ухода за больным, то доход теряется полностью. Возможно совместное использование коек, например, со службами социальной направленности. И делать это нужно уже сейчас, а не связывать (как это происходит в ряде регионов) с созданием (строительством) специальных учреждений [3, 4, 8].

## **Кадры**

Обеспеченность системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами является важным условием, определяющим доступность и качество медицинской помощи населению.

Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам, требующим больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов, поэтому ценность кадров здравоохранения с накоплением профессионализма и опыта увеличивается.

Кадры здравоохранения – это интеллектуальный потенциал отрасли, который требует длительной подготовки, постоянного

профессионального развития и пристального внимания со стороны органов управления в субъектах Российской Федерации. Как и в большинстве стран, именно **наличие серьезных кадровых проблем в системе здравоохранения Российской Федерации делает отрасль недостаточно эффективной, снижает доступность и качество медицинской помощи населению.**

В настоящее время дефицит кадров не сокращается, идет существенное постарение их в государственном секторе отрасли, а приток молодежи достаточно скудный. Система их подготовки и использования весьма несовершенна, отсутствует классическая, многоэтапная: профориентация – подготовка – распределение (с учетом реальной потребности) – меры по закреплению – повышение квалификации. Эффективно действуют только системы подготовки и повышения квалификации. Несмотря на усложняющуюся ситуацию, этой проблеме не уделяется должного внимания ни на государственном уровне, ни в учреждениях здравоохранения [3, 4].

Начало начал – это профориентация, которая должна осуществляться системно и последовательно, по крайней мере, среди выпускников школ, а лучше, если она начнется раньше: создание специализированных классов (в крупных городах), подготовка младших медицинских сестер по уходу в течение последнего года учебы в школе, кружковая работа, привлечение школьников в санитарные дружины и др. При таком подходе профессиональный отбор произойдет до поступления в медицинское учебное заведение, а не после первого посещения «анатомички» или при прохождении санитарской практики уже во время обучения.

В сложившейся ситуации непонятна позиция государства, которое вкладывает огромные средства в подготовку медицинских работников, при этом проблема дефицита кадров в практическом здравоохранении не решается и даже усугубляется. Не лучше ли вернуться к обязательному распределению, тем более, что при этом нет никакого ущемления прав специалистов на свободу выбора места работы после окончания вуза. Выпускники должны сделать этот выбор при поступлении в медицинское учебное заведение: если учатся за счет государства, то обязательное распределение, а если хочется самостоятельно распоряжаться своей судьбой, то только за свой счет (или получение диплома

с отличием). Люди, не желающие работать по распределению, фирмы, частные медицинские организации, приглашающие на работу выпускников медицинских образовательных учреждений, специалисты, выезжающие на работу за границу, должны возместить государству расходы, связанные с их подготовкой, либо они автоматически должны лишаться права на медицинскую деятельность. Это – не нарушение прав граждан, а рачительное использование государственных средств для решения актуальной проблемы. Такой подход обеспечивает защиту прав граждан России, которым Конституция страны гарантирует бесплатную медицинскую помощь [4].

Более значим и сложен следующий этап – закрепление кадров в тех местах, где постоянно ощущается их нехватка (село, участковая служба и др.). Предпринятые попытки решить проблему только через материальную заинтересованность, в том числе выделение 1 млн руб. молодым специалистам за работу в сельской местности, не дали желаемого результата. Более того, если президентская надбавка породила в свое время конфликт между участковой службой и «узкими» специалистами, то эта мера привела к конфликту между поколениями. Ежемесячная надбавка к зарплате у молодого специалиста, с учетом полученного миллиона рублей, составляет более 16 тыс. руб., что в сумме с должностным окладом, другими надбавками и доплатами на несколько тысяч превышает зарплату тех, кто многие годы отдал сельскому здравоохранению. Естественно, это вызывает у последних не только недоумение, но и обоснованное возмущение.

Для обеспечения кадрами, особенно в проблемных сферах, необходим комплекс мер, направленных на долговременную заинтересованность специалистов: выплата подъемных для возмещения затрат, связанных с переездом, обустройством, установлением надбавок за работу там, где традиционно укомплектованность специалистами низкая (село, участковая служба и др.). Решение важнейших для человека проблем, таких как выделение служебного жилья, которое через 15–20 лет может перейти в собственность специалиста, предоставление социального пакета (места для детей в детских дошкольных учреждениях, бесплатное санаторно-курортное лечение один раз в 2–3 года, оплата (либо льготы) коммунальных услуг, льготное кредитование и т. д.). Как показывает опыт, весьма эффективно установление дифферен-

цированных надбавок до 10% к пенсии (в зависимости от стажа работы в этой должности) лицам, отработавшим более 20 лет в селе, на участке и т. д. Возможно введение льгот на обучение (поступление) в вузы детей таких специалистов и др.

Безусловно, это потребует определенных затрат, но они, скорее всего, меньше тех потерь, которые несет государство в связи с нехваткой врачей. К сожалению, такой статистики у нас нет. А это и преждевременная смертность или выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с неоказанием либо несвоевременным оказанием медицинской помощи. Двойная или тройная зарплата специалистов, работающих «вахтовым методом», расходы на поездки и перевозку больных в другие населенные пункты, в областные учреждения, отъезд из села людей и отказ от переезда в сельскую местность на постоянное место жительства из-за отсутствия медицинских работников и т. д. Это далеко не полный перечень потерь, которое несет государство из-за отсутствия врачей. А самое главное, государство нарушает конституционное право граждан РФ, проживающих в сельской местности, на получение бесплатной медицинской помощи.

Как для закрепления кадров, так и для повышения качества медицинской помощи, очень важна система оплаты труда, которая должна быть сдельной, действительно заработанной и достойной.

Конечно, сохраняющаяся низкая заработная плата, невыполнение иногда государством своих обещаний порождают разочарование у медицинских работников и соответствующее отношение к исполнению своих обязанностей. Американский политический деятель Генри Джордж сказал: «Общеизвестно, что труд наиболее продуктивен там, где платят наибольшую зарплату. Низкооплачиваемый труд неэффективен во всех странах мира». Это в полной мере относится и к медицинским работникам, труд которых весьма специфичен, требует не только внимания, установления доверительных отношений с пациентами, но и высокого профессионализма. Естественно, он должен оплачиваться соответствующим образом, о чем сказал в свое время известный английский экономист А. Смит: «Мы вверяем наше здоровье врачу, наше состояние, а иногда нашу жизнь – поверенному адвокату. Такое доверие нельзя безопасно оказывать людям, не занимающим солидного общественного положения. Поэтому их вознаграждение должно достигать таких размеров, чтобы обеспечить им

общественное положение, требуемое столь серьезным доверием. Продолжительное время и крупные расходы, необходимые на их обучение, вместе с указанным обстоятельством неизбежно еще более повышают цену их труда».

Только при хорошей оплате деятельности медицинских работников, внимательном и уважительном отношении к ним общество получит право на то, чтобы требовать повышения качества медицинского обслуживания населения и сможет отказать от услуг недобросовестных и неквалифицированных специалистов [1, 11, 3, 12].

В сложившейся ситуации необходимо предпринять определенные меры. Размер фонда оплаты труда (ФОТ) медучреждений должен находиться в прямой зависимости от объема, сложности и качества оказываемой им медицинской помощи. Сокращений кадров это не повлечет, так как во многих ЛПУ уже сегодня искусственно поддерживается укомплектованность сотрудниками на уровне 70–80%, чтобы за счет экономии ФОТ повышать зарплату работающим. В этом процессе самое активное участие должны принимать общественные организации. Опыт развитых стран свидетельствует о том, что они следят не только за соблюдением прав своих членов, чистотой собственных рядов, но и за тем, чтобы эти ряды излишне не пополнялись. Это вполне оправданно, так как чем меньше исполнителей, тем выше оплата каждого из них. Рассчитывать на то, что ФОТ в здравоохранении России в ближайшее время может резко увеличиться, не приходится, поскольку политические решения ограничиваются экономическими условиями, которые в нашей стране не назовешь благоприятными.

Очень важный аспект совершенствования медицинской помощи – это необходимость изменения отношения к медицине и медицинским работникам. Прежде всего, следует отказаться от пресловутого принципа: «Пациент всегда прав». У врача, кроме обязанностей, должны быть и права, а у пациентов – не только права, но и обязанности, в том числе уважительного отношения к медицинским работникам. В противном случае врач тоже должен иметь право отказаться от некоторых пациентов, демонстрирующих свое неуважение к нему, допускающих оскорбления в его адрес и т. д. В конечном счете прав тот, кто выполняет установленные правила и является, как сказал Цицерон, рабом закона.

Очень важно формирование общественного мнения в отношении медицинских работников, зависящее от позиции СМИ, которым следовало бы объективнее освещать события, наряду с недостатками отражать и достижения медицины и отдельных специалистов. Никто не может называть преступниками медицинских работников, пока это не установлено судом.

\* \* \*

Для повышения эффективности преобразований в здравоохранении необходимо принять меры по рационализации использования ресурсов отрасли на основе глубокого научного анализа ситуации, включая изучение экономической целесообразности планируемых преобразований, научного прогнозирования, обязательного учета опыта по совершенствованию здравоохранения в СССР и развитых странах, в том числе и негативного. На этой основе надо определить приоритеты с учетом правила Парето, т. е. выбрать те 20% из них, которые позволят на 80% решить проблемы отрасли. Обязательно предусмотреть этапность и другие условия для полного завершения их реализации.

Важным условием эффективного реформирования отрасли является порядок финансирования деятельности ЛПУ и оплаты труда медицинских работников. И то и другое должны зависеть от объема и качества выполненной работы, т. е. речь идет о подушевом финансировании амбулаторно-поликлинических учреждений, которые должны иметь право полностью самостоятельно распоряжаться этими средствами, об оплате стационаров за конкретно пролеченного больного и о сдельной заработной плате для сотрудников. Естественно, все это должно осуществляться открыто, при активном участии медицинских работников, а также населения и общественных организаций.

### **Литература**

1. Определение приоритетов финансирования в здравоохранении // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 31–39.
2. Улумбекова Г. Э. Вызовы системе здравоохранения РФ: пути решения // ГлавВрач. – 2012. – № 5. – С. 13.
3. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. – 2 изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.



4. *Чернышев В. М.* О некоторых итогах реформирования здравоохранения Российской Федерации и мерах по повышению его эффективности // Медицина экстремальных ситуаций. – 2014. – № 2. – С. 6–12.
5. *Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В.* От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. – М.: Экономика, 2012. – 285 с.
6. *Трешутин В. А., Елыкомов В. А.* Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» на региональном уровне: достижения, проблемы и пути их решения // Здравоохранение. – 2007. – № 10. – С. 39.
7. *Габуева Л. А.* Понятие эффективности работы системы здравоохранения как сочетания медицинской, социальной и экономической результативности // Здравоохранение. – 2015. – № 6. – С. 52–59.
8. *Чернышев В. М.* и др. К вопросу об оптимизации использования ресурсов здравоохранения в Сибирском федеральном округе на основе инновационных управленческих технологий и совершенствования организации оказания медицинской помощи населению // Инновации в медицине: основные проблемы и пути их решения. Материалы международного форума, под общей редакцией М. А. Садового и Е. В. Мамоновой. – Новосибирск: ТД «Сибирский», 2013. – С. 122–129.
9. *Пугачев В. П.* Деструктивная мотивация: определение и причины // Заместитель главного врача. – 2014. – № 1. – 38–40.
10. *Семилетов Г. А.* Проблемы реализации программы модернизации здравоохранения Российской Федерации на уровне районного комплекса здравоохранения // ГлавВрач. – 2012. – № 3. – С. 13.
11. *Стрельченко О. В., Чернышев В. М.* О порядке финансирования участковой службы, обеспечивающем ее приоритетность // Экономика здравоохранения (материалы международной научно-практической конференции). – Новосибирск, 2012. – С. 145.
12. *Чернышев В. М.* Порядок финансирования подразделений – важнейший фактор оптимизации их деятельности и структуры учреждения // Экономика здравоохранения (материалы международной научно-практической конференции). – Новосибирск, 2012. – С. 162.