

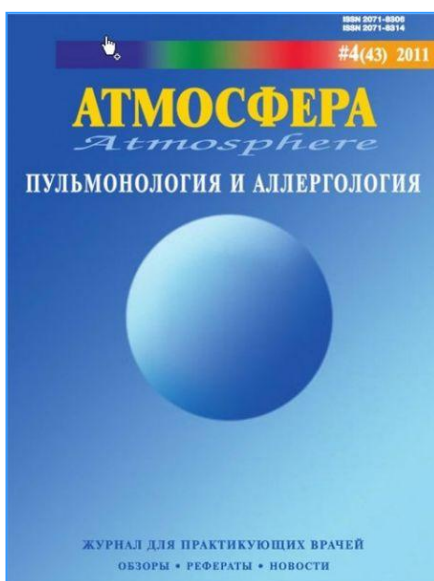


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№7 (июль), 2017



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	38

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Основные направления и перспективы развития российского здравоохранения // Главный врач. – 2017. – № 6. – С. 3-8.

В статье рассмотрены основные направления развития российского здравоохранения, изложенные в докладе Министра здравоохранения РФ В. Скворцовой на расширенном заседании Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы Министерства в 2016 году и задачах на 2017 год».

В своем послании Федеральному Собранию Президент России Владимир Владимирович Путин подчеркнул, что смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала, как главного богатства России. Сегодня можно уверенно сказать, что даже в условиях действия сложных социально-экономических факторов системе здравоохранения удается добиваться позитивных изменений показателей здоровья населения.

За последний год продолжительность жизни россиян увеличилась на 0,5 года, впервые достигнув 72 лет. Удалось сохранить на 17,5 тыс. жизней больше, чем за 2015 год. При этом смертность снизилась во всех возрастных группах: детей – на 12,5 %, трудоспособного населения – на 3,3 %, лиц старше трудоспособного возраста – на 0,8 %. Это стало возможным благодаря снижению смертности от всех основных причин.

Важно отметить, что снижение смертности произошло, несмотря на изменение структуры населения. За 2016 год число лиц старше трудоспособного возраста увеличилось на 2,5 %, составив 24,5 %, что не могло не сказаться естественным образом на увеличении числа смертей.

Безусловный вклад в увеличение продолжительности жизни внесло снижение младенческой смертности, которая сократилась в 2016 году на 7,7 %, составив 6,0 на 1 тыс. родившихся живыми. В целом, детская смертность снизилась за 5 лет более чем на 30 %.

Серьезно уменьшилась и материнская смертность – за 2016 год более чем на 20 %, достигнув 8,3 на 100 тыс. родившихся живыми. В прогнозах на 2020 г. данный показатель должен был составить более 18,0. За 5 лет материнская смертность снизилась на 48 %.

Таким образом, сегодня в нашей стране уровни младенческой и материнской смертности достигли исторического минимума. Во многом это стало возможным, благодаря реализации поручения Президента Российской Федерации по строительству сети перинатальных центров и формированию 3-уровневой системы охраны материнства и детства.

Здравоохранение вносит свой вклад в демографию не только за счет снижения смертности, но и за счет увеличения рождаемости через профилактику аборт и повышение доступности экстракорпорального оплодотворения. Так, благодаря развитию при женских консультациях и родильных домах 1,5 тыс. кабинетов и центров медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, только за 2016 год число аборт снизилось на 8 % (или на 58 тыс. случаев), а за 5 лет – на 25 %, то есть на

250 тыс. случаев. Одновременно с этим, в 2016 году было проведено 47,5 тыс. бесплатных для населения циклов ЭКЮ. При этом его эффективность превысила 31 % в среднем по стране, а в лучших клиниках – 40 %. На текущий 2017 год запланировано увеличение объема ЭКЮ до 62 тыс. бесплатных операций.

Безусловно, самой эффективной мерой для снижения смертности и увеличения продолжительности жизни является профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний.

За 10 лет охват населения вакцинацией против гриппа был увеличен вдвое с 28,5 млн. человек (или 19 % от численности населения) до почти 56 млн. человек, что превысило 38 % населения страны и является беспрецедентным для нашей истории. В результате, удалось снизить заболеваемость гриппом в 10 раз (до 60 на 100 тыс. населения), а, кроме того, уменьшить долю осложненных форм гриппа.

Начиная с 2014 года, в нашей стране внедрена вакцинация детей и взрослых из групп риска против пневмококковой инфекции. В 2016 году от нее привито более 2,2 млн. человек, в том числе 1,8 млн. детей. Это привело к значительному снижению смертности населения от пневмоний (почти на 11 %), а у детей раннего возраста – на 30 %.

В целях профилактики неинфекционных заболеваний реализуется комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни. Мотивирование начинается с детей дошкольного и школьного возраста (через специальные образовательные модули, разработанные совместно с Минобрнауки), учащейся молодежи и распространяется на корпоративные производственные практики, направленные на создание здоровьесберегающей среды на рабочем месте.

Продолжены программы по формированию среды, свободной от табака, ограничению потребления алкоголя, здоровому питанию, массовому развитию физкультуры и спорта.

Системная работа на данном направлении позволила только за два с половиной года снизить распространенность потребления табака на 16 %, объем потребления алкоголя – на 8 %, а число лиц, систематически занимающихся физкультурой и спортом, увеличить на 18 %.

Для дальнейшего позитивного развития Министерством в тесном взаимодействии с профессиональным сообществом были разработаны Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года и Концепция мер по борьбе против табака. Надеемся, что до конца этого года они будут рассмотрены и утверждены.

С 2013 года возобновлены массовые профилактические скрининги здоровья, существенно обновленные смыслово, которые прошли уже более 87 млн. взрослых и все детское население страны. Это позволило значительно улучшить активное выявление заболеваний на ранних стадиях, поддающихся эффективному лечению. Так, благодаря активному онкопоиску в 2016 году уже 55 % злокачественных новообразований были выявлены на 1-2-ой стадиях, что привело к снижению 1-годовой летальности – до 23 % и повышению 5-летней выживаемости до 53 %.

С 2018 года порядок диспансеризации станет еще более целевым и доказательным, что позволит дополнительно повысить его эффективность.

Приоритетным направлением нашей работы в 2016 году оставалась самая близкая к пациенту первичная медико-санитарная помощь.

В марте 2016 года, после проведенного совместно с субъектами РФ анализа, разработали и утвердили комплекс мер по развитию первичной медико-санитарной помощи. Впервые с советского времени были утверждены требования к размещению медицинских организаций, исходя из численности населения в населенном пункте и его удаленности от ближайшей медицинской организации. Это дало результат: из 554 медицинских объектов, построенных и введенных в 2016 году, 418 – были новые ФАПы, 55 – офисы врачей общей практики. Проведен ремонт на более чем 2,6 тыс. медицинских объектах, из них в более 600 ФАПов и 88 офисах ВОП. За год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась более чем на 20 %.

В 2016 году функционировало уже более 10 тыс. домохозяйств для помощи жителям малонаселенных территорий, что на 10,5 % больше, чем годом ранее, и работало более 3,5 тыс. мобильных медицинских бригад (годовой прирост – 13 %).

В целях оценки территориальной доступности медицинских организаций была разработана и внедрена геоинформационная система, содержащая информацию о всех 158 тыс. населенных пунктов, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, 72 тыс. медицинских организаций и их структурных подразделениях.

Впервые в истории отечественного здравоохранения была оценена реальная доступность медицинской помощи жителям каждого населенного пункта. На основании этого анализа, каждый регион разработал план мероприятий по обеспечению доступности медицинской помощи для жителей населенных пунктов, не охваченных медицинским обслуживанием.

Наша совместная задача – добиться, чтобы в течение 2 лет все малонаселенные пункты получили доступ к первичной медико-санитарной помощи, в том числе профилактической. Это требует, прежде всего, наращивания объемов и рационализации выездных форм работы.

Большое значение придаётся созданию комфортной среды и атмосферы доброжелательности в медицинских организациях. В 2016 году впервые провели Всероссийский конкурс «Вежливая регистратура», когда регионы выбирали и представляли на федеральный уровень лучшие модели организации работы регистратур поликлиник и диспансеров – с созданием удобного офиса приема пациентов и быстрой записи к врачу, отдельных call-центров, инфоматов и информационных панелей. Наш конкурс стал ежегодным и уже внес свой вклад в распространение положительного опыта по стране.

Заслуживает особого внимания совместный проект Минздрава с Управлением внутренней политики Президента и экспертами ГК «Росатом», целью которого является выявление неэффективных технологических процессов в медицинских организациях и их устранение, т.е. совершенствование логистики, менеджмента и комфортности предоставления услуг, а также повышение ресурсной эффективности. Эта «Фабрика технологий» уже заработала в Ярославской и Калининградской областях, в Севастополе и показала, что достаточно 4-5 месяцев, чтобы разделить потоки здоровых и больных пациентов, обеспечить комфортное

прохождение диспансеризации (первый этап – за один визит), начать оказывать помощь без очередей (сократив время записи на прием в 5 раз, а ожидания приема – в 12 раз), увеличить время непосредственной работы врача с пациентом в 2 раза. Сейчас уже 30 поликлиник подключились к данному проекту. Планируется тиражирование этого пилотного опыта во всех регионах страны.

Говоря об эффективности, нельзя не сказать также о рациональном использовании медицинского оборудования. Благодаря контролю, осуществляемому Росздравнадзором, сокращено количество простаивающего медицинского оборудования в 1,5 раза, в том числе за счет перераспределения более 300 единиц оборудования в 45 субъектах Российской Федерации.

Особую роль в обеспечении своевременности оказания медицинской помощи играет скорая помощь. В 2016 году в регионы направлено 2154 автомобиля скорой медицинской помощи класса В и 113 реанимобилей. За счет этого на 37 % обновлен автопарк автомобилей класса В со сроком эксплуатации свыше 5 лет и на 19 % – класса С. Как результат, в 2016 году показатель 20-минутного доезда скорой медицинской помощи обеспечен в 88,3% случаев на всей территории страны, а при ДТП – в 94 %.

До конца 2018 года во всех регионах должна быть создана единая централизованная диспетчерская служба скорой помощи, которая на основе системы ГЛОНАСС позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время доставки пациента в стационар.

Для своевременной экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с жизненно-угрожающими состояниями, проживающим в труднодоступных районах со сложными климатическими и автодорожными условиями, в 2016 году инициирован проект по развитию санитарной авиации. Его реализация позволит уже в ближайшие 2 года в 34 регионах страны сформировать необходимую систему, которая обеспечит сокращение времени доставки больных в специализированные центры.

В целом, в стране выстроена современная служба экстренной специализированной медицинской помощи при жизненно-угрожающих состояниях на основе создания и правильного размещения на межрайонном уровне более 590 сосудистых центров и 1,5 тыс. травмоцентров, где применяются современные технологии ведения больных со сложными состояниями. Так, только за 2016 год частота применения тромболитика при ОКС выросла на 25,5 %, ангиопластик коронарных артерий – более чем на 11 % системного тромболитика при ишемическом инсульте – на 8,0 %. Увеличилась профильная госпитализация пациентов с острыми сосудистыми нарушениями на 6,4 %. Это обеспечило снижение госпитальной летальности больных с инфарктом миокарда и инсультом – на 6,0 % в среднем по стране.

Предпринятые меры позволили за 5 лет уменьшить смертность от инсультов – более чем на 34 %, ДТП – на 20 %.

Каждый регион знаком с результатами ежемесячного мониторинга качества оказываемой специализированной медицинской помощи при основных заболеваниях.

Предстоит серьезная работа над обязательным исполнением всех Порядков и сроков оказания медицинской помощи.

Отдельное направление нашей работы – повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Для этого в 2014 году создана новая организационная модель, предусматривающая поэтапное погружение методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования. Эта модель на практике доказала свою эффективность и позволила существенным образом увеличить объемы и доступность ВМП.

Если в 2013 году медицинская помощь была оказана 505,0 тыс. пациентов, то в 2016 году – более 963 тыс. больных. При этом значительно увеличились объемы ВМП по наиболее востребованным профилям: стентированию коронарных сосудов – более чем в 3 раза, эндопротезированию крупных суставов – на 44 %, ЭКЮ – в 3,6 раза.

В 2018 году ВМП будут получать более 1 млн. пациентов ежегодно, что приближается к реальным потребностям населения в данном виде помощи. Важно отметить, что и сеть медицинских организаций, выполняющих ВМП, расширилась в 3,7 раза – до 932 медицинских организаций, что существенно приблизило помощь к населению.

Одним из важнейших направлений работы является внедрение единых требований к качеству медицинской помощи и создание системы управления качеством.

В 2014-2016 годах (совместно с профессиональным сообществом, Национальной Медицинской Палатой) впервые была создана национальная система клинических рекомендаций при основных заболеваниях человека. Для ускоренной адаптации к ним врачей в декабре 2016 года завершено создание электронного рубрикатора клинических рекомендаций и быстрой поисковой системы алгоритмов диагностики и лечения по ключевым словам и графологическим структурам. С 2017 года данная система начинает внедряться повсеместно через автоматизированные рабочие места врачей. Внедрение клинических рекомендаций во всех регионах должно быть завершено до конца 2018 года.

На основе клинических рекомендаций разработаны критерии оценки качества медицинской помощи, закрепляемые нормативно. Уже с июля 2017 года все экспертные и контрольные мероприятия будут проводиться с их применением.

Для помощи пациентам в реализации их главного права на охрану здоровья с 2016 года формируется институт страховых представителей в системе ОМС. Поэтапно вводятся контакт-центры и СМС-оповещения, сопровождение застрахованных в организации медицинской помощи, а также внедряются механизмы восстановления нарушаемых прав пациентов до наступления нежелательных последствий. Данная пациенто-ориентированная система должна быть сформирована к концу 2018 года.

Важным условием доступности и качества медицинской помощи является лекарственное обеспечение. Одной из главных задач 2016 года стало сдерживание цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты. За год

цены на них в амбулаторном сегменте увеличились на 1,4 %, что много ниже инфляции, тогда как для препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП – на 7,4 %.

В 2 раза сократилось количество рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании.

При этом анализ практики государственных закупок лекарственных средств в регионах показал сохраняющийся значительный разброс цен на одинаковые препараты. С тем, чтобы его устранить, а также в целом снизить цены при государственных закупках, совместно с ГК «Ростех» и Федеральным Казначейством создана единая информационно-аналитическая система, которая будет содержать информацию о всех планируемых закупках и автоматизировано просчитывать среднюю взвешенную рыночную цену по каждому МНН и торговому наименованию, а также отклонение от нее по каждой закупке. Система начала функционировать с 1 марта в тестовом режиме, а уже с начала следующего года будет запущена в эксплуатацию в полном объеме.

В 2016 году введены в действие новые фармакопейные статьи, определяющие стандартизованное качество лекарственных препаратов, а также практически завершена работа по подготовке XIV издания Государственной фармакопеи Российской Федерации.

Полностью истребить фальсифицированную и контрафактную продукцию позволит создаваемая Минздравом совместно с Федеральной Налоговой Службой автоматизированная система мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя к потребителю с использованием маркировки. К концу 2018 года поэтапно 100 % выпускаемых в обращение лекарственных препаратов будут промаркированы.

За последние 2 года в 2 раза увеличилось количество допущенных в гражданский оборот медицинских изделий, при этом количество отказов сократилось также вдвое.

Основной движущей силой поступательного развития отрасли являются медицинские работники. Все меры по совершенствованию здравоохранения должны базироваться на создании профессиональной среды, комфортной для работы медиков.

Принимаемые консолидированные меры по реализации Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. позволили добиться положительной динамики в численности врачей. Их число в 2016 году увеличилось на 854 человека. Сегодня мы можем констатировать рост, произошедший за 3 года, числа специалистов по дефицитным специальностям: «Онкология» – на 597 чел., «Анестезиология-реаниматология» – на 1184 чел., или 4,0 %, «Рентгенология» – на 478 чел., или 3,0 %, «Патологическая анатомия» на 95 чел., более 3-х %.

Особое внимание уделяется кадровому обеспечению на селе. Программа «Земский доктор» в 2016 году была не только продолжена, но и расширена: единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 50 лет, прибывшим на работу не только в сельский населенный пункт или рабочий поселок, но и в поселок городского типа. Число врачей, приехавших на село в рамках программы, на конец 2016 года составило почти 24 тыс. человек, увеличившись за год на 1,5

тысячи человек, или 2,6 %. При этом в 51 регионе уровень реализации программы составил 100 %. В этом году программа продолжается, на ее финансирование предусмотрены необходимые ресурсы.

В 2016 г. Минздравом совместно с Минобрнауки продолжена работа по увеличению объемов подготовки медицинских специалистов с высшим образованием. За 3 последних года объем подготовки в ВУЗах увеличился почти на 7 %.

Эффективно зарекомендовал себя механизм целевой подготовки, который позволил привлекать и закреплять молодых специалистов на конкретных рабочих местах. За 3 года целевая подготовка по программам специалитета расширилась почти на 7 %, а на последипломном уровне – на 13,5 %. При этом необходимо подчеркнуть повышение эффективности целевой подготовки в 2016 году почти до 90 %.

В этом году этот реально действующий механизм должен привести в первичное звено отрасли не менее 30 % выпускников медицинских ВУЗов и факультетов, прошедших аккредитацию.

В то же время, проблемы укомплектованности средними медицинскими кадрами все еще стоят очень остро.

Вызывает положительную оценку внедрение в 2016 году программы «Земский фельдшер» уже в 21 регионе страны. Замечательно, что в 2017 году еще в 9 регионах стартует эта программа. Однако всем регионам необходимо еще раз оценить потребности в среднем медицинском персонале и пересмотреть цифры приема в региональные медицинские колледжи, при этом активнее внедрять механизмы целевой подготовки.

Для медицины особенно важным является качество подготовки медицинских кадров. Необходимо отметить, что абитуриенты, поступающие в медицинские вузы, – хорошо подготовлены и мотивированы, о чем свидетельствуют высокий средний балл ЕГЭ – выше 78,9 и неизменно высокий конкурс. Неслучайно, по данным ВЦИОМ, профессия медика вышла на первое место по популярности – 35 % родителей хотели бы видеть своих детей врачами.

В настоящее время, совместно с Национальной Медицинской Палатой, разработаны и утверждены профессиональные стандарты по базовым медицинским специальностям. Создание всех профессиональных стандартов для врачей-специалистов и среднего медицинского персонала будет завершено к концу 2018 года. В соответствии с профессиональными стандартами, в течение полугода после их принятия происходит актуализация образовательных стандартов и программ.

В 2016 году дан старт принципиально новой системе допуска к профессиональной медицинской деятельности через проведение профессиональным сообществом аккредитации по международному стандарту OSCE. В 2016 году аккредитацию успешно прошли 98 % выпускников по специальности «Стоматология» и 94 % – по специальности «Фармация». В этом году механизм аккредитации будет распространен на выпускников по всем специальностям группы «Здравоохранение и медицина», а до конца 2021 года – на всех медицинских специалистов отрасли.

В 2016 году завершено создание национального регистра врачей и единого информационного портала непрерывного повышения квалификации, включающего перечень программ теоретической и практической подготовки, стажировок на рабочем месте, интерактивные модули самостоятельного обучения.

Важной задачей является обеспечение достойных условий работы медиков, включая повышение уровня заработной платы и создание эффективных систем стимулирования. По данным Росстата, с 2012 года среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно более чем на 47, 46 и 75 %.

По итогам 2016 года, в целом по Российской Федерации, среднемесячная заработная плата врачей составила 50,7 тыс. рублей, среднего персонала – 28,2 тыс. рублей и младшего персонала – 16,8 тыс. рублей. На эффективный контракт переведено 83 % работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Для действительного преобразования условий труда медицинских работников, снижения бремени бумажной работы необходимо активное внедрение в медицинских организациях информационных систем. По итогам 2016 года, обеспечено компьютерным оборудованием около 470 тыс. рабочих мест врачей, или 70 % от необходимого количества. Запланировано к концу 2018 года подключить к единой государственной информационной системе все больницы и поликлиники.

В 2016 году был создан федеральный сегмент многоуровневой системы телемедицинских консультаций. До конца 2018 года необходимо внедрить регламенты оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и настроить работу многоуровневой телемедицинской системы по основным медицинским профилям – от ведущих федеральных учреждений до региональных организаций первого и второго уровней.

Особое значение имеет формирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, которое позволит:

- внедрить перекрестный электронный документооборот и личный кабинет пациента,

- создать архив цифровых медицинских изображений с применением интеллектуальных компьютерных программ для их автоматизированного чтения и повышения точности и своевременности диагностики,

- внедрить автоматизированную экспертизу качества медицинской помощи.

Интеграция ЕГИСЗ с информационно-аналитическими системами ОМС и обеспечения лекарствами и медицинскими изделиями позволит проводить анализ ресурсной эффективности здравоохранения.

Таким образом, мы перейдем на новый уровень эффективного управления здравоохранением, преемственностью и качеством оказания медицинской помощи.

Защита интересов медиков: на это держит ориентир Профсоюз работников здравоохранения РФ // Медицинская газета. – 2017. – 16 июня (№43). – С. 1, 8-9.

Состоявшийся недавно V Пленум ЦК отраслевого Профсоюза определил тактику действий в условиях избранного курса Правительством РФ на минимизацию социальных обязательств государства, оптимизацию расходов в отечественной экономике, что не могло не сказаться негативно и на медицинской отрасли. В целом, по оценкам экспертов, наше здравоохранение недофинансируется приблизительно в 2 раза по сравнению с международными стандартами. Не удивительно, что вторжение в отрасль рыночных принципов привело к снижению социально-трудовых прав и социальных гарантий работников. Медицина по своей природе является стратегическим ресурсом, а потому «перемены» в ней не могут не волновать общество.

Главный докладчик, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Геннадий Щербаков, напомнил слова Президента России Владимира Путина на заседании Совета при Президенте страны по стратегическому планированию и приоритетным проектам: «...нужно повышать престиж, статус, материальное положение медицинских работников, укреплять их защиту, в том числе и правовую... Здравоохранение, как образование, – это не просто сфера услуг: врачи, учителя выполняют важнейшую для будущего страны и общества работу».

Повестка заседания «О состоянии и уровне оценки труда работников здравоохранения в современных условиях» назрела и связана с выполнением Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. Если вспомнить ситуацию тех дней, то медицинское сообщество ждало больших изменений, так как внимание было обращено на значимость их труда. Все надеялись на обнадёживающие перемены в оценке труда, кадрового сбережения и престижа профессии медика. Решение этих вопросов в конечном счёте влияло бы на повышение качества и доступности медицинской помощи российским гражданам.

Одной из целей Майских указов был рост благосостояния врача, медицинской сестры, санитарки. За последние годы среднестатистический уровень номинальной заработной платы у этих категорий работников вырос. По итогам 2016 г. у врачей средняя зарплата составила 50 тыс. руб., у среднего медицинского персонала – 28 тыс., а у младшего медперсонала – 18 тыс. Но при этом надо иметь в виду, что коэффициент совместительства в здравоохранении составляет, по данным Минздрава России, 1,4, а на практике – 2 и более, обратил внимание докладчик.

Не один год продолжаются споры между властью и медицинскими работниками, которые упорно опровергают рапорты чиновников об успешном выполнении Майских указов, что их реальные размеры заработной платы не имеют ничего общего со среднестатистическими. Объективным подтверждением стали данные, полученные по результатам социологического опроса 1,5 тыс. врачей, медсестёр, санитарок в рамках научно-исследовательской работы, проведённой по заказу профсоюза Академией труда и социальных отношений. Так, зарплата по основному месту работы около трети врачей укладывается в пределах от 10 тыс. до 19,9 тыс. руб., ещё около трети врачей – от 20 тыс. до 29,9 тыс. При этом доля медицинских работников, которые полностью удовлетворены своей зарплатой по основному месту работы, не превышает 3 %. А общий уровень негативных оценок

заработной платы среди участников исследования составил 86-94 %, то есть подавляющее большинство.

Настораживающим фактом является снижение за последние 4 года фактических размеров заработной платы у каждого третьего из числа опрошенных. Динамическая оценка официальных статданных, которую регулярно проводит ЦК Профсоюза, также свидетельствует об уменьшении в 2016 г. по ряду субъектов РФ размеров оплаты труда по категориям работников. Исполнение указов осуществляется в основном за счёт возрастающей нагрузки на медицинских работников, дополнительных видов работ в условиях кадрового дефицита. Среди участников социологического опроса доля работающих свыше 60 часов в неделю с учётом дополнительной занятости достигает более 40 %.

Президент в своём указе называет в качестве ориентира среднюю заработную плату в привязке к региону. Но в Правительстве своя новация – в 2015 г. устанавливается иной ориентир – так называемый среднемесячный доход от трудовой деятельности, что автоматически понизило величину этого ориентира на 11-15 %.

Экономическая политика исполнительной власти ведёт к откровенному занижению цены труда, что подтверждается, в том числе изменением сроков достижения целевых показателей «дорожных карт», их корректировка с определением итогового периода не в 2017 г., а в 2018 г., то есть на один год позднее. При этом изменения в соответствующие распоряжения Правительства РФ не внесены, в рамках социального партнёрства они не обсуждались. Неоднократные возражения на этот счёт отраслевого профсоюза правительством во внимание не были приняты.

Таким образом, констатировал докладчик, долгожданные 200 % от средней зарплаты в экономике региона врачи дождутся на год позднее, лишь в 2018 г.

Что происходит с совершенствованием систем оплаты труда?

За 2016 г. не выполнены региональные «дорожные карты» в отношении врачей в 21 субъекте РФ, среднего медицинского персонала – в 13, младшего медицинского персонала - в 34. Анализируя ход выполнения Указа № 597, нельзя не отметить ещё одну важнейшую его составляющую. Это совершенствование самих систем оплаты труда, на что была направлена соответствующая программа, утверждённая Правительством страны. Она состояла в установлении базовых окладов в бюджетной сфере по профессиональным квалификационным группам, а также в увязке через «эффективный контракт» размеров заработной платы с результатами качественного труда, как работников, так и коллектива учреждения в целом. Но все предпринятые профсоюзом попытки побудить Минтруд России к решению этих вопросов до сих пор не дали положительного результата. Обозначенный программой 2015 г. как срок утверждения базовых окладов Правительством страны не выполнен.

Надо отдать должное, в течение 2 лет профсоюз совместно с Минздравом России проводит целенаправленную работу по совершенствованию систем оплаты труда, исходя из увеличения гарантированной части (должностного оклада) в структуре зарплаты, что должно стать основой для утверждения единых базовых окладов. В 72 субъектах структура заработной платы пересмотрена. Но, к

сожалению, в условиях отсутствия дополнительных финансовых средств лишь в 25 из них удалось в полном объёме достичь рекомендованного соотношения составных частей зарплаты.

В подавляющем большинстве регионов оклады для младшего медицинского персонала не достигают МРОТ, а в 32 – даже и для врачей.

Докладчик обратил внимание заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Сергея Краевого, присутствовавшего на пленуме, на совершенствование систем оплаты труда федеральных бюджетных и автономных учреждений, в том числе образования, науки, санаторно-курортных. Здесь серьёзный пробел – до настоящего времени не пересмотрены утверждённые ещё в 2008 г. примерные положения по оплате труда. А ведь решение этого вопроса – только в компетенции Минздрава России.

Серьёзной ревизии в структуре заработной платы подверглись и выплаты компенсационного характера, в том числе за вредные и опасные условия труда. Это вызывает справедливое недовольство в коллективах. Для их разрешения требуется совместная проработка вопросов на уровне Профсоюза и его организаций, Минздрава и Минтруда России.

Не менее актуальной, подчеркнул докладчик, сохраняется проблема, связанная с минимальной гарантией в уровнях оплаты труда – это МРОТ. Профсоюзы всегда настаивали и продолжают настаивать на повышении её величины до прожиточного минимума, что и предусмотрено Трудовым кодексом РФ. Можно только приветствовать намерения Правительства страны, озвученные премьером, о разработке механизма реализации данной нормы уже в ближайшее время. Но, в то же время, эти меры без дополнительного финансового обеспечения, без изменения правовой основы МРОТ, без исключения из его структуры надтарифных выплат, приведут к дальнейшему усугублению вопросов, связанных с дифференциацией в уровнях оплаты труда квалифицированных и неквалифицированных работников.

Г. Щербаков привёл слова из выступления на недавно прошедшем медиафоруме под названием «Правда и справедливость» одной из участниц, охарактеризовавшей Президенту РФ Владимиру Путину оптимизацию в Еврейской автономной области: «Ликвидация всего, что есть, всего, что ещё может работать!» А ещё она попросила Президента спросить у властей области: «Чего им надо от народа и зачем они лишают нас здравоохранения?».

«Подобное мнение о проводимой оптимизации сложилось у значительной части россиян», – отметил докладчик. Так называемая оптимизация штатной численности на деле означает сокращение штатных должностей и при явном дефиците кадров ведёт к тому, что дополнительные объёмы работ вменяются медицинскому работнику зачастую без дополнительной оплаты, либо за смешную стимулирующую выплату.

Также Г. Щербаков затронул вопрос применения штрафных санкций к медицинским организациям. Актуальность этой темы в последнее время всё больше возрастает не только среди медицинского сообщества, и обусловлена она значительными объёмами финансовых средств, недополучаемых учреждениями.

Обсуждение этого вопроса на заседании постоянно действующей комиссии ЦК Профсоюза по защите прав врачей побудило более глубоко проанализировать данную ситуацию на основе данных, полученных от всех региональных организаций. В своих предложениях, направленных в Минздрав России и Федеральный фонд ОМС, профсоюз исходил из понимания, что пациент должен получать медицинскую помощь своевременно, качественно и в полном объёме. А невыполнение этого непреложного требования должно быть оценено соответствующим образом. Но при этом ЦК Профсоюза считает также необходимым учитывать, что допущенные нарушения в оформлении медицинской и отчётной документации могут быть обусловлены и объективными причинами, связанными и с уровнем материально-технического оснащения, и со значительным кадровым дефицитом, и с чрезмерной интенсификацией труда врача, медсестры, их психоэмоциональными нагрузками, с огромным объёмом документации, и с проблемами в компьютеризации и т.д.

В докладе был поднят вопрос о разработке отраслевой рамки квалификаций как составляющей части в системе Профессиональных стандартов специалистов в сфере здравоохранения.

Профсоюзы неоднократно призывали остановить распространение мер жёсткой экономии на социально значимые институты, уделить внимание достойной оценке труда работающих.

Принимая во внимание состояние и уровень оценки труда работников здравоохранения в современных условиях, президиум ЦК Профсоюза считает необходимым обратиться в адрес Президента страны с просьбой его личного содействия в принятии конкретных решений по регулированию обозначенного вопроса.

Масштабность задач, стоящих перед здравоохранением в современных условиях, требует внесения принципиальных изменений в механизм управления отраслью, воссоздания на новой основе элементов централизации этой стратегической сферы деятельности, по сути, обеспечивающей национальную безопасность.

Профсоюз выступает за социальное партнёрство во всех его формах, и на всех его уровнях и дальше будет энергично защищать права и интересы работников здравоохранения. Делается немало, но предстоит сделать ещё больше, заключил докладчик.

ЦК Профсоюза работников здравоохранения на своих пленумах не раз поднимал вопросы обеспечения социально-экономических и трудовых прав и интересов врачей, среднего и младшего медицинского персонала амбулаторно-поликлинического и стационарного звена с участием широкой медицинской общественности. А реализация Майских указов Президента является приоритетом в деятельности отраслевого профсоюза и его организаций в лечебных учреждениях. Поэтому так обстоятельно и доказательно обсуждались на последнем профсоюзном форуме состояние и уровень оценки труда работников и финансового обеспечения отрасли. Из доклада очевидно, что не всё намеченное выполнено. Это же констатировалось и в развёрнутом постановлении пленума ЦК Профсоюза. Поправить положение может усиление координации деятельности всех

профсоюзных организаций, повышение эффективности его взаимодействия с социальными партнёрами, используя при этом законные права и полномочия отраслевого профсоюза в защите и отстаивании интересов работников здравоохранения.

Выборным органам организаций профсоюза принять активное участие в осуществлении контроля за реализацией Указа Президента РФ от 07.05.2012 «О реализации государственной социальной политики», Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., утверждённой распоряжением Правительства РФ федеральной и региональных «дорожных карт» по повышению эффективности здравоохранения.

ЦК Профсоюза, выборным органам его региональных организаций продолжить работу с органами законодательной и исполнительной власти в рамках формирования бюджетов всех уровней бюджетной системы на 2018-2020 гг., исходя из необходимости повышения уровня финансового обеспечения деятельности здравоохранения и оплаты труда работников.

По итогам первого полугодия 2017 г. совместно с органами управления здравоохранением и фондами ОМС провести мониторинг ситуации о состоянии оплаты труда работников в ходе исполнения принятых бюджетов. По результатам их анализа рассмотреть возможность и целесообразность подготовки предложений в Российскую и региональные трёхсторонние комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, Госдуму России, органы законодательной власти субъектов РФ о внесении соответствующих изменений в бюджеты, в первую очередь, связанных с индексацией фондов оплаты труда, а также финансового обеспечения повышения уровня МРОТ с 1 июля 2017 г.

Продолжить работу по совершенствованию систем оплаты труда работников, внесению изменений и дополнений в нормативные правовые акты Минздрава России, Роспотребнадзора, субъектов РФ, соответствующие региональные соглашения, исходя из необходимости увеличения гарантированной зарплаты (должностного оклада), обеспечения гарантий работников, осуществляющих свою деятельность во вредных (опасных) и иных условиях труда.

Председателям, выборным органам региональных организаций профсоюза рекомендовано активизировать свою деятельность по защите и финансовому обеспечению трудовых, профессиональных, социально-экономических прав и интересов работников в условиях проведения мероприятий по реформированию здравоохранения, реструктуризации сети учреждений и их штатной численности.

Оперативно информировать ЦК Профсоюза о проблемах и нерешённых вопросах обеспечения профессиональных, трудовых прав, повышения уровня оплаты труда работников здравоохранения в рамках реализации планов мероприятий («дорожных карт»).

Активизировать работу по контролю за правильностью исчисления заработной платы работников, реализацией комплекса мер в совершенствовании системы оплаты труда работников учреждений, принятию мер по устранению выявленных нарушений в оплате труда.

Главная задача – работа с органами законодательной и исполнительной власти федерального уровня по разработке и утверждению Комплексной федеральной программы кадрового обеспечения здравоохранения, а также по внесению соответствующих дополнений, предусматривающих комплекс мер социальной поддержки медицинских работников, в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Совместно с Минтрудом и Минздравом России профсоюз продолжит подготовку предложений в Единые рекомендации РТК по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2018 г. для обеспечения единых подходов при формировании условий и размеров оплаты труда с учётом специфики деятельности в сфере здравоохранения.

В постановлении пленума речь также идёт о формировании наказов кандидатам в Президенты РФ, в которых были бы поставлены проблемы социально-экономической защищённости прав и интересов медиков.

На пленуме ЦК Профсоюза было принято обращение к Президенту России «Об оплате труда работников здравоохранения». В нём чрезвычайно тщательно и детально изложена ситуация, сложившаяся с оценкой труда медицинских работников.

«Подводя итоги пятилетнего периода реализации вашего Указа от 7 мая 2012 г., можно без преувеличения отметить, что впервые за много лет он определил не только реальные шаги по повышению уровня оплаты труда медицинских работников, но и вызвал среди них широкий положительный резонанс в понимании значимости их труда в российском обществе. С сожалением мы вынуждены констатировать, что меры по его реализации часто направлены на получение формальных, а не истинных результатов оценки труда работников здравоохранения.

При этом ряд решений напрямую искажает смысл Указа. В их числе применение Правительством РФ с 2015 г. показателя «среднемесячный доход от трудовой деятельности по субъекту РФ» взамен обозначенного в вашем Указе целевого показателя «среднемесячная заработная плата по субъекту РФ». В результате существенно уменьшена, а по оценкам экспертов Минэкономики России – не менее чем на 11%, исходная величина, относительно которой определяются индикативные показатели увеличения зарплаты отдельных категорий работников во всех регионах. С учётом изменений сложившиеся по итогам 2016 г. соотношения среднемесячной заработной платы по категориям медицинских работников к показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности по России оказались завышенными по сравнению с расчётными показателями по «старой» методике, исходя из среднемесячной заработной платы в стране.

Принципиально важным является также вопрос о неправомерности включения при исчислении средней заработной платы ряда выплат, относящихся к мерам социальной поддержки, в том числе компенсации по оплате жилищно-коммунальных услуг, имеющих систематический характер, что напрямую противоречит нормам Трудового кодекса РФ».

В обращении также говорится, что одним из источников финансового обеспечения повышения уровня оплаты труда работников продолжает оставаться оптимизация сети учреждений здравоохранения и штатной численности. Реализация данного направления ещё более усугубляет существующий дефицит кадров специалистов и приводит к значительному росту интенсификации труда работников. В этих условиях расчёт среднемесячной заработной платы медицинских работников, учитывающий все виды дополнительных работ, также формирует необъективную, формально-арифметическую статистику и не позволяет оценить реальный размер оплаты за осуществление трудовой функции в пределах установленной продолжительности рабочего времени.

Озабоченность профсоюза вызывает и перенос итогового срока реализации Указа. В 2016 г. субъектам РФ было дано указание о корректировке сроков достижения целевых показателей по категориям медицинских работников с окончанием в 2018 г.

В обращении к Президенту России Профсоюз работников здравоохранения РФ вынужден констатировать, что реальное положение с обеспечением социально-экономических прав работников принципиально не меняется. А дальнейшее обострение проблемы и без того крайне низкого уровня материальной оценки труда работников сферы здравоохранения на фоне роста интенсификации их труда не позволит решить и кадровое обеспечение отрасли, что, в свою очередь, сопряжено с ухудшением качества и снижением доступности оказываемой медицинской помощи населению. В этой связи профсоюз считает необходимым принятие на федеральном уровне Комплексной программы по совершенствованию кадровой политики в сфере здравоохранения, ориентированной не только на совершенствование подготовки кадров, повышение квалификации специалистов, но и на решение вопросов достойной оценки их труда, соответствующей степени социальной значимости и ответственности их профессиональной деятельности.

Профсоюз, изложив свою позицию, выразил надежду на личное содействие Президента РФ в инициировании принятия конкретных решений по материальной заинтересованности медицинских работников в достижении высоких конечных результатов труда, что отразится на доступности и качестве медицинской помощи.

За счёт субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования оплачивается порядка 80 % стоимости всей медицинской помощи, оказываемой россиянам. На это обратила внимание в своём выступлении заместитель председателя фонда ОМС Елена Сучкова.

– ОМС сегодня – основная ресурсная база отечественного здравоохранения, это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи, – сказала Е. Сучкова. – Базовая программа ОМС является фундаментом современной системы охраны здоровья, охватывая практически все виды медицинской помощи: первичную медико-санитарную, включая профилактическую, специализированную и высокотехнологичную, скорую медицинскую помощь. Субвенции территориальным фондам ОМС для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации только за последние 5 лет увеличились в 2,4 раза: с 640 млрд. руб. в 2012 г. до более 1,5 трлн. в 2016 г.

Заместитель председателя ФОМС особо подчеркнула роль Федерального фонда в укреплении кадрового потенциала системы здравоохранения, в устранении территориального дисбаланса распределения медицинских работников, ставшего острой проблемой в последние годы.

Также Е. Сучкова проинформировала, что прирост субвенции территориальным фондам в 2017 г. утверждён в Федеральном законе о бюджете фонда. Также запланированы необходимые средства на прирост субвенций территориальным фондам на 2018 г. для того, чтобы уже с 1 января 2018 г. заработная плата медицинских работников соответствовала целевым значениям, обозначенным в указе.

Е. Сучкова обратила внимание участников пленума на работу страховых представителей, которые начали свою деятельность с середины 2016 г. «Страховые представители, от оператора контакт – центра до эксперта качества медицинской помощи, другие обеспечивающие функционирование организационных инноваций специалисты – это новые работники нашей отрасли: сотрудники контакт-центров, диспетчеры, логистики, специалисты информационных технологий, высококвалифицированные медицинские эксперты.

За прошедший год мы наполнили кадрами обновлённую схему работы с застрахованными лицами, запустили во всех регионах контакт-центры, обеспечили техническую и методическую настройку информационного взаимодействия участников ОМС. С 2017 г. к работе приступили более 6,5 тыс. страховых представителей», – сказала она.

В завершение своего выступления Е. Сучкова выразила благодарность от Федерального фонда за плодотворное сотрудничество Центральному комитету Профсоюза работников здравоохранения и лично его председателю – Михаилу Кузьменко. «Именно по предложению ЦК Профсоюза мы внесли изменения в нормативную базу, снижающие размеры штрафных санкций, применяемых к медицинским организациям за некоторые установленные правовыми актами нарушения при оказании ими медицинской помощи», – отметила она, добавив, что по другим предложениям ЦК Профсоюза работников здравоохранения работа продолжается.

Заместителю министра здравоохранения РФ Сергею Краевому был задан вопрос относительно численности младшего медперсонала. По данным Росстата за первые три квартала 2016 г., количество младших медицинских работников в России сократилось на 41 тыс. человек. Чаще всего эти функции передают на аутсорсинг. Тем самым выводя этих сотрудников из числа медицинских работников. Но в результате в поликлиниках и больницах работают уборщицы от фирм-исполнителей, которые часто нанимают своих сотрудников из числа мигрантов.

– Мы знаем, что это большая тема, – ответил он. – Но у нас нет нормативного документа, который даёт жёсткие требования к штатному расписанию. Действующее законодательство предоставляет руководителю медицинской организации самостоятельно принимать решение по формированию её структуры, определять численный состав работающих. Таким образом, это устанавливает руководитель медицинского учреждения.

Кроме того, Сергей Краевой напомнил, какие изменения произошли в здравоохранении за последние годы. Но, безусловно, руководство отрасли признаёт, что проблем ещё очень много.

Общий интерес всегда вызывают выступления из регионов, основная мысль которых на этот раз была в том, что профсоюз не может позволить снизить жизненный уровень работников здравоохранения страны. Председатель Оренбургской областной организации профсоюза Людмила Варавва подчеркнула, что говорить о повышении качества медицинской помощи без увеличения уровня оплаты труда бессмысленно. Это должны понимать организаторы здравоохранения.

На первый взгляд, Оренбуржье имеет хорошую обеспеченность врачами на 10 тыс. населения, если исходить из среднероссийских показателей. Однако плотность населения в каждой территории разная. И без поправочного коэффициента, сопоставление цифр обеспеченности ни о чём не говорит. На самом деле врачей в городах и районах области не хватает. По официальным данным, коэффициент совместительства достигает 1,4, а по некоторым специальностям доходит до 2.

Программа «Земский доктор» позволила привлечь на работу на село молодых врачей. Но многие из них женщины. Законодательство позволяет им, устроившись на работу в ЦРБ, уйти в декретный отпуск. Между тем ни один из нормативных документов не запрещает засчитывать время ухода за ребёнком в стаж отработки за полученные подьёмные в миллион рублей.

Ещё одна проблема – не удаётся серьёзно поднять уровень гарантированной части оплаты труда, в Оренбургской области для врачей он составляет 11 тыс. руб. Причина – не хватает денег.

Обсуждение основного доклада и выступлений вызвало настоящую полемику, поскольку в каждом регионе есть десятки проблем, которые решаются с большим трудом. Атакой откровенный разговор о них сегодня редко услышишь на совещаниях высокого уровня. Профсоюз последовательно и настойчиво защищает интересы медицинских работников. Это ещё раз показал пленум, обсудивший одну из самых острых проблем отечественного здравоохранения.

Карачевцева, М. А. Как страховые компании и ТФОМС будут оценивать качество медпомощи с 1 июля 2017 года // Заместитель главного врача. – 2017. – № 7. – С. 34-37.

С 1 июля 2017 года вступает в силу приказ Минздрава России от 11.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Будут ли использовать новые критерии страховые компании и территориальные фонды ОМС при проверках?

Экспертиза качества с точки зрения законодательства.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Закон № 323-ф3) определил, что территориальные фонды ОМС и страховые компании контролируют качество оказанной медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ об ОМС (подп. 3 п. 2 ст. 87). Для

этого эксперты проводят экспертизу качества медицинской помощи, которая регулируется также законодательством об ОМС (п. 3 ст. 64).

Эксперты проводят экспертизу качества медицинской помощи, руководствуясь приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок).

Они проверяют соответствие медицинской помощи:

- договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- порядкам оказания медицинской помощи;
- стандартам медицинской помощи;
- клиническим рекомендациям (протоколам лечения);
- сложившейся клинической практике.

Это определено пунктом 21 Порядка.

В действующей редакции Порядка нет указания на то, что эксперт проверяет, соответствует ли медицинская помощь критериям качества, утвержденным Минздравом России. Но ситуация может измениться в случае, если в приказ ФФОМС или в Федеральный закон № 323-ФЗ будут внесены изменения. Как страховые компании и фонды ОМС смогут использовать новые критерии, начиная с июля 2017 года?

В рамках действующего законодательства эксперты качества медицинской помощи смогут применять критерии при экспертизе в ОМС в случае, если они утверждены в составе порядков, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов), а их невыполнение соответствует нарушениям в утвержденном ФФОМС Перечне нарушений (приложение 8 к Порядку). В иных случаях критерии могут:

- служить для отбора случаев на экспертизу качества медицинской помощи, в частности, целевую экспертизу в случаях развития осложнений, повторных операций и т. д.;
- ориентировать эксперта на необходимость установления причинно-следственной связи дефектов в оказании медицинской помощи с развитием осложнений, включенных в критерии качества;
- определять элементы лечебно-диагностического процесса, правильность выполнения которых требует обязательной экспертной оценки.

Формализованный подход в новом приказе.

Если врачи и эксперты будут концентрировать внимание на соответствии отдельных элементов врачебного процесса критериям качества, это приведет к излишней формализации врачебного и экспертного мышления. Также могут непредсказуемо увеличиться иные дефекты, не включенные в критерии качества. Речь идет о критериях по группам заболеваний, составляющих третий раздел нового приказа.

С 1 июля медицинские организации будут применять новые критерии в рамках внутреннего контроля качества и безопасности, а экспертизу в рамках ОМС страховые компании и ТФОМС будут проводить в уже установленном порядке.

Шишкин, С. В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы медиков // Экономист лечебного учреждения. – 2017. – № 5-6. – С. 13-22.

Главным вызовом новейшего времени для российской системы здравоохранения выступает необходимость решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования. В статье представлены основные положения из доклада Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2016 году.

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить требуемую динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и роста оплаты труда медиков. Сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения.

Прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала. В ответ на этот вызов в последние годы реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности, проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Заметное продвижение в преобразовании системы оказания медицинской помощи обеспечено по следующим направлениям:

- расширение мероприятий по профилактике заболеваний, расширение масштабов и повышение эффективности диспансеризации населения;
- реорганизация сети больниц в сторону их укрупнения и сокращения маломощных и неэффективных подразделений;
- развитие стационарозамещающей медицинской помощи;
- формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, создание межрайонных центров, в которых концентрируются диагностические и кадровые ресурсы специализированной помощи в муниципальных образованиях;
- развитие сектора высокотехнологичной медицинской помощи, расширение объемов этой помощи, в том числе в региональных медицинских учреждениях;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы, утвержденной Правительством РФ в 2012 г., была дана целевая установка на привлечение не менее одной трети средств, необходимых для повышения заработной платы, за счет реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности. По нашей оценке, при проведении реструктуризации медицинской помощи (сокращении объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи) объем средств, которые за счет этого можно было бы привлечь для повышения заработной платы, составляет 10,5% от требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013-2018 гг. при сохранении прежней численности медицинских работников. Таким образом, указанная целевая установка предопределяет необходимость проведения упрощенной

реструктуризации (то есть не замещения одних видов помощи другими, а сокращения сети учреждений, коечного фонда, кадров и т.д. с ущербом для качества и доступности медицинской помощи) и интенсивного развития платных медицинских услуг.

В целом по стране сокращения сети, коечного фонда и медицинских работников были пока небольшими: в 2013-2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3 %, а коечный фонд – на 4,5 %. Численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014-2015 гг. уменьшилась всего лишь на 1 %, а среднего медицинского персонала – на 2,8 %. Больше было сокращений младшего медицинского персонала – на 12,8 %.

Проводимые преобразования пока не привели к преодолению структурных проблем. Объемы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на 100 жителей, в России на 30-50 % выше, чем в западноевропейских странах. Большие объемы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обуславливают перекоп врачебных ресурсов в сторону стационара. В то же время идет сокращение численности участковых врачей: с 2007 по 2013 г. она уменьшилась на 14 %. Дефицит врачей участковой службы оценивается экспертами на уровне 25-30 %.

Размер участков во многих регионах существенно превосходит рекомендуемые нормативы. Так, в Москве среднее число взрослого населения на одного участкового терапевта составило в 2014 г. 3290 чел. при нормативе 1700 человек.

Реформирование московского здравоохранения, проводимое в последние четыре года, привлекло особое внимание медицинской общественности и средств массовой информации. Масштабы сокращения коечного фонда (на 18,1 % в 2013 – 2014 гг.) и врачей (на 3,6 %) были в четыре раза больше, чем в среднем по стране. Сокращение коечного фонда стационаров и перемещение лечения части заболеваний в поликлиники не всегда происходило безболезненно для пациентов. Но проведенная реорганизация поликлиник и их информатизация, масштабное оснащение амбулаторного звена диагностическим оборудованием, создание новой модели участковой службы, в которой обеспечивается специализация врачебного и медсестринского персонала на выполнении отдельных ее функций) позволили улучшить доступность первичной медицинской помощи и диагностических исследований. Вместе с тем проблемой для московского здравоохранения остается кадровое обеспечение участковой службы.

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы ОМС, проведенной в 2011-2015 гг. Ее главными результатами стали стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г. размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. Этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

Доля государственного финансирования здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения. С 2015 г. финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало «одноканальным»: оно осуществляется только из одного источника – средств ОМС, а не двух – средств ОМС и бюджетных субсидий, как это было ранее. Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением финансовой ситуации во многих медицинских организациях, но причина этого не реформа, а снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного финансирования действительно сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе.

В последние годы предпринимаются попытки реализации нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны содействовать повышению ее эффективности: внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи, лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам, обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услуг, дополнительное медицинское страхование «ОМС+» и др. Но эти нововведения не имеют пока ощутимых позитивных эффектов.

В условиях экономического кризиса к числу приоритетных направлений политики в области организации оказания медицинской помощи следует отнести развитие профилактики заболеваний и повышение квалификации кадров, прежде всего, в участковой службе.

Главными приоритетами политики в сфере обязательного медицинского страхования в этот период должны выступать:

- обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций;
- развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом ее качества и эффективности работы этих организаций.

Учитывая низкие оценки готовности врачей работать больше и лучше при условии большей увязки размеров оплаты труда с их трудовым вкладом и желание врачей иметь более высокую базовую часть заработной платы, следует изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016-2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда. Необходимо переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части заработной платы, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой заработной платы с этим уровнем.

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения в посткризисный период должны стать укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение квалификации, социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников.

Укрепление первичной медико-санитарной помощи является в современных условиях ключевым направлением повышения результативности системы здравоохранения. Это даст возможность повысить эффективность использования ресурсов в значительно большей мере, чем закрытие больниц, сокращение их мощности и прочие оптимизационные мероприятия. Результаты этого почувствует основная часть населения, обращающаяся в медицинские учреждения в связи с наиболее массовыми заболеваниями. Снижение нагрузки на участковую службу (обеспечение притока врачей в этот сектор и разукрупнение участков), расширение функционала врачей первичного звена, обеспечение более тесных медико-технологических связей между отдельными медицинскими службами, преемственности лечения на разных этапах – вот наиболее важные меры, соответствующие как новой экономической ситуации, так и долгосрочным задачам развития отрасли. Они не требуют серьезных вложений, но могут дать быстрый и ощутимый эффект.

Приоритетными направлениями изменений в системе финансирования здравоохранения в послекризисный период должны выступать:

- развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов;
- развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;
- введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии);
- развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения;
- активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи.

В период экономического роста, благодаря значительному увеличению государственного финансирования здравоохранения (в 2,5 раза в реальном выражении в 1999-2012 гг.), в этой сфере был реализован ряд масштабных государственных программ: дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий населения (с 2005 г.), Национальный проект «Здоровье» (2006-2013 гг.), региональные программы модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.), которые позволили обеспечить медицинские учреждения современным оборудованием, увеличить объемы лекарственной, профилактической и высокотехнологичной медицинской помощи населению. В этот же период происходили позитивные изменения в состоянии здоровья населения: с 2006 г. началось снижение показателей смертности (рис. 2), с 2009 г. – стабилизация показателей заболеваемости.

Корреляция динамики показателей государственного финансирования здравоохранения и состояния здоровья населения в рассматриваемый период времени очевидна, но говорить о наличии прямой причинно-следственной связи между ними было бы некорректно: влияние размеров финансирования на уровень

заболеваемости и смертности, очевидно, опосредуется многими другими факторами.

В 2012 г. политическим руководством страны были поставлены задачи значительного уменьшения смертности населения от основных причин и масштабного повышения оплаты труда медицинских работников к 2018 г.

В Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» определены целевые показатели государственной политики в сфере здравоохранения по снижению в 2018 г. смертности от болезней системы кровообращения, дорожно-транспортных происшествий, новообразований, туберкулеза, младенческой смертности и увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В Государственной программе «Развитие здравоохранения» целевые значения этих показателей были установлены для каждого года планового периода 2013-2020 гг.

Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» заработная плата врачей должна быть повышена к 2018 г. до 200 % от средней заработной платы в соответствующих регионах, а заработная плата среднего и младшего медицинского персонала – до 100 %.

Но уже через несколько месяцев после принятия этих указов при утверждении федерального бюджета на 2013-2015 гг. произошло изменение приоритетов бюджетной политики. Рост государственных расходов на здравоохранение в 2003-2012 гг. (в 1,9 раза в реальном выражении) был приостановлен в 2013 г. В последующие годы в связи с развертыванием экономического кризиса и сокращением бюджетных доходов ситуация ухудшилась. Расходы государства на здравоохранение в 2014 г. уменьшились в реальном выражении на 1,0 %, а в 2015 г. – на 2,9 %.

Таким образом, здравоохранение столкнулось с необходимостью решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования. Никогда до этого отечественному здравоохранению не удавалось обеспечивать существенное улучшение показателей здоровья населения без дополнительных государственных средств. Повышение эффективности деятельности системы здравоохранения без денег – это главный вызов новейшего времени.

В последнее время оживленно ведется еще одна дискуссия, которая касается соответствия российской системы ОМС страховым принципам. При этом страховые принципы зачастую отождествляются с принципами организации добровольного медицинского страхования. Если следовать такому подходу, то дискуссия изначально обрекается на низкую продуктивность. Система ОМС в любом ее дизайне всегда будет отличаться от добровольного медицинского страхования и не соответствовать принципам, по которым оно построено. Вопрос состоит в другом – в определении степени развития страховых принципов в той или иной модели ОМС.

По нашему мнению, страховые принципы следует понимать как требования, которым должна отвечать система страхования для ее устойчивого и эффективного функционирования. К таким принципам следует отнести:

- Возможность выбора страховщика.
- Возможность выбора страхового покрытия (передаваемых рисков).
- Равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению.
- Необратимость передачи страховщику рисков несения затрат, связанных со страховым случаем (страховщик несет финансовую ответственность за переданные ему риски и не может разделить ее с другими субъектами после наступления страхового случая).

В системе ОМС отношения между страхователями, страховщиками и застрахованными регулируются государством, что означает их ограничение, а соответственно, и ограничение действия указанных выше страховых принципов.

Из этого следует, что развитие страховых принципов в системе финансирования здравоохранения необходимо понимать как такое регулирование государством отношений между страхователями, страховщиками (организациями, выполняющими функции страховщиков) и застрахованными, которое обеспечивает развитие (ослабление или снятие ограничений на действие) указанных выше страховых принципов.

В российской системе ОМС уже обеспечена реализация первого страхового принципа. Правда, формально статус страховщика имеет только Федеральный фонд ОМС, но фактически часть функций страховщика выполняют территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО). Граждане имеют возможность выбора страховой медицинской организации, и между СМО существует конкуренция.

Второй страховой принцип (возможность выбора страхового покрытия) в действующей системе ОМС не реализуется.

Третий страховой принцип (равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению) означает установление таких отношений между участниками системы ОМС, при которых:

- обязательства страховщика по страховому возмещению увязаны с размером страховых взносов, рассчитанным на основе оценки потребности застрахованных в медицинской помощи. Обеспечить реализацию этого требования в действующей российской системе ОМС в полном объеме практически невозможно, поскольку размер страховых взносов на ОМС определяется не столько актуарной оценкой будущих расходов застрахованных, сколько политическим решением об общем объеме средств на здравоохранение;

- распределение функций страховщика между разными субъектами производится таким образом, что обязательства, возложенные на страховые медицинские организации по покрытию затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи застрахованным гражданам, являются стабильными и сбалансированными (эквивалентными) с размерами передаваемых страховым медицинским организациям средств из территориальных фондов ОМС.

В российской системе ОМС такую стабильность и сбалансированность обеспечить пока полностью не удастся. Финансовые параметры системы (тарифы на медицинские услуги, размер подушевого финансирования СМО и проч.) не являются стабильными, что ограничивает предсказуемость финансовых затрат СМО, а следовательно, и их возможности нести финансовые риски. В ситуации нестабильности финансовых параметров системы ОМС расходы СМО на оплату медицинской помощи теряют связь с их поступлениями на основе подушевого норматива.

Четвертый страховой принцип (необратимость передачи страховщику рисков несения затрат, связанных со страховым случаем) означает, что страховщик несет полную финансовую ответственность за покрытие затрат, являющихся предметом его обязательств перед страхователем.

В действующей российской системе ОМС нет такого однозначного разделения обязательств и финансовых рисков между субъектами, выполняющими функции страховщика, – территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями. СМО финансируются на основе дифференцированного подушевого норматива и из полученных средств оплачивают медицинскую помощь.

Но СМО не несут самостоятельной финансовой ответственности за оплату медицинской помощи, если расходы на нее превышают полученные ими средства. Если такое превышение происходит, СМО могут получать субсидии из территориального фонда ОМС – по факту оплачиваемых расходов на медицинскую помощь.

При этом условия получения субсидий установлены законом в самой общей форме, в результате чего размер субсидий определяется преимущественно в «ручном режиме». В значительной мере это является результатом нестабильности финансовых параметров территориальных систем ОМС.

Из приведенного выше анализа видно, что в российской системе ОМС страховые принципы выполняются частично, и уровень их развития низкий.

А это и предопределяет невысокую эффективность системы ОМС в целом и действий СМО в ней, в частности.

Именно роль СМО вызывает сильнейшую критику медицинского сообщества и экспертов. Она справедлива в части констатации того, что СМО играют роль простых посредников в движении финансовых средств между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями и слабо влияют на эффективность использования государственных средств в здравоохранении.

Может ли эта роль быть изменена? Могут ли СМО реально содействовать повышению эффективности системы здравоохранения? Может ли система ОМС стать более эффективной?

Да, если будет проводиться последовательная политика развития страховых принципов организации ОМС. Это означает изменение этой системы по следующим направлениям:

– Развитие конкуренции между страховыми медицинскими организациями.

– Предоставление страховым медицинским организациям права на возмездной основе дополнять обязательства государства в отношении страхового покрытия.

– Обеспечение стабильности и сбалансированности возлагаемых на страховые медицинские организации обязательств по покрытию затрат и передаваемых им для этого средств.

– Передача страховым медицинским организациям финансовой ответственности за риски несения затрат, включая право на получение возможной экономии переданных им средств.

Постановка задачи завершения перехода к страховым принципам в здравоохранении предполагает формирование такой модели ОМС, в которой СМО реально влияют на систему оказания медицинской помощи, обеспечивая более эффективное ее функционирование.

В наших условиях это означает необходимость длительного по времени поэтапного изменения механизмов финансирования медицинской помощи, обеспечивающего развитие страховых принципов.

В этом процессе можно выделить три последовательных этапа:

Этап 1. Изменения в рамках действующей модели ОМС.

Ключевое направление данного этапа – повышение степени предсказуемости основных финансовых параметров деятельности СМО и медицинских организаций, включая порядок планирования объемов медицинской помощи, формирование подушевых нормативов финансирования СМО, тарифную политику.

Развитие страховых принципов и рискованной составляющей в деятельности СМО обеспечивается посредством реализации комплекса мер, включающего:

а) снижение доли ретроспективного субсидирования СМО территориальным фондом ОМС, что потребует уточнения формулы расчета подушевого норматива финансирования СМО;

б) повышение стабильности тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;

в) конкретизацию требований к источникам экономии средств на оплату медицинской помощи, которые включаются в расчет суммы, оставляемой СМО (исключение из этих источников средств, сэкономленных в результате применения штрафных санкций к медицинским организациям);

г) увеличение доли экономии средств, которая может оставаться в СМО.

Эти новые мотивационные механизмы формируются за счет средств системы ОМС.

Этап 2. Внесение изменений в схему финансирования СМО из средств ОМС.

Преобразование системы фокусируется на создании схем разделения рисков покрытия сверхплановых расходов.

Развитие страховых принципов предусматривает разделение подушевого норматива финансирования СМО на нерисковую и рискованную составляющие. Средства ОМС, аккумулируемые в территориальном фонде ОМС, распределяются между страховыми медицинскими организациями в виде двух потоков:

- а) средства, получаемые по дифференцированному подушевому нормативу (основная часть средств);
- б) страховая премия, за которую СМО берут на себя риски возмещения сверхнормативных расходов.

В отличие от первого этапа новые мотивационные механизмы формируются за счет собственных средств СМО – в части средств страховой премии и уставного фонда. Но при этом система ОМС «закрыта» для поступления дополнительных средств от страхователей и застрахованных.

Участие СМО в разделении финансовых рисков с медицинскими организациями приобретает реальный экономический смысл, если страховые компании реально участвуют в планировании объемов медицинской помощи, и качество такого планирования существенно повышается, что делает более предсказуемыми возможные отклонения фактических расходов от плановых. Если эти условия не выполняются, то разделение рисков становится формальным.

Этап 3. Изменение условий формирования средств ОМС.

Основным содержанием этого этапа является объединение базовой программы ОМС и дополнительных программ медицинского страхования, превращение СМО в носителя основной части финансовых рисков, развитие новых форм договорных отношений между СМО и медицинскими организациями.

Предусматривается разделение установленного страхового взноса на ОМС на две части:

- взнос, идущий в Фонд ОМС;
- взнос, направляемый в конкретную страховую медицинскую организацию.

Последний является переменным. Он может меняться в зависимости от предлагаемой дополнительной страховой программы. Взнос, направляемый застрахованными в СМО, и рисковая составляющая подушевого норматива финансирования СМО являются собственными средствами СМО. СМО отвечает за установленную долю сверхнормативных расходов медицинских организаций - как по базовой программе ОМС, так и по дополнительным программам.

С учетом зарубежного опыта можно выделить следующие варианты дополнительных программ медицинского страхования, которые могут быть реализованы в России в рамках перехода к конкурентной (рисковой) модели ОМС:

- Программа дополнительного сервиса при оказании медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях.
- Программа использования медицинских услуг, лекарственных средств, имплантов, изделий медицинского назначения, которые не предусмотрены стандартами оказания медицинской помощи и клиническими руководствами.
- Программа дополнительного лекарственного обеспечения.
- Программы управления хроническими заболеваниями.
- Программа «доступный стационар».
- Программа стимулирования здорового образа жизни.
- Программы содействия выбору медицинских организаций и врача.

– Программа «комфортное лечение в частных медицинских организациях».

Главными условиями внедрения рискованной модели участия страховых медицинских организаций в ОМС являются возможность обеспечить стабильность размеров финансирования СМО и медицинских организаций, сбалансированность доходов системы ОМС и ее обязательств, приверженность государства политике развития конкуренции и последовательность в ее реализации, способность проводить сложные институциональные нововведения и обеспечивать приоритет общественных интересов над корпоративными и групповыми при разработке и использовании новых институциональных возможностей финансирования и организации медицинской помощи.

В настоящее время эти условия не выполняются, и надежды на их выполнение в обозримой перспективе являются слишком оптимистичными.

Без выполнения перечисленных условий или возможности их обеспечения в обозримой перспективе переход к рискованной модели ОМС будет нецелесообразным.

В этом случае неизбежным и вполне оправданным станет упрощение существующей системы ОМС, ее конвергенция с бюджетной системой финансирования здравоохранения при сохранении формальной атрибутики ОМС.

Оправданность участия СМО в ОМС в этом случае полностью девальвируется и их вывод из системы ОМС становится делом времени.

Калмыков, Н. Н. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в Российской Федерации / Н. Н. Калмыков, Н. В. Рехтина // Экономист лечебного учреждения. – 2017. – № 5-6. – С. 23-34.

В статье проведен анализ ключевых проблем здравоохранения. Обоснованы внешние вызовы системе здравоохранения до 2020 г., которые должны быть учтены при выработке и реализации политики в области развития здравоохранения на долгосрочную перспективу. Предложены приоритетные направления и первоочередные пути решения проблем отрасли, а также перспективы развития медицины с целью дальнейшего планирования реализации Программы «Развитие здравоохранения». Также были проанализированы данные, полученные в результате социологического опроса среди 143 экспертов. Основным методом исследования являлся эмпирический анализ, основанный на интернет-опросе экспертов в сфере государственного управления и политики.

Важнейшим условием процветания и благополучия любой нации является состояние здоровья населения. Инвестиции в человеческий капитал, помимо своего влияния на экономическое развитие страны, имеют высокую доходность и объективную необходимость. Учитывая данный факт, в ходе разработки и реализации «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года» приоритеты национальной политики стали постепенно смещаться с актуального в прежние годы технического производства на такие сферы, как образование и здравоохранение граждан.

Данному решению предшествовал тяжелый переходный период, выраженный как в трансформации прежней модели здравоохранения, так и ухудшении демографической

ситуации в стране. Современные исследователи утверждают, что в период с 1992 по 2010 год естественная убыль населения России составила примерно 13 100 000 человек.

Одной из причин таких последствий является тот факт, что целое поколение граждан было воспитано в духе потребителей государственных услуг, а ответственность за состояние здоровья населения лежала на системе здравоохранения. На сегодняшний день меры, предпринимаемые правительством, направлены на предупреждение последствий демографического кризиса, в частности на развитие здравоохранения.

Традиционно под здравоохранением в нашей стране понимался комплекс государственных, социальных, экономических и медицинских мер по охране и улучшению здоровья общества. Сегодня ситуация меняется – здравоохранение является сложной системой социально-экономических взаимоотношений и специфичной отраслью народного хозяйства. Вместе с тем, интерес к здоровью нации со стороны правительства растет и структурно усложняется.

Одним из главных документов по обеспечению доступности медицинской помощи и повышению эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки, является разработанная Государственная программа Российской Федерации – «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ №294 от 15.04.2014 (далее – Программа).

Программа включает в себя 10 задач и 11 подпрограмм, их решающие. Все задачи можно объединить в несколько генеральных направлений:

- повышение эффективности имеющихся служб (обеспечить приоритет профилактики охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повысить эффективность оказания высокотехнологичной медицинской и скорой помощи; повысить эффективность службы родовспоможения и детства; повысить эффективность и прозрачность контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья; развить сферы реабилитации населения и системы санаторно-курортного лечения);

- внедрение и развитие инноваций в имеющихся структурах (развить и внедрить инновационные методы по диагностике, профилактике и лечению в сфере персонализированной медицины; обеспечить паллиативную медицинскую помощь пациентам, страдающим неизлечимыми заболеваниями);

- устранение имеющегося дефицита кадров и ресурсов (обеспечить систему здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами; обеспечить системность развития отрасли).

Сегодня в системе здравоохранения Российской Федерации, несмотря на некоторые достижения прошлых лет, существуют проблемы, которые требуют решения поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи.

Экспертно-аналитическим центром РАН-ХиГС было проведено исследование в рамках общей дискуссии о ситуации, проблемах и возможностях развития системы здравоохранения в Российской Федерации.

Цель исследования заключалась в получении экспертных оценок в системе здравоохранения в Российской Федерации, проблемах и перспективах развития. В качестве инструмента сбора мнений применялось онлайн-анкетирование через сеть

Интернет среди экспертов, к которым предъявлялись достаточно строгие требования. Контроль качества данных обеспечивался за счет ряда специальных мероприятий.

По мнению экспертов, к главным проблемам следует отнести:

– Кадровые проблемы в системе здравоохранения такие, как нехватка квалифицированных кадров (13,0 %), наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы) (11,0 %), и некачественную и деградирующую подготовку современных кадров (10,4 %).

– Снижение влияния и контроля современной политики (17,5 %).

– Дефицитное финансирование системы здравоохранения (11,7 %).

Данные проблемы обозначены в Программе, и пути их решения закреплены в подпрограммах.

Рассмотрим, как складывается ситуация в России поданным проблемным аспектам.

1-й проблемный аспект. Финансирование системы здравоохранения.

Результаты деятельности любой системы здравоохранения оцениваются по показателям здоровья населения и демографическим показателям, в т.ч. по ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и общему коэффициенту смертности (ОКС). Для сравнительного анализа уровней рождаемости, смертности, заболеваемости в неоднородных по возрастному и половому составу совокупностях используют стандартизованные коэффициенты смертности (СКС). В нашей статье важно проанализировать в целом влияние государственных расходов, инвестируемых в систему здравоохранения, на здоровье населения, поэтому будем использовать показатель ОКС.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в период 2005-2008 гг. и определенное улучшение социально-экономической обстановки в России снизили величину ОКС на 9 % (с 16,1 до 14,6), что сохранило жизни 450 тыс. граждан нашей страны. Даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (10 % от общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года вызвали позитивные изменения в состоянии здоровья населения. В период с 2008 по 2010 г. величина ОКС практически не менялась, снижение составило всего 3 % (14,6 – 2008 г., 14,2 – 2009 г., 14,2 – 2010 г.). В 2011 г. государственные расходы на здравоохранение были увеличены на 14 % (или 220 млрд. руб. ежегодно за счет увеличения на 2 % тарифов страховых взносов в систему ОМС), смертность населения в 2011 г. по сравнению с 2010 г. сократилась на 100 тыс. человек и ОКС снизился на 5 % (с 14,2 до 13,5).

Также показана величина ОКС – 11,0, которая принята за целевую в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. При снижении ОКС до уровня 11,0 к 2020 году будет спасено 2,5 млн. жизней наших граждан. Однако для этого потребуются гораздо более интенсивное развитие системы здравоохранения.

За 15 лет ожидаемая продолжительность жизни россиян при самом оптимистическом прогнозе увеличится на 7,8 года, темп прироста 112 %. Ожидается, что за этот же период валовый внутренний продукт с 21,6 увеличится до 94,6 трлн. руб. (темп прироста 437,6 %), а расходы на здравоохранение возрастут с 0,797 до 5,8 трлн. руб., или на 735,6 %.

Несмотря на предполагаемый рост и ВВП, и расходов на здравоохранение, прогнозируется очень скромная динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении с весьма умеренным, практически линейным цепным приростом. Аналогичную картину показывает и анализ динамических рядов рождаемости, смертности населения России.

На основании данных Организации Объединённых Наций, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, Американское агентство финансово-экономической информации Bloomberg представило рейтинг стран мира по показателю эффективности систем здравоохранения в 2014 году. Ежегодный рейтинг по эффективности национальных систем здравоохранения агентства Bloomberg определил Россию на последнее – 51 место (1 место – Сингапур, Германия – 23 место, Азербайджан – 49 место). Критериями оценки здравоохранения являются: ожидаемая продолжительность жизни, подушевые расходы на здравоохранение, отношение затрат на охрану здоровья к ВВП государства. Проведем сравнение нескольких стран – лидера Сингапура, Италии, Германии, США и России.

В представленном рейтинге, несомненно, ожидаемая продолжительность жизни – доминирующий показатель эффективности системы здравоохранения той или иной страны. По данным, в таблице видно, что сегодня Российскую систему здравоохранения по отношению к развитым странам можно условно назвать отстающей и «догоняющей».

Также наблюдаем, что ожидаемая продолжительность жизни в США выше, чем в России, на 8,2 года, а затраты на одного гражданина увеличены больше чем 10 раз. Хотя, если сравнивать США с Италией, в которой ожидаемая продолжительность жизни больше на 4,2 года, а траты на одного гражданина меньше почти в три раза, становится очевидным тот факт, что финансирование системы здравоохранения не сможет стопроцентно гарантировать существенное увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения.

Сегодня эксперты называют систему здравоохранения США одной из самых дорогих, но наименее эффективных среди развитых стран. Американский эксперт Р. Хэнсон утверждает, что в США значительная часть расходов на здравоохранение не дает ожидаемой отдачи. По его мнению, Штаты могли бы сократить расходы до 50 % без какого-либо снижения эффективности медицинской помощи.

Для решения данной проблемы предлагается развитие следующих приоритетных направлений:

– Модернизация первичной медицинской помощи и именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. По мнению И. М. Шеймана и С. Б. Шишкина, дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем, допустим, затраты на высокотехнологичную помощь. Только наведя порядок в этой сфере, можно переходить к решению других проблем отечественного здравоохранения, и на это, по мнению ученых, должно уйти не менее 4-5 лет.

– Упрощение механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли: переход на принципы одноканального

финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

– Максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. В решении этой проблемы определяющую роль должно сыграть такое совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилению профилактической работы и др. Речь идет о перспективных и протективных способах оплаты, среди которых приоритетными являются подушевое финансирование и поэтапное внедрение системы фондодержания.

– Устранение неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг городским и сельским жителям. Доступность в данном контексте понимается не как доплата узким специалистам, что является одной из «находок» современной модернизации здравоохранения, а как решение «парамедицинских проблем»: дорожная и транзитная инфраструктура, безбарьерная среда, жилье на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами и многое другое.

2-й проблемный аспект. Кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Первая важная кадровая проблема – нехватка квалифицированных кадров. По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях системы Минздрава России в субъектах Российской Федерации работают 580 431 врач и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием. Показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в Российской Федерации в 2014 году составил 1 к 2,3, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой. Обеспеченность населения Российской Федерации (на 10 тыс.) врачами составляет 40, 3, средними медицинскими работниками – 100,0.

Согласно данным Счетной палаты, в целом по России сократили 90 тыс. работников медицинского сектора. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей – более 19 тыс. человек (без учета врачей, работающих в медицинских организациях Крымского федерального округа).

В итоге оптимизация в сфере здравоохранения привела к снижению доступности услуг и ухудшению результатов деятельности государственных и муниципальных организаций, в первую очередь проявляющихся ростом на 3,7 % числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6 % внутрибольничной летальности больных, ухудшением качества жизни населения.

Согласно аудиторской проверке Счетной палаты на сегодняшний день существует потребность во врачах и среднем медицинском персонале в количестве 55 тыс. и 88 тыс. человек. Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют фактической ситуации в регионах и сложившейся потребности. Требуется анализ проводимых кадровых мер, и, по итогам, возможная их корректировка.

Вторая важная проблема – наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы). В целом, по итогам 2014 г., заработная плата работников бюджетной сферы в абсолютных значениях выросла. Согласно данным Росстата уровень средней заработной платы врачей в 2014 г., по сравнению с 2013 г., вырос на 4,0 тыс. рублей,

среднего медицинского (фармацевтического) персонала – на 2,2 тыс. рублей, младшего медицинского персонала – на 1,8 тыс. рублей.

Однако на уровень зарплаты медработников большое влияние оказывает высокий процент внутреннего совместительства, который составляет четверть от всего фонда оплаты труда. Это означает, что рост уровня средней заработной платы медицинских работников вызван не фактическим увеличением размера оплаты его труда, а ростом нагрузки на одного работника, когда вместо положенных 8 часов врач работает 12 часов и более.

Одновременно с повышением заработной платы уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработной платы медицинских работников. По итогам 2014 года, дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации уменьшилась с 3,2 раза в 2012 году до 1,6 раза, среднего медицинского персонала с 2,5 раза до 1,6 раза.

Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5-2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

Третья важная проблема – некачественная и деградирующая подготовка кадров. Проведенный экспертный опрос показал, что существует недостаточная подготовка кадров, неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество оказания медицинской помощи. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР.

Четвертая важная проблема – отток профессиональных кадров в частный сектор. Экспертами отмечается тенденция оттока профессиональных кадров в частный сектор. Население России все больше стало пользоваться платными услугами, в 2014 г. отмечен рост объема платных медицинских услуг – на 24,2 % по сравнению с 2013 г.

Как отмечает аудитор Счетной палаты, в условиях снижения доступности медицинской помощи для населения рост платных медицинских услуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной.

Экспертным сообществом были высказаны следующие проблемные аспекты в системе здравоохранения: низкое качество оказываемых услуг и препаратов (8,1), коммерциализация медицинской отрасли, в т.ч. коррупция (5,8), недоступность некоторых услуг и препаратов (5,2), неоднозначное отношение людей (больных) к современной медицине (отсутствие уважения, культуры) (5,2), низкий уровень оснащенности медицинских учреждений необходимыми лекарствами и оборудованием (3,2), недостаточное внедрение инноваций и технологий (1,9), высокая зависимость от иностранных производителей и технологий (1,3), влияние внешних независимых факторов (0,6), сложное восприятие нововведений медицинских услуг (0,6), невостребованность медицинской помощи (0,3), неэффективное распределение времени при оказании медицинских услуг (0,3).

Наиболее эффективные мероприятия по реализации государственной программы «Развитие здравоохранения», по мнению экспертов, направлены на охрану здоровья матери и ребенка, совершенствование оказания скорой медицинской помощи, в том числе

скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации, развитие и внедрение инновационных методов диагностики заболеваний. К наименее эффективным мерам отнесли – внедрение основ персонализированной медицины, кадровое обеспечение системы здравоохранения в соответствии с современными запросами и оказание паллиативной помощи населению. На данных направлениях стоит сконцентрировать наибольшее внимание при планировании дальнейшей реализации Программы.

Перспективы развития медицины.

Формирующийся в мире запрос на новое качество жизни требует создания методов диагностики и лечения, основанных на принципах персонифицированной медицины, неинвазивных надежных экспресс-технологий мониторинга в домашних условиях, дистанционных методов получения медицинских услуг, характеризующихся профилактической направленностью, безопасностью, высокой эффективностью.

К ключевым научно-технологическим направлениям, формирующим облик конкурентоспособных товаров (работ, услуг) в здравоохранении, в первую очередь относятся:

– развитие технологий персонифицированной медицинской помощи, которые позволят индивидуализировать диагностические процессы, обеспечить узконаправленное медикаментозное или иное терапевтическое воздействие, что значительно усилит полезный эффект от лечения и снизит затраты на лечение;

– распространение «умных» лекарств, эффективность которых модулируется либо их окружением, либо специальными компонентами самого препарата, направленными на повышение его эффективности, специфичности и точности локализации;

– применение методов неинвазивной («безхирургической», «малотравматичной») диагностики;

– создание систем мониторинга и постоянного слежения за определенными группами больных и (или) определенными группами диагнозов для оказания своевременной помощи в критических состояниях;

– обеспечение оказания паллиативной помощи населению Российской Федерации.

Указанные мероприятия позволят обеспечить мобилизационный сценарий развития отечественного здравоохранения, эффективнее воздействовать на снижение заболеваемости и смертности населения от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, а также заболеваний, связанных с нарушением метаболических процессов (диабет, ожирение и др.).

Данный сценарий конкурентоспособного развития предполагает изменение существующей модели управления, привлечение частных инвестиций и развитие принципов конкуренции всех производителей услуг и ресурсов отрасли. Намеченные перспективы по импортозамещению на рынках услуг требуют изменений региональных подходов к размещению государственных закупок.

Конкурентоспособная модель государственно-частного здравоохранения связана с инвестированием в проекты по развитию высоких технологий и человеческого капитала с параметрами окупаемости, далеко выходящими за сложившиеся на рынке среднесрочные пределы. Основные барьеры вызваны дефицитом конкурентоспособных по мировым критериям профессиональных кадров, как на уровне корпораций, так и государственного управления, неэффективностью механизмов координации усилий.

Экспертами были предложены меры, которые могут повысить качество и/или доступность медицинских услуг для населения:

1. Перевод медицинских работников на «эффективный контракт», создание стимулов для работы медицинского персонала (49 %).
2. Развитие фундаментальной науки в таких отраслях, как доказательная медицина, биостатистика, фармакоэкономика, экономический анализ с привлечением экспертов и преподавателей из других стран (44 %).
3. Пересмотр системы индикаторов, отражающих состояние дел в сфере здравоохранения (показатели продолжительности жизни, смертности населения поставлены в один ряд с показателем средней заработной платы врачей) (43 %).
4. Развитие санаторного лечения, в том числе среди детей (42 %).
5. Разработка научно-обоснованной методологии оценки эффективности расходования средств (34 %).
6. Создание системы независимой экспертизы при принятии решений, связанных с бюджетными расходами (41 %).
7. Развитие предпринимательских и инвестиционных программ, направленных на развитие сферы здравоохранения (40 %).
8. Преобразование диспансеризации в действующие программы профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний (40 %).
9. Совершенствование механизма возмещения стоимости лекарственных препаратов и соплатежей (39 %).
10. Включение сферы производства медикаментов в предмет надзора за обращением лекарственных средств (35 %).
11. Включение в систему индикаторов показателей, на которые опирается ВОЗ при составлении рейтингов (30 %).
12. Другое (6,3 %), а именно:
 - внедрение механизма реального медицинского страхования (0,7 %); .
 - государственный контроль (0,7%);
 - достаточное финансовое обеспечение (0,7 %);
 - возможность избегать перегрузки и переработки врачами (0,7%);
 - ориентация медицины на подготовку высококвалифицированных специалистов, а не на покупку оборудования и пересмотр системы взаимодействия ОМС и учреждения здравоохранения (0,7 %);
 - пересмотр отраслевых норм времени приёма одного пациента врачом (0,7%);
 - повышение престижа и организации поликлинической помощи (0,7 %);
 - решение вопроса нехватки квалифицированных медицинских работников (0,7 %);
 - увеличение государственного финансирования отрасли (0,7%);
 - повышение управленческой грамотности руководителей (0,7 %).

Таким образом, в заключение можно сказать, что существуют как проблемы, так и ряд перспективных точек повышения эффективности системы здравоохранения. При этом мнения экспертов показывают нам достаточно широкий спектр направлений приоритетов, на которые можно обратить внимание при выработке политики в области здравоохранения. Каждое из указанных направлений должно быть неразрывно связано друг с другом и сопровождаться финансовыми, экономическими, медицинскими, управленческими механизмами и инструментами, которые позволят сформировать системный подход к развитию и модернизации системы здравоохранения Российской Федерации.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

В надежде на победу // Медицинская газета. – 2017. – № 42. – С. 14.

Несмотря на постоянную работу в этом направлении, вирус иммунодефицита человека пока ещё непобедим. Во многом работе врачей и учёных препятствует то, что часто вирус находится в «спящем» состоянии, и поэтому сложно сказать, действительно ли пациент вылечился, или болезнь просто временно отступила. Группа сотрудников Питтсбургского университета (США) разработала новый высокочувствительный тест, который поможет обнаружить скрытые вирусы.

Ведущий автор исследования Фалгуни Гупта сообщил, что усилия, которые предпринимают учёные для уничтожения вируса, достаточно существенны, но технологии до сих пор были не так развиты, чтобы с высокой точностью выявить, вылечился ли человек, удалось ли уничтожить последние резервуары вируса.

Антиретровирусная терапия помогает людям с ВИЧ в настоящее время жить намного дольше и значительно повышает качество их жизни, но для того, чтобы сделать вывод об успешности терапии, нужно понять, сохранили ли поражённые вирусом клетки способность к репликации. В настоящее время для этого используется тест Q-VOA, который требует большого количества крови, делается достаточно долго, а стоимость его высока (около 1200 долл.).

Специалисты из США предложили альтернативу, которую назвали TZA – этот тест делается быстрее, он дешевле, крови для него нужно меньше. Принцип действия TZA – поиск гена, который активируется только при репликации вируса. Используя новый тест, учёные показали, что у инфицированных людей ВИЧ никак себя не проявляет в результате антиретровирусной терапии, резервуары вируса значительно больше, чем считалось ранее, – примерно в 70 раз. Однако исследователи заявили, что их открытие – не повод отказываться от Q-VOA совсем, так как у него и TZA разный механизм действия, и в зависимости от конкретного случая нужно будет использовать определённый тест.

Белостоцкая, В. Сальмонеллами – по глиобластоме // Медицинская газета. – 2017. – № 44. – С. 13.

Исследователи из Университета Дьюка (США) объявили о разработке нового способа лечения одной из наиболее агрессивных форм рака мозга, глиобластомы, с помощью штаммов сальмонеллы. Эксперименты на крысах показали полный успех новой методики.

Средний срок жизни человека при этом заболевании составляет 15 месяцев, а дольше 5 лет после постановки диагноза выживают только 10 % больных. При этом современные методы лечения глиобластомы неэффективны, так как препараты не могут пробиться через гематоэнцефалический барьер. Кроме того, полностью удалить опухоль хирургическим путём практически невозможно, так как глиомы представляют собой опухоли с нечёткими краями, при этом остатки ракового образования порождают новые опухоли.

Инженеры использовали генетически изменённый штамм бактерии *Salmonella typhimurium* с недостаточным содержанием пурина – жизненно важного

фермента, заставляющего бактерии искать это вещество вовне. Как известно, опухоли являются отличным источником пуринов, поэтому бактерии активно устремляются внутрь новообразований.

При этом они производят два соединения – азурин и P53, программирующие раковые клетки на самоубийство. Тестирование нового метода на крысах с тяжёлыми случаями заболевания показало 20% выживаемости в течение 100 дней, что является эквивалентом 10 лет человека, прожившего с полной ремиссией.

Как пояснил декан школы инженерии Университета Равви Беллаконда, бактерии лишены своей естественной токсичности, а следовательно, не вызывают иммунной реакции. Кроме того, сразу после разрушения опухоли бактерии погибали, фактически уничтожив собственный источник питания.

Беркут, Б. Стоматологам – от Альцгеймера // Медицинская газета. – 2017. – № 45. – С. 13.

Учёные из стоматологического Института королевского колледжа в Лондоне (Великобритания) нашли новый способ лечения зуба без применения зубных пломб. Как выяснилось, починить зуб, поражённый кариесом, можно с помощью препарата гликогенсинтаза-3, который применяется при лечении болезни Альцгеймера.

Этот препарат способен стимулировать рост стволовых клеток, содержащихся в пульпе зуба, и создать новый дентин – минерализованный материал, который защищает зуб. Причём новый дентин может заполнять большие полости, уменьшая потребность в пломбировании или цементировании зубных каналов.

Основной недостаток современных методов стоматологии состоит в том, что зубы, прошедшие процесс сверления, более подвержены инфекциям, а пломбы нуждаются в замене, так как при новом поражении зуба стоматологи должны удалить старую пломбу и заново зацементировать вылеченную область.

Многочисленное лечение зуба в итоге приводит к разрастанию высверленного участка, что в итоге делает невозможным сохранение зуба и приводит к его удалению. Новый метод, стимулируя естественное восстановление дентина, устраняет все эти проблемы, сохраняя зубы даже после нескольких процедур лечения.

Лекарственное вещество помещается в канал с помощью биодegradирующих коллагеновых губок, что позволяет доставить к поражённому месту низкую дозу препарата, необходимую для эффективного воздействия. С течением времени губки распадаются, уступая место новому дентину, который в итоге обеспечивает полное естественное восстановление зубной ткани.

Простота такого подхода делает его идеальным методом лечения больших полостей, а так как препарат, применяемый при новом методе, уже опробован в ходе клинических испытаний лечения болезни Альцгеймера, то его применение в стоматологических клиниках может начаться уже в ближайшем будущем.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://medlan.samara.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb@medlan.samara.ru.

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://medlan.samara.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ




Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей
-  тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ sonmb@medlan.samara.ru

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>