

Институт экономики переходного периода

Научные труды № 102

Шевский В.И., Шишкин С.В.

**Реформирование первичной
медицинской помощи: препятствия
и перспективы**

**Москва
ИЭПП
2006 г.**

УДК 614.2.(470+571)
ББК 51.1(2)

ШЗ7 Шевский В.И., Шишкин С.В.

Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. – М.: ИЭПП, 2006. – 82 с.: ил. – (Научные труды / Ин-т экономики переход. периода. № 102). – ISBN 5-93255-214-X.
Агентство СІР РГБ

В работе изучается опыт внедрения института врача общей практики в России и в других странах с переходной экономикой, анализируется стратегия преобразования первичной медицинской помощи, реализуемая в нашей стране. Выявлены и систематизированы препятствия реформированию первичной медицинской помощи, предлагаются возможные способы их преодоления, представлены рекомендации о стратегии продолжения реформ в амбулаторно-поликлиническом секторе.

Shevsky V., Shishkin S. **Reform of the primary care: obstacles and prospects.**

This work examines the experience obtained as a result of the introduction of general practitioner system in Russia and other countries with transition economies, analyzes the strategy of the primary care reform in our country. The authors revealed and systematized the obstacles, which are in the way of the primary care reform, and recommend possible ways for overcoming them, they also provide recommendations on the reform strategy in the outpatient care.

JEL Classification: I11, I18

Настоящее издание подготовлено по материалам исследовательского проекта Института экономики переходного периода, выполненного в рамках гранта, предоставленного Агентством международного развития США.

УДК 614.2.(470+571)
ББК 51.1(2)

ISBN 5-93255-214-X © Институт экономики переходного периода, 2006

Содержание

1. Введение	5
2. Проблемы организации первичной медицинской помощи в России	8
3. Задачи реформирования первичной медицинской помощи и их практическая реализация в России	16
3.1. Анализ задач реформирования первичной медицинской помощи, декларировавших в официальных документах	16
3.2. Практическая реализация задач преобразования первичной медицинской помощи	24
3.3. Анализ реализуемой стратегии реформирования первичного звена	33
4. Опыт реформ первичной медицинской помощи в европейских странах	39
4.1. Тенденции изменений в организации первичной медицинской помощи в странах Западной Европы	39
4.2. Реформирование первичной медицинской помощи в странах Центральной и Восточной Европы	41
5. Препятствия на пути внедрения института врача общей практики и стратегия их преодоления	46
5.1. Дискуссии о целесообразности реформирования первичного звена	46
5.2. Анализ барьеров на пути развития института врача общей практики	52

5.3. Возможные способы преодоления препятствий реформирования первичной медицинской помощи в России	58
5.4. Стратегия продолжения реформ в амбулаторно-поликлиническом секторе	63
6. Заключение	72
Литература.....	77

1. Введение

Развитие первичной медицинской помощи является ключевым направлением повышения доступности, качества и эффективности услуг системы здравоохранения. Общий уровень доступности и качества медицинской помощи в значительной мере определяется на амбулаторном этапе. В программных документах правительства в последние годы неоднократно декларировались задачи приоритетного развития амбулаторно-поликлинической помощи по сравнению со стационарной и проведения реформ в организации первичной медицинской помощи. В качестве главного направления такого реформирования выступает развитие института врача общей практики, который должен постепенно заместить в оказании первичной медицинской помощи участковых терапевтов и педиатров и частично специалистов в поликлиниках.

Провозглашенные направления реформирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в нашей стране включают расширение подготовки врачей общей практики¹ и масштабное увеличение числа таких практик, превращение врачей общей практики в субъектов принятия экономических решений о расходовании средств на оказание первичной и частично специализированной медицинской помощи (реализация принципов фондодержания в различных формах), трансформацию поликлиник в кон-

¹ Термин «общая врачебная практика» используется в двух смыслах: деятельностном и институциональном. В первом случае под общей врачебной практикой понимается оказание многопрофильной первичной медицинской помощи лицом, имеющим высшее медицинское образование. Во втором случае общая врачебная практика понимается как институциональная форма, в которой осуществляется указанная деятельность. Это может быть врач или структурное подразделение, действующие в составе другой организации (поликлиники); врач, выступающий индивидуальным предпринимателем без образования юридического лица либо как юридическое лицо. Причем юридическим лицом может выступать организация, объединяющая нескольких врачей общей практики (групповая общая врачебная практика).

В дальнейшем, чтобы избежать неясности в применении указанного термина, мы будем при использовании его в единственном числе (общая врачебная практика) иметь в виду деятельностное понимание, а при использовании во множественном числе (*общие врачебные практики*) – институциональное.

сультативно-диагностические центры оказания специализированной помощи по направлениям врачей общей практики. Масштабные задачи ресурсного обеспечения развития первичной медицинской помощи решаются в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, реализуемого с 2006 г. по инициативе Президента РФ.

Между тем до последнего времени темпы реформирования первичной медицинской помощи были невысоки. К 2005 г. в стране в участковом звене работало более 56 тыс. врачей и всего лишь 4 тыс. врачей общей практики, причем в 60% субъектов Федерации таких врачей единицы, или их вообще нет.

Задачи развития этого института подвергаются значительной критике со стороны части врачебного сообщества, которая считает его неадекватным реальным условиям оказания медицинской помощи населению нашей страны. Отчасти сопротивление порождается плохой осведомленностью, боязнью неизвестного и нежеланием любых организационных изменений. В то же время имеются и реальные сложности на пути широкого замещения участковых служб врачами общей практики.

Барьеры на пути реформирования первичной медицинской помощи почти не выступали предметом экономического анализа. Научные разработки фокусировались на описании потенциальных преимуществ внедрения института врача общей практики и на подготовке предложений об экономических формах трансформации участковой службы в систему оказания первичной помощи врачами общей практики. Не проводился анализ адекватности учета в реализуемых стратегиях развития этого института барьеров, препятствующих этому процессу, и реалистичных способов их преодоления.

Целью данной работы является проведение анализа проблем развития первичной медицинской помощи в направлении внедрения института врача общей практики и разработка стратегии их преодоления.

Задачами работы являются:

- изучение и систематизация опыта внедрения института врача общей практики в России, в других странах с переходной экономикой;

- анализ стратегии преобразования первичной медицинской помощи, реализуемой в нашей стране;
- выявление препятствий для реформирования первичной медицинской помощи и определение возможных способов их преодоления;
- разработка рекомендаций по стратегии продолжения реформ в амбулаторно-поликлиническом секторе.

Источниками информации для выполнения работы стали результаты научных исследований реформирования первичной медицинской помощи за рубежом, данные Минздравсоцразвития РФ, публикации в российских средствах массовой информации, интервью с работниками органов управления здравоохранением, со специалистами.

2. Проблемы организации первичной медицинской помощи в России

Сложившаяся еще в Советском Союзе модель первичной медицинской помощи, основанная на институте крупной многопрофильной поликлиники, имеет немало положительных сторон, получивших признание во многих странах мира.

Главными среди них являются:

- участковый принцип оказания медицинской помощи, призванный обеспечить пациентам наблюдение одним участковым врачом в течение относительно продолжительного времени;
- профессиональная кооперация врачей разных специальностей, к которой сейчас стремятся независимые врачи во многих странах;
- комплексность оказания пациентам медицинской помощи «под одной крышей»;
- возможность совместного использования врачами медицинской техники и административно-вспомогательных служб.

Однако институт крупной многопрофильной поликлиники, в том виде как он действует в настоящее время, имеет ряд крупных недостатков, в значительной мере подрывающих его преимущества.

Жесткое территориальное прикрепление наряду с положительными моментами имеет и отрицательные последствия, поскольку оно сдерживает формирование рыночной среды в здравоохранении. Крупная поликлиника неизбежно превращается в локальную монополию, не оставляя населению права выбора и лишая персонал мотивации к повышению качества медицинской помощи.

В советском здравоохранении декларировалось, что участковая служба – это основное звено системы оказания медицинской помощи и «ключ» к повышению качества медицинской помощи в целом. Однако на деле взятый в послевоенные годы курс на приоритетное развитие специализированной помощи в условиях общей ограниченности ресурсов привел ко все более усиливающемуся остаточному принципу финансового, материально-технического и кадрового обеспечения первичного звена медицинской помощи.

Усиление специализации привело к фрагментации оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Участковые врачи и специалисты в значительной мере утратили общую стратегию и тактику ведения больного. Каждое звено амбулаторной помощи отвечает только за свой участок работы, соответствующий определенной области знаний. В этих условиях сложно обеспечить рациональную координацию действий и преемственность в работе каждого звена.

В сложившейся модели оказания первичной медицинской помощи оказание помощи взрослому и детскому населению разделено. Участковый терапевт отвечает за взрослое население, педиатр – за детей до 18 лет, акушер-гинеколог – за женское население по соответствующему профилю заболеваний. Практически отсутствует взаимодействие между участковыми терапевтами, педиатрами и акушерами-гинекологами в оказании медицинской помощи семье в целом.

Участковый врач не стал координатором лечебно-профилактической работы на своем участке, не обеспечивает постоянный контроль состояния пациента и его семьи и фактически не несет ответственность за объем и качество оказываемой помощи. Частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигает 40–50% общего числа первых посещений, в то время как в западных странах – 5–10% (*Минздрав РФ, 2004*). Снизилась преемственность в наблюдении за пациентами при хронических заболеваниях.

Низкое доверие к первичному звену медицинской помощи заключено в самой системе ее организации. До сих пор участковый врач опутан многочисленными инструкциями, предписывающими ему направлять своих пациентов к узким специалистам по многочисленным незначительным и формальным поводам. Контролирующие органы, проверяя работу участкового врача, основной причиной его ошибок в диагностике считали не низкую квалификацию врача, а то, что он не направил больного на консультацию к специалисту. В итоге участковый врач для перестраховки направляет больных к специалисту даже в тех случаях, когда и сам считает, что в этом нет необходимости.

Усиливающаяся специализация деятельности амбулаторной службы привела к снижению роли участковых врачей, они все в большей степени перекадывают нагрузку на специалистов. Участковый врач постепенно превратился в диспетчера специализированных служб, а у населения не стало врача, который отвечал бы за его здоровье.

В рациональной модели организации медицинской помощи специалисты амбулаторного звена ведут консультирование в тех случаях, когда требуются знания в определенной области и специализированные исследования для уточнения диагнозов, поставленных врачами первичного звена. В реальной российской действительности специалисты в значительной мере выполняют работу участковых врачей. Примерно треть посещений к специалистам – прямое обращение к ним пациентов минуя участкового врача (*Всемирный банк, 2003*). Это нарушает непрерывность наблюдения за пациентами не только на протяжении его жизни, но и в процессе течения конкретного заболевания. Практически утрачен диспансерный метод в практике участкового врача.

Нарушению принципа единства и непрерывности наблюдения за пациентами способствует законодательно установленное право пациентов на свободное обращение не только к участковому врачу, но и к любому врачу и в любое медицинское учреждение.

На фоне низкого авторитета первичного звена и естественной низкой информированности пациента в специфических вопросах медицинской технологии это право, ложно понимаемое как благо, приводит к многочисленным бессистемным обращениям пациентов в различные учреждения к многочисленным специалистам. При самой высокой своей квалификации такие специалисты не в состоянии за короткое время контакта с пациентом, без предварительного и непрерывного наблюдения за ним должным образом оценить его состояние в целом, а также биологические и социальные факторы, явившиеся причиной заболевания. Чаще всего их заключение сводится к констатации отсутствия патологии по их специальности. Начинаются хождения пациента по кругу специалистов до тех пор, пока он не наткнется на специалиста, имеющего отношение к его заболеванию. Результатом этого являются поздняя диагностика, несвоевременное лечение, проводимое без

должного учета сопутствующих состояний, переход заболевания в хроническую стадию, возникновение осложнений, которых можно было бы избежать при системном подходе к пациенту, а он присущ как раз только высокопрофессиональному первичному звену медицинской помощи. При этом страдает не только медицинская эффективность. Очевидно, что и об экономической эффективности оказания медицинской помощи в такой системе говорить не приходится.

К сказанному следует добавить отсутствие мотивации участкового врача к профилактической направленности своей деятельности, повышению качества медицинских услуг, реализации функции координации лечебно-диагностического процесса на всех его этапах, эффективному использованию как имеющихся в его распоряжении ресурсов, так и ресурсов системы оказания медицинской помощи в целом.

Функционирование первичного звена медицинской помощи в рамках поликлинической модели не обеспечивает рационального использования ресурсов здравоохранения. Отсутствие экономической заинтересованности и конкуренции между отдельными врачами ведет к тому, что такой врач не является координатором «медицинского маршрута» пациента, не обеспечивает непрерывность наблюдения. В его работе отсутствует ориентация на планирование как собственной деятельности и расходов на нее, так и объемов специализированной помощи для своих пациентов. В результате возникает потребность в большом количестве специалистов. Из общего числа врачей на долю специалистов приходится 75%, в то время как в западных странах доля специалистов составляет 45–55% (*Минздрав РФ, 1999*).

Как и в любой другой форме крупного коллективного хозяйства, в поликлинике трудно увязать оплату труда с объемом и качеством труда каждого работника. Врач является наемным работником и не имеет достаточных стимулов к расширению видов оказываемой помощи. В рамках поликлиники в той или иной мере действует принцип «общего котла». Свобода врачей и подразделений, оказывающих первичную медицинскую помощь, связана ограничениями, присущими организационно-правовой форме учреждения, отсут-

ствием возможности прямых договорных отношений с финансирующей стороной.

Система вознаграждения персонала первичного звена (в лучшем случае – твердый должностной оклад, в худшем – за число амбулаторных посещений) не только не адекватна целям деятельности первичного звена медицинской помощи, но и противоречит им, не учитывает конечные результаты труда, не содержит мотивов к качественному оказанию медицинской помощи и эффективному использованию ресурсов. Больше больных – больше посещений – больше вознаграждение.

В действующей системе амбулаторно-поликлинической помощи сложно поощрить звено действительно первичной помощи (участковых врачей), успешное функционирование которого снижает частоту возникновения заболеваний, их осложнений и обострений хронических заболеваний и, как следствие, рост потребности в специалистах, объема дорогостоящей стационарной и скорой медицинской помощи.

Остаточный принцип финансирования в совокупности с низким престижем участкового врача в общественном сознании и недостаточной привлекательностью этих функций для врачей приводит к усилению диспропорций в системе здравоохранения в целом – повышению роли дорогостоящей специализированной помощи, прежде всего стационарной.

Перечисленные недостатки препятствуют реализации таких важнейших принципов оказания первичной медицинской помощи, как:

- профилактическая направленность;
- целостность подхода к пациенту (лечение не болезни, а больного);
- учет всей совокупности воздействующих на пациента биологических, экологических, семейных, производственных и иных социальных факторов;
- выполнение для пациента функции «лоцмана» в «море» медицинских технологий;
- общая координация всего процесса оказания пациенту медицинской помощи.

Недостатки поликлинической модели оказания первичной медицинской помощи со временем привели к возникновению целого ряда проблем в сфере оказания первичной медицинской помощи, которые имеют все более кризисный характер.

Прежде всего, это – проблема кадров. Падение престижа участкового врача в глазах населения и медицинской общественности привело к резкому снижению привлекательности этой профессии для молодых врачей. Как следствие, имеет место отток специалистов с участков.

Наблюдаются острая нехватка кадров и низкий уровень профессионализма врачей участковой службы. В большинстве регионов участковые врачи в дефиците. Их средний возраст постоянно растет, значительная часть участковых врачей – предпенсионного и пенсионного возраста. Зачастую проблема начинает сводиться даже не к качеству медицинской помощи, а к возможности обеспечить элементарный прием пациентов.

Особенно ярко проявляется эта проблема в сельской местности. Население многих районов имеет низкую доступность помощи, обусловленную прежде всего дефицитом квалифицированных кадров.

Перегрузка участковых врачей (большинство из них работает на 1,5–2 ставки) снижает качество их труда. Весьма проблематичным становится систематическое повышение их квалификации. При такой перегрузке даже заочная форма затруднена, не говоря уже об очной форме, при которой необходима замена врача на время его отсутствия.

В результате за последние 10 лет положение с профилактикой неинфекционных заболеваний заметно ухудшилось. Об этом свидетельствуют растущие показатели смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, отравлений, травм и проч. Серьезной проблемой стали социально обусловленные заболевания – алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, а также заболевания, передающиеся половым путем.

Резюмируя сказанное, следует констатировать, что здравоохранение России, взяв курс на узкую специализацию амбулаторной помощи, на практике стало отходить от предложенных им же и признанных мировым сообществом (Алма-Атинская конференция

ВОЗ 1978 г.) основополагающих принципов организации первичной медицинской помощи.

Многие лечебно-профилактические функции и врачебные манипуляции, составляющие базовую подготовку участкового врача, были переданы другим врачам амбулаторно-поликлинического сектора. Это привело к потере преемственности в работе участкового врача и других специалистов при определении индивидуальной тактики сохранения здоровья пациента. К тому же в работе участковых врачей, разделенных между терапевтической, педиатрической и акушерско-гинекологической службами, не прослеживается семейная ориентация.

Отсутствие механизмов влияния на семью, зачастую безответственное отношение пациентов к своему здоровью и многие другие факторы не позволили претворить в жизнь идею об участковом враче как центральной фигуре здравоохранения. При нарастающей специализации в поликлинике никто не стал отвечать за здоровье пациента. Принцип коллективной ответственности привел к отсутствию ответственности персональной, включая ответственность участкового врача. Нарушилось видение врачом пациента как единого целого. Участковый терапевт не владеет многими методами диагностики и лечения больных, не стремится к расширению диапазона своих профессиональных возможностей, интенсификации труда, внедрению ресурсосберегающих технологий.

Становится очевидным, что выход из кризиса возможен лишь путем принципиального изменения модели оказания первичной медицинской помощи.

Анализ мирового опыта организации первичной медицинской помощи показывает, что наиболее эффективной моделью первичной медицинской помощи является модель врача общей практики. При этом наиболее эффективна такая разновидность названной модели, как семейный врач.

Семейная медицина – форма организации первичной медико-санитарной помощи, которая оказывается врачом общей практики (семейным врачом), обеспечивающим индивидуальное первичное и непрерывное наблюдение отдельных лиц, семей и населения, независимо от возраста, пола или вида заболевания и на этой основе – повышение качества не только первичной медицинской по-

мощи, но и всей медицинской помощи в целом. Переход к семейной медицине – это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм оптимизации медицинской помощи, но и реализация интегрального видения человека, его здоровья и болезни.

Создание групп врачей общей практики позволяет использовать преимущества общей врачебной практики (приближение первичной медицинской помощи к населению, ее профилактическая направленность, непрерывность и комплексность наблюдения за пациентом, координация лечебно-диагностического процесса на всех его этапах) в сочетании с положительными моментами поликлинической модели (сохранение непрерывности наблюдения за пациентами при отсутствии врача общей практики, связанном с отпуском, учебой, болезнью, взаимное консультирование членов команды общей врачебной практики, разумное повышение собственных диагностических возможностей).

Проведенные за рубежом исследования свидетельствуют о том, что при более высоких показателях численности семейных врачей по отношению к населению снижается уровень смертности, а также сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, по сравнению с более высокими показателями численности узких специалистов к населению (*Всемирный банк, 2005, с. 12*). Ориентация на систему оказания медицинской помощи, основанную на узких специалистах, усиливает несправедливость в ее доступности для групп населения, различающихся по месту жительства, уровню дохода, образования.

3. Задачи реформирования первичной медицинской помощи и их практическая реализация в России

3.1. Анализ задач реформирования первичной медицинской помощи, декларировавшихся в официальных документах

Первым правительственным документом, в котором были сформулированы перспективные задачи реформирования первичной медицинской помощи, стал приказ Минздрава СССР «О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики» от 18 декабря 1987 г. № 1284. Он положил начало внедрению этого института в отечественном здравоохранении.

Через 5 лет Минздравом России был издан новый нормативный документ: «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» (приказ от 26 августа 1992 г. № 237). Этим актом были введены специальность и должность врача общей практики (семейного врача), положение и квалификационная характеристика врача и медицинской сестры общей практики, типовые учебные планы и программы профессиональной подготовки специалистов. Принятые документы позволили начать подготовку врачей общей практики в медицинских вузах и юридически выделили врача и медицинскую сестру общей практики в качестве отдельных категорий медицинских работников.

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», введенных в действие постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 22 июля 1993 г., предусмотрено право семьи на выбор семейного врача (ст. 22), обеспечивающего медицинскую помощь по месту жительства членам семьи независимо от их пола и возраста.

Значительное сокращение государственных расходов на здравоохранение в условиях переходного периода, введение обязательного медицинского страхования в начале 1990-х годов снизили внимание к задачам реформирования системы первичной медицинской помощи. Основные усилия органов управления здраво-

охранением были сосредоточены на сохранении в кризисных условиях сложившейся сети медицинских учреждений. Но обсуждение направлений и способов реформирования системы оказания медицинской помощи продолжалось.

В 1996 г. группой авторов под руководством заместителя министра здравоохранения В.И. Стародубова был подготовлен проект концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации (*Стародубов и др., 1996*), в котором впервые была предложена развернутая постановка задач и стратегии реформирования первичной медико-санитарной помощи. В этом документе было четко сформулировано, что стратегическим направлением реформирования отрасли является переход на оказание основной части первичной медико-санитарной помощи силами автономных или полностью независимых общих врачебных практик (ОВП). Поликлиники должны быть постепенно преобразованы в независимые и конкурирующие между собой врачебные практики и диагностическо-консультационные центры. При этом был обозначен и второй подход – формирование ОВП дополнительно к сложившейся сети амбулаторно-поликлинических учреждений. Авторам он представлялся рациональным в сельской местности или в некоторых городских жилых массивах, удаленных от поликлиник. Там целесообразно создавать новые врачебные кабинеты в дополнение к действующей амбулаторной сети.

Была предложена этапность в осуществлении перехода к новой организации первичной помощи, который должен был занять 10–15 лет. Но в определении содержания этапов акцент был сделан на изменениях в организационно-экономических формах работы самих общих врачебных практик (подрядный коллектив в составе поликлиник – самостоятельный хозяйствующий субъект – частная организация). При этом не было четко сказано, какой в этом переходе видится судьба специалистов поликлиник и педиатров. Было только указано, что на первом этапе врачи общей практики будут оказывать медицинскую помощь преимущественно взрослому населению. В качестве возможного варианта предлагалось создавать групповые врачебные практики, объединяющие общепрактикующих врачей с отдельными специалистами (с акушерами-гинекологами, педиатрами).

Ни в данной концепции, ни в последующих программных документах не делалось попыток оценить, как именно намечаемый переход скажется на объемах занятости и изменениях в функциональных обязанностях узких специалистов. Это не могло не усилить сопротивление декларируемым нововведениям.

Знаковым событием в государственной политике в сфере здравоохранения стала «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», утвержденная постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387. В этом программном документе в качестве основных направлений совершенствования организации медицинской помощи были названы «развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный». Было декларировано, что «первичная медико-санитарная помощь является основным звеном при получении населением медицинской помощи. Особая роль отводится развитию института врача общей (семейной) практики. В поликлиниках должны развиваться консультативно-диагностические службы. На их базе могут быть развернуты отделения медико-социальной реабилитации и терапии, службы ухода, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи и т.д.».

Реализация Концепции должна была осуществляться в период 1997–2005 гг. В результате выполнения Концепции в системе первичной медико-санитарной помощи основная роль должна была быть отведена врачам общей практики. Однако при этом задачи реформирования первичной медицинской помощи на основе внедрения института врача общей практики не были подкреплены необходимыми политическими, организационными и экономическими мерами, обеспечивающими их реализацию. Показательно, что в утвержденном плане мероприятий по реализации Концепции в 1997–1998 гг. не было предусмотрено разработки ни одного проекта постановления правительства, касающегося вопросов развития института врача общей практики. Между тем экономические условия деятельности врачей общей практики и в составе поликлинических учреждений, и вне их (порядок передачи им необходимого для работы имущества, порядок финансирования и т.д.) не

могли быть определены ведомственными актами Минздрава России или Федерального фонда ОМС, они требовали изменений в законодательстве и принятия нормативных актов на уровне правительства. Таким образом, задача развития института врача общей практики была поставлена в Концепции декларативно.

Правда, затем Минздравом был подготовлен проект федеральной целевой программы «Семейная медицина», который предусматривал совершенствование законодательной базы, правовых и финансовых механизмов организации работы подразделений и специалистов указанного направления, разработку стандартов условий (реновация помещений, оснащение и оборудование рабочих мест, создание программного обеспечения), подготовку профессорско-преподавательского состава, информационное сопровождение и др. После финансового кризиса 1998 г. и нового сокращения государственных расходов добиться утверждения правительством РФ этой федеральной программы Минздраву не удалось. В итоге министерство утвердило ее как отраслевую программу (*Минздрав РФ, 1999*), т.е. выполняемую только силами самого министерства и учреждений, находящихся в его системе, без соответствующего законодательного подкрепления и дополнительного финансирования, за счет текущих бюджетных ассигнований.

Программа, рассчитанная на два года (2000–2001 гг.), фактически предусматривала следующую стратегию преобразований: Минздрав РФ и Российская академия медицинских наук разрабатывают нормативные и методические документы по организации работы общей врачебной (семейной) практики, обеспечивают развитие профессиональной подготовки и переподготовки, систематическое повышение квалификации кадров для общей врачебной (семейной) практики, создают систему информационного обеспечения внедрения общей врачебной (семейной) практики. Это открывает возможности для органов управления здравоохранением и ЛПУ провести необходимые преобразования: «предполагается, что выполнение программных мероприятий придаст импульс органам и учреждениям здравоохранения Российской Федерации в деятельности по формированию и укреплению общей врачебной (семейной) практики; расширению функций преобразуемых поликлиник» (*Минздрав РФ, 1999*).

Такой подход исходит из презумпции наличия одного главного препятствия для проведения реформы – это отсутствие необходимых разрешающих и направляющих документов, принятие которых должно автоматически повлечь за собой проведение преобразований в указанном направлении. За этим видна традиционная для административной системы логика осуществления изменений в управляемой системе по приказам сверху. Между тем в новых политико-экономических условиях указанное выше препятствие не является ни единственно важным, ни даже основным.

Необходимость реформирования первичного звена оказания медицинской помощи на принципах организации общей врачебной практики постоянно подтверждалась в последующих программных документах министерства. Так, в решении Коллегии Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2000 г. «Об итогах реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000–2004 гг. и на период до 2010 г.» в ряду первоочередных мер было названо принятие концепции перехода к системе единого ответственного лечащего врача, которым должен стать врач общей практики (семейный врач). Но при этом в перечне конкретных мероприятий, которые предполагалось осуществить, лишь было записано: «наряду с развитием и совершенствованием участковой службы как базовой в поликлинике активизировать работу по созданию службы врача общей практики». Никакой концепции перехода не разрабатывалось.

В последующие годы Минздрав России осуществлял работу по созданию ведомственной нормативной и методической базы для деятельности врачей общей практики. Так, в 2000 г. был утвержден государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040110 «общая врачебная практика (семейная медицина)», а в 2002 г. – положения «Об организации деятельности врача общей практики (семейного врача) и медицинской сестры врача общей практики», «Об организации деятельности Центра общей врачебной (семейной) практики», «Об организации деятельности отделения общей врачебной (семейной) практики в составе амбулаторно-поликлинического отделения» (*Минздрав РФ, 2002*). В 2003 г. изданы приказы Минздрава РФ № 112 «О штатных

нормативах Центра, отделения общей врачебной (семейной) практики», № 229 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Российской Федерации», № 402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)».

В целом же мероприятия, предусмотренные программой «Семейная медицина», были выполнены лишь частично, а сама программа продолжения не получила.

Следующей заметной вехой в формировании государственной политики по отношению к первичной медицинской помощи стала подготовка и обсуждение в 2004 г. проекта отраслевой программы «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации» (*Минздрав РФ, 2004*). Данный проект содержательно воспроизводил основные принципы проекта концепции 1996 г. Вновь акцент был сделан на организационно-экономических характеристиках новой модели организации первичной помощи. Ставились задачи формирования сети самостоятельных и конкурирующих между собой общих врачебных практик, реорганизации поликлиник в консультативно-диагностические и реабилитационные медицинские центры.

Вместе с тем в данном документе акцент был сделан на эволюционном характере преобразования существующего института участкового врача в институт врача общей практики. Констатировалось, что врач сельской врачебной амбулатории уже во многом действует как врач общей практики, и ставилась задача довести деятельность действующей участковой службы до модели врача общей практики (семейного врача). Подчеркивалась необходимость осуществить мероприятия по сближению содержания и оплаты труда участкового врача и врача общей практики (расширение функциональных обязанностей участкового врача, его информированность об оказании медицинской помощи пациентам на других этапах, включая услуги специалистов, стационарную и скорую медицинскую помощь, и возможность влияния на объемы этой помощи). Указывалось, что особенно важно сделать врачей общей практики и участковых врачей организаторами медицинской помощи, оказываемой на других этапах. Для этого необходимо постепенно, в течение 2–3 лет вводить порядок обязательного на-

правления этими врачами пациентов в другие звенья здравоохранения.

Предлагаемая стратегия перехода в основном также воспроизводила стратегию, предложенную в концепции 1996 г. В частности, указывалось на необходимость создавать – в дополнение к действующей амбулаторной сети – новые врачебные офисы в сельской местности и в некоторых городских жилых массивах, удаленных от поликлиник. Они в большинстве своем будут индивидуальными общими врачебными практиками. В городской местности общие врачебные практики создаются преимущественно как подразделения врачей общей практики в составе поликлиник, которые затем постепенно выделяются из них.

В отличие от проекта 1996 г. рассматриваемый документ сохранил более определенные указания на судьбу специалистов амбулаторного звена: «Общие врачебные практики в городской местности в большинстве случаев должны создаваться не в дополнение, а вместо действующих специалистов амбулаторного звена. Весь смысл реформы состоит в том, чтобы снизить нагрузку на этих специалистов, а также на стационары. Работая в качестве штатных врачей больниц, специалисты должны оказывать стационарную помощь и одновременно вести амбулаторный прием в консультативных отделениях при стационарах или поликлиниках». В отношении педиатров было сказано, что планируется постепенная передача функций участковых педиатров врачу общей практики (семейному врачу). Число специалистов – педиатров и акушеров-гинекологов должно быть ограничено остающейся у них функцией консультирования семейного врача и ведения пациентов со сложными видами патологии.

Именно эти положения и вызвали очень бурную негативную реакцию со стороны педиатров и специалистов поликлиник, которая была лейтмотивом Парламентских слушаний по проекту программы летом 2004 г. и получила широкое отражение в средствах массовой информации. Нужно заметить, что проект программы во многом сам спровоцировал подобное отношение. Реализация представленной в нем желаемой модели эффективной организации медицинской помощи означала бы для специалистов поликлиник и педиатров необходимость изменения привычной деятельно-

сти, серьезных усилий по освоению новой функциональной роли, доказыванию своей профессиональной пригодности в условиях конкуренции с врачами общей практики. Многие увидели в намечаемых преобразованиях угрозу потери своего рабочего места в поликлиниках и необходимости искать его в других ЛПУ и т.п. Вновь, как и во всех предыдущих программных документах, эти вызовы не были отрефлексированы, не были предусмотрены меры по снижению этих рисков, по работе с населением, по компенсации неизбежных издержек.

Со второй половины 2004 г. вновь образованное Министерство здравоохранения и социального развития России сконцентрировало свои усилия на кампании по монетизации льгот и реализации новой схемы лекарственного обеспечения, предусмотренных Федеральным законом № 122. Реформа здравоохранения, включая программу повышения его структурной эффективности, была отложена.

Была продолжена лишь работа по совершенствованию ведомственных инструктивно-методических материалов, регулирующих деятельность общих врачебных практик. В 2005 г. приказами Минздравсоцразвития России были утверждены «Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» (от 17 января 2005 г. № 84) и «Порядок организации и оказания первичной медико-санитарной помощи» (от 29 июля 2005 г. № 487). Принятие этих документов вызвало не менее бурную реакцию со стороны противников каких бы то ни было преобразований в российском здравоохранении, которые усмотрели в них чуть ли не решение о начале масштабной замены врачей, специализирующихся в разных областях медицины, в том числе педиатров, врачами общей практики. Ничего подобного эти приказы не содержали, более того, они вообще не затрагивали ключевых факторов, влияющих на темпы развития общих врачебных практик.

Анализ обсуждавшихся проектов и принятых программных и нормативных документов, касающихся реформирования первичной медицинской помощи, показывает, что задачи перехода к ее организации на принципах общей врачебной практики неизменно декларируются в качестве приоритетных на протяжении последних 10 лет. Формулируемые задачи затрагивают базовые принципы

организации медицинской помощи, они масштабны по своим последствиям. Но предусматриваемые этими документами практические меры затрагивают ограниченный набор факторов, от которых зависит этот переход, – это подготовка врачей общей практики, организационные формы и правила их работы, включая формы материального стимулирования и взаимодействия с другими звеньями в системе оказания медицинской помощи. Планировавшиеся меры носили локальный характер и были явно недостаточными для успеха в проведении реформы.

3.2. Практическая реализация задач преобразования первичной медицинской помощи

История реформирования модели первичной медицинской помощи, сформировавшейся в нашей стране в эпоху строительства социализма, насчитывает уже два десятилетия. Первой попыткой изменений, получившей широкую известность, была апробация в 80-х годах так называемого Ивановского метода. Суть его состояла в создании акушерско-педиатро-терапевтических комплексов, каждый из которых организационно объединял трех врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь: акушера, педиатра и терапевта (*Комаров, 1997*).

После принятия уже упоминавшегося приказа Министерства здравоохранения СССР от 18 декабря 1987 г. № 1284 в ряде городских поликлиник в Москве, в Пензенской, Тульской и других областях был начат эксперимент по переходу участковых врачей-терапевтов на работу по принципу врачей общей практики (*Белокриницкий и др., 2003*).

В частности, в Туле эксперимент был начат в 1988 г. на базе 3 городских поликлиник. В эксперименте участвовало 6 врачей – участковых терапевтов, прошедших тестовый отбор и последующее специальное обучение. Одним из условий эксперимента была разработка «офисной» модели общей врачебной практики. Итоги уже первого года эксперимента показали, что врачи общей практики в состоянии взять на себя основной поток первично обратившихся в поликлиники, за исключением случаев, явно требующих компетенции конкретных специалистов. За год работы врачи общей практики взяли на себя около 20% пациентов нетерапевтиче-

ского профиля. Значительно уменьшилось количество вызовов на дом к хроническим больным и вызовов «скорой помощи». Положительно о новой модели организации первичной медицинской помощи высказалось 86% пациентов. К началу 1992 г. в области работало уже 72 врача общей практики.

В 1992 г. после издания приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 26 августа 1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» были открыты первые кафедры семейной медицины по подготовке врача общей практики в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Дальневосточном медицинском университете и в других учебных заведениях.

В 1990-е годы был утвержден Государственный стандарт профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», разработаны учебно-методические документы по подготовке врачей и медицинских сестер общей практики. В настоящее время обучением и переподготовкой специалистов по семейной медицине в России занимаются 44 медицинских вуза. За период с 1995 г. по настоящее время по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» прошли подготовку в клинической ординатуре и на различных циклах повышения квалификации около 7 тыс. врачей. Правда, далеко не все из них продолжили работу в новом качестве. Около 3 тыс. оказались не востребованы и продолжают работать в режиме участкового врача.

В ряде регионов (Республики Карелия, Татарстан, Саха (Якутия), Чувашия; Хабаровский край, Белгородская, Воронежская, Калужская, Ленинградская, Московская, Омская, Самарская, Свердловская, Тверская, Тульская области, г. Санкт-Петербург) были разработаны территориальные программы развития общей врачебной (семейной) практики, предусматривающие комплекс мер по подготовке врачей общей практики и укреплению материально-технической базы первичной медицинской помощи.

Число работающих врачей общей практики увеличивается довольно высокими темпами (рис. 1). Однако они недостаточны для обеспечения существенных изменений в организации первичной помощи. По состоянию на 1 января 2005 г. общее число работаю-

щих врачей общей практики достигло 3,9 тыс. человек, в то время как численность участковых терапевтов составила 27,8 тыс., участковых педиатров – 22,2 тыс. (Минздрав РФ, 2005). Обеспеченность врачами общей практики составляет всего 0,28 на 10 тыс. человек населения, в то время как число участковых терапевтов – 1,9 на 10 тыс. человек. Для сравнения: в европейских странах число врачей общей практики на 10 тыс. жителей в 2002 г. достигло в среднем 8 (от 2 в Польше до 21 в Бельгии) (Boerma, Dubois, 2006, p. 30).

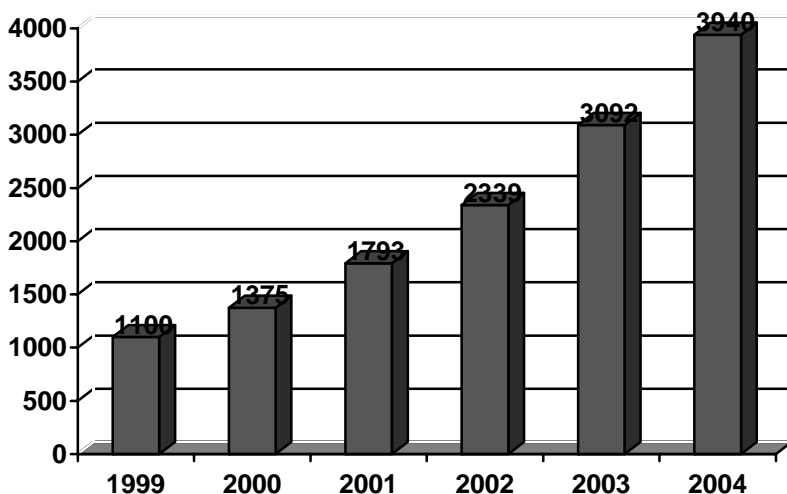


Рис. 1. Число работающих врачей общей практики в России в 1999–2004 гг.

Источники: Минздрав РФ, 2000; Минздравсоцразвития РФ, 2005; Белокриницкий и др., 2003; Резолюция 2-го Всероссийского съезда врачей общей практики (семейных врачей). Чебоксары. 30 сентября 2004 г.

В декабре 2000 г. в Самаре состоялся 1-й Всероссийский съезд врачей общей практики (семейных врачей). На съезде было принято решение организовать Общероссийскую ассоциацию врачей

общей практики (семейных врачей). Ассоциация была зарегистрирована Министерством юстиции РФ в мае 2001 г. Ее учредителями стали руководители органов здравоохранения из 51 субъекта РФ и руководители из 21 медицинского вуза России. В 2004 г. проведен 2-й съезд врачей общей практики (семейных врачей) в г. Чебоксары. В настоящее время Ассоциация насчитывает около 1000 коллективных и индивидуальных членов. Создано 18 региональных отделений.

По данным на конец 2005 г., общие врачебные практики действовали в 79 субъектах РФ². Накопленный в ряде регионов опыт внедрения института врачей общей практики свидетельствует о том, что их работа приводит к позитивным сдвигам в показателях состояния здоровья населения и обращаемости за медицинской помощью.

Лидером в создании общих врачебных практик является Самарская область – из 4 тыс. врачей общей практики, работающих в России в настоящее время, более 700 человек трудятся в Самарской области. В Самаре обеспеченность врачами общей практики (семейными врачами) составляет 3 специалиста на 10 тыс. жителей, в Самарской области – 1,6 на 10 тыс., т.е. почти в 6 раз больше, чем в среднем по стране. В 2005 г. в области утверждена целевая программа развития общей врачебной практики на селе. Сельским семейным врачам выделяются жилье и транспорт, значительно повышен базовый уровень заработной платы врачей общей практики по сравнению с врачами других специальностей.

В результате проведения реформы на 30–35% снизился уровень обращаемости населения за услугами скорой медицинской помощи. Показатели младенческой и материнской смертности стали выгодно отличаться от показателей остальных регионов России³. Повысилась структурная эффективность системы оказания медицинской помощи в целом, структура расходов стала смещаться в пользу первичного звена, доля расходов на стационарную помощь сократилась с 80% в советские времена до

² Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. http://www.healthreform.ru/stat_data/restruct_an/analysis.html#part2

³ Опыт организации отделения врачей общей практики на базе многопрофильной поликлиники, 2001.

54% (Трагакес, Лессоф, 2003), существенно снизился уровень госпитализации, стал сокращаться коечный фонд. Улучшились показатели медико-экономической эффективности оказания медицинской помощи в целом.

В Тульской области с 1993 по 1998 г. на участках обслуживания врачей общей практики отмечалось заметное снижение обращаемости в службу скорой медицинской помощи: в частности, больных с терапевтической патологией – на 1/4, с патологией нервной системы – на 42% и больных хирургического профиля – на 1/3 (Минздрав РФ, 1999). Значительно уменьшилась обращаемость населения за специализированной помощью в поликлинике, в частности, к хирургу – почти на 1/3, к отоларингологу – на 13%.

В Кемеровской области создание во второй половине 1990-х годов института врачей общей практики при поддержке проекта ТАСИС «Поддержка развития системы здравоохранения» (1995–1998 гг.) повлекло снижение уровня госпитализации на 30%, обращаемости населения на станции «скорой помощи» – на 40%, к специалистам амбулаторно-поликлинического звена – в 2 раза. Существенное развитие получили патронаж, организация стационаров на дому, дневных стационаров; снизилось число дефектов медицинского обслуживания (Минздрав РФ, 1999).

В Гатчинском районе Ленинградской области в рамках проекта ТАСИС были созданы несколько общих врачебных практик и переведены на работу по принципу семейного врача 80% участковых терапевтов и педиатров городской поликлиники. Зарботная плата врачей и медицинских сестер была повышена на 50%. Все это привело к сокращению госпитализации по профилям терапии, кардиологии и неврологии в среднем в 2,5 раза, вызовов «скорой помощи» – на 60%; правда, сокращения обращений пациентов к специалистам не произошло (Щетинина, 1999).

В Карелии в 1998 г. был принят Закон «Об общей врачебной (семейной) практике» и организована работа по принципу общих врачебных практик в 2 участковых больницах и в 9 врачебных амбулаториях. Создание общих врачебных практик рассматривалось как средство повышения доступности медицинской помощи для жителей отдаленных населенных пунктов, для жителей, которым в 90-х годах стало очень трудно выехать на консультацию у специа-

листа или обследование в центральную районную больницу из-за отсутствия денег или транспортного сообщения (*Цымбал, 1999*).

В Чувашии создание общих врачебных практик началось в 1998 г., и в 2004 г. их число достигло 225⁴. Организация работы в форме индивидуальной практики чаще используется на селе, откуда сложно добраться до пункта квалифицированной медицинской помощи. В городе создаются групповые общие врачебные практики, где с семейным доктором взаимодействуют педиатр и акушер-гинеколог. В составе крупных поликлиник формировались отделения врачей общей практики. Комплексный подход позволил существенно улучшить качество медицинской помощи населению. В этот период в республике значительно сократились показатели перинатальной, младенческой и материнской смертности, которые теперь существенно ниже среднероссийских.

В Калужской области с 1998 по 2003 г. осуществлялся проект «Реформа здравоохранения в Калужской области» с использованием средств займа Всемирного банка. В частности, в трех поликлиниках Калуги апробировался метод частичного фондодержания, осуществляемого врачами первичного звена (*Воронин, 2006*). Он предусматривал получение врачом первичного звена финансирования по подушевому нормативу – за количество прикрепленных к нему граждан. Получаемые средства предназначались для оказания амбулаторной помощи и некоторых видов стационарной помощи. Сокращая по управляемым заболеваниям направления в стационар и увеличивая объем собственной деятельности, врач первичного звена получил возможность увеличивать размер заработной платы как минимум в 2 раза.

В результате проведения эксперимента прослеживалась положительная динамика показателей деятельности первичного звена. Так, в поликлинике № 8, где был начат эксперимент, уровень госпитализации пациентов снизился в 2000 г. на 34% по сравнению с 1997 г.; число вызовов «скорой помощи» на 1000 человек уменьшилось на 40%; при этом количество посещений поликлиники на одного прикрепленного жителя увеличилось на 27%, в том числе посещений специалистов – на 14%. В 2000–2002 гг. в эксперименте участвовали еще 3 поликлиники, и в двух из них также наблюда-

⁴ Российские врачи обсуждают развитие общей врачебной практики (2004).

лось существенное снижение уровня госпитализации прикрепленного населения (на 18% в 2002 г. по сравнению с 2001 г.). В период проведения эксперимента наблюдалось также улучшение показателей охвата населения прививками, флюорографическим обследованием, снижение смертности трудоспособного населения, первичного выхода на инвалидность, поздней выявляемости онкологических заболеваний и туберкулеза и др.

Эксперимент за счет средств займа Всемирного банка проводился также в 2001–2004 гг. в Тульской области (*Сокол, Горячева, 2006*). Было создано 10 общих врачебных практик в составе двух городских больниц в Туле и Новомосковске. Финансирование поликлинических отделений этих больниц осуществлялось с использованием принципов частичного фондодержания. В течение первых двух лет проведения эксперимента (2001–2002 гг.) наблюдалась позитивная динамика изменений в структуре оказания медицинской помощи: перенос части объемов стационарной помощи на амбулаторно-поликлинический этап, снижение уровня госпитализации и показателей заболеваемости прикрепленного населения, повышение заработной платы медицинских работников, участвующих в эксперименте (на 25–60%), за счет совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи. Однако в последующие два года (2003–2004 гг.) положение дел изменилось: уровень госпитализации со всех участков ВОП, участвующих в эксперименте, снизившийся в 2001–2002 гг. до 105,6 на 1000 человек населения, вырос и практически сравнялся с уровнем госпитализации по направлениям от участковых врачей (126–135 на 1000 прикрепленных); расхождения между диагнозами на амбулаторно-поликлиническом и на стационарном этапах лечения больных оказались практически одинаковыми у пациентов ВОП и участковых врачей. Причины такого развития событий требуют специального изучения, но по отдельным данным (значительное сокращение числа участковых врачей, работающих в экспериментальном отделении городской больницы Калуги, неадекватность размеров дополнительной оплаты труда врачей общей практики результатам их деятельности) можно сделать вывод, что размеры оплаты труда участковых врачей и врачей общей практики были недостаточными

для создания устойчивых стимулов к повышению эффективности их деятельности.

По данным исследования, проведенного в 2003 г. в Волгоградской области (*Кузеванова, 2004*), для семейных врачей характерны более высокие показатели оказания различных видов медико-социальной помощи. Так, 85,3% семейных врачей имели контакты с социальной службой, в то время как только 60,7% участковых терапевтов и 52,4% педиатров осуществляли подобную деятельность. Почти половина семейных врачей (45,3%) направляли на консультацию к специалистам менее 10% своих пациентов. Напомним, что в среднем по стране этот показатель превышает 30% (*Вишневский и др., 2006, с. 13*).

В Ступинском районе Московской области с 2000 г. реализуется программа по созданию общих врачебных практик. В 2003–2004 гг. она поддерживалась в рамках проекта ЕС ТАСИС «Развитие первичной медицинской помощи по принципу семейного врача». В сельской местности формируются смешанные (детские и взрослые) территориальные участки обслуживания ОВП. В городе организовано отделение ОВП на базе поликлиники для взрослых и созданы групповые общие врачебные практики, объединяющие трех врачей, принимающих взрослое население, и одного врача, занимающегося детьми. В результате реализации программы наблюдаются заметные позитивные сдвиги в организации медицинской помощи (*Денисов и др., 2004*). Так, количество направляемых больных в сельской местности врачом общей практики на консультацию к специалистам снизилось до 3–4% числа пролеченных больных, профилактическая работа стала занимать 40% времени врачей общей практики, в то время как до реформирования участковые врачи уделяли ей лишь около 10% времени. Число койко-дней, проведенных сельскими жителями, обслуживаемыми общими врачебными практиками, сократилось с 2000 по 2003 г. на 20%, экономия по содержанию больных в стационарах составила 2 млн руб., количество вызовов «скорой помощи» снизилось на 25%.

Таким образом, опыт создания общих врачебных практик свидетельствует о том, что первичная медицинская помощь в нашей стране восприимчива к новым формам организации. По данным, приводимым в работе (*Денисов, 2004, с. 489*), пациенты отмечают

большую удовлетворенность работой врачей общей практики по сравнению с участковыми врачами в связи с тем, что уменьшается число направлений на консультации к другим врачам (57%), снижается число излишних обследований (30%), уделяется больше внимания пациенту (93%). В результате внедрения врача общей практики в работу первичного звена здравоохранения на 23–30% сокращается количество вызовов «скорой помощи», улучшается взаимодействие с узкими специалистами. В поликлиниках, где работают врачи общей практики, активнее развиваются стационарозамещающие виды медицинской помощи, а в сельских участковых больницах – койки сестринского ухода.

Однако следует признать, что позитивные изменения происходили в регионах, которые имели возможность привлечь для финансирования реформы дополнительные ресурсы, в том числе ресурсы международных проектов и займов. Заниматься реорганизацией базового звена оказания медицинской помощи, оставаясь в рамках обычного текущего финансирования, никто не стал.

Развитие первичной медицинской помощи стало одним из приоритетов принятого в 2005 г. национального проекта в сфере здравоохранения. Но он предусматривает лишь повышение оплаты труда персонала первичного звена (без дифференциации между участковыми врачами и врачами общей практики) и оснащение амбулаторных учреждений медицинской техникой.

Следует констатировать, что реальной реформы первичного звена здравоохранения в масштабах страны до сих пор не произошло. Подавляющее большинство территориальных поликлиник продолжают оказывать первичную медико-санитарную помощь силами участкового врача – терапевта, а новый институт врачей общей практики (семейных врачей) еще не всегда соответствует целевым параметрам уровня квалификации этих специалистов. Подготовленные врачи общей практики (семейные врачи) не в полной мере действуют как организаторы медицинской помощи своим пациентам.

В 1/3 регионов Российской Федерации (Липецкая, Ульяновская, Смоленская, Псковская, Кировская, Сахалинская, Брянская и другие области) до настоящего времени не организована собственная подготовка врачей общей практики и сестринского персонала, а

подготовленные в других медицинских вузах для этих регионов специалисты по общей врачебной (семейной) практике продолжают работать участковыми терапевтами.

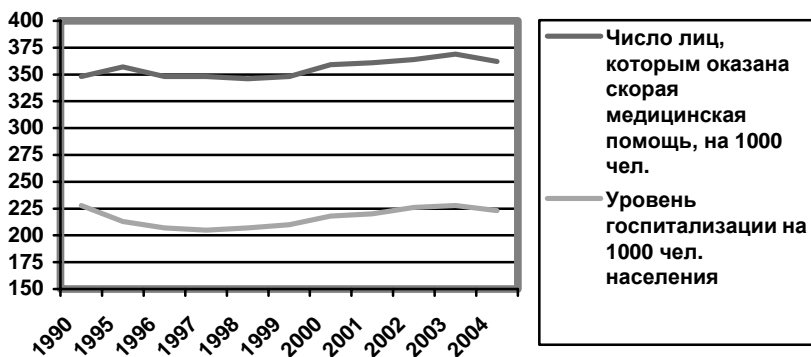


Рис. 2. Объемы скорой и стационарной медицинской помощи в 1990–2004 гг.

Источники: Здравоохранение в России: Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001; Здравоохранение в России. 2005: Стат. сб. М.: Росстат, 2006.

При довольно медленных изменениях в организации первичной помощи наблюдается дальнейшее наращивание количества госпитализаций, сохранение объемов скорой медицинской и специализированной амбулаторной помощи (рис. 2). Таким образом, структурные диспропорции, устранению которых призвана служить реформа первичного звена, не уменьшаются.

3.3. Анализ реализуемой стратегии реформирования первичного звена

Масштабное развитие института врачей общей практики означает реорганизацию всей системы оказания медицинской помощи, включая не только амбулаторную, но и стационарную, и скорую помощь, затрагивает интересы различных категорий врачей и пациентов, которые привыкли к сложившимся формам взаимодействия. Такая реорганизация, чтобы быть успешной, требует значительных финансовых, материальных, политических, администра-

тивных ресурсов всей государственной системы. Между тем Минздраву не удалось расширить состав и размеры ресурсов, используемых для проведения декларированных преобразований. Дополнительное бюджетное финансирование не было получено, заметную политическую поддержку на федеральном уровне инициировать не удалось.

Минздрав использовал финансовые и организационные ресурсы, которыми он и так располагал, и традиционные технологии административного управления. Но объемы таких ресурсов и эти управленческие методы явно несопоставимы со сложностью задач масштабного управляемого преобразования всей системы первичной медицинской помощи. Поэтому на федеральном уровне дело ограничилось принятием приказов, регулирующих организационно-медицинские аспекты подготовки и деятельности врачей общей практики, выделением ресурсов на подготовку сравнительно небольшого числа таких врачей и традиционным административным давлением на региональные органы здравоохранения.

В результате реформирование системы первичной медицинской помощи на основе внедрения общей врачебной практики носило локальный, зачастую бессистемный характер. Движущей силой реализации являлась не системно проводимая федеральными органами власти политика, а энтузиазм отдельных региональных руководителей, коллективов медицинских учреждений и медицинских учебных заведений, а также программ международных организаций (АМР США, ЕС: ТАСИС, Ноу-хау Фонд, Всемирный банк).

Основным недостатком проводимой реформы системы первичной медицинской помощи (как и реформы здравоохранения в целом) является декларативность преобразований, не подкрепленных необходимыми условиями и механизмами их реализации. Декларируемые преобразования не обеспечены механизмами мотивации персонала, рациональными формами оплаты медицинских услуг, организационно-экономическими формами и механизмами финансирования, стимулирующими медицинские организации к эффективной деятельности. Отсутствует и должный мониторинг за своевременной реализацией принятых решений.

Преимущества модели общей врачебной практики могут быть реализованы лишь при создании целого ряда условий и механизмов. Наиболее существенными из них являются:

- введение рациональных методов оплаты медицинских услуг, стимулирующих медицинские организации к оказанию своевременной и качественной медицинской помощи (для организаций первичного звена медицинской помощи – частичное или полное фондодержание, премирование за достижение плановых показателей, в том числе частоты вызовов населением скорой медицинской помощи и уровня госпитализации, для стационаров – оплата по законченному случаю заранее согласованных объемов госпитализации);
- введение методов организации, учета и оплаты труда медицинского персонала, мотивирующих его к качественному оказанию медицинской помощи и эффективному использованию ресурсов, тесно увязывающих размер вознаграждения с результатами труда (бригадные формы, система внутриучрежденческих взаиморасчетов, премирование в зависимости от степени достижения плановых показателей деятельности и т.п.);
- введение подушевого принципа финансового планирования и обеспечения медицинской помощи;
- формирование прозрачной одноканальной системы финансового обеспечения медицинской помощи – оплата всех видов медицинской помощи (за исключением дорогостоящей высокотехнологической) за счет средств обязательного медицинского страхования по тарифам, обеспечивающим оплату всех видов затрат на ее оказание;
- преобразование медицинских учреждений в организационно-правовые формы, позволяющие повысить хозяйственную самостоятельность медицинских организаций и создающие условия для повышения медико-экономической эффективности их деятельности;
- формирование эффективной информационной системы, основанной на современных компьютерных технологиях, позволяющей врачу общей практики оперативно отслеживать про-

хождение его пациентов по этапам лечебно-диагностического процесса;

- проведение комплекса мероприятий по разъяснению населению, медицинскому персоналу и представителям органов власти целей реформы системы первичной медицинской помощи и выгод, которые она обеспечит, с тем, чтобы предупредить возможную социальную напряженность, связанную с новизной и непониманием планируемых изменений.

На практике большинство из этих условий выполнены не были.

Не были решены и организационно-технологические вопросы работы общей врачебной практики, обеспечивающие эффективное выполнение ею своих важнейших функций. До сих пор организация первичной медицинской помощи в России регламентирована двадцатипятилетней давности приказом Министерства здравоохранения СССР от 23 сентября 1981 г. № 1000, не отражающим особенностей современного социально-экономического развития страны.

В первую очередь это относится к сохранению практически неограниченной свободы обращения пациентов в любое медицинское учреждение и к любому специалисту, минуя врача первичного звена медицинской помощи. Это значительно затрудняет соблюдение принципа долговременного, непрерывного и комплексного наблюдения за пациентом, соблюдение которого является непременным условием повышения медико-экономической эффективности медицинской помощи.

Отсутствие санитарно-гигиенических требований к размещению общей врачебной практики вызывает определенные трудности при лицензировании врачей общей практики.

Квалификационные характеристики персонала общих врачебных практик, разработанные еще в стартовый период реформы, устарели и требуют переработки с учетом приобретенного опыта и изменившихся условий.

Классификатор медицинских услуг не формулирует четко медицинские услуги, составляющие объем первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачом общей практики (семейным врачом), а медицинские услуги, оказываемые им при про-

ведении профилактики распространенных заболеваний, вообще не предусмотрены.

Инструкции, регламентирующие функции специалистов, не пересмотрены с учетом передачи отдельных их функций врачу общей практики, а подготовка таких специалистов не сопровождается разъяснением того обстоятельства, что передача части рутинных услуг врачам общей практики повышает их престиж как консультантов.

Разработанные методы оценки деятельности врачей общей практики не получили нормативного оформления.

При обилии различного рода отчетности система статистического медико-экономического наблюдения не ориентирована на нужды общей врачебной практики и не позволяет осуществлять должный мониторинг ее деятельности.

Практически не используются средства массовой информации для популяризации среди населения модели врача общей практики и преимуществ, которые она несет пациентам.

Далеко не всегда программы развития общей врачебной практики отличаются должной комплексностью, научно-методической, информационной и финансовой обеспеченностью. Низка требовательность к руководителям органов и организаций здравоохранения, несущим ответственность за полную и своевременную реализацию принятых программ.

Следует отметить, что регионами, являющимися лидерами реализации реформы первичной медицинской помощи, накоплен значительный опыт разработки и реализации механизмов, обеспечивающих эффективное функционирование первичного звена медицинской помощи – одноканальное финансовое обеспечение, фондодержание первичным звеном, системы мотивации оплаты персонала, подушевое финансовое планирование, основанное на современных технологиях информационное обеспечение и т.п. В сущности, именно использование ими этих механизмов и способствовало их относительно ускоренному продвижению по пути реформ.

Однако с сожалением приходится констатировать, что опыт этих регионов не только не был использован, но и не получил необходимой методической и законодательной поддержки со стороны

федерального центра. Более того, порой его политика разрушающе действовала на неокрепшие ростки региональной инициативы (внедрение под давлением Пенсионного фонда неэффективного метода оплаты амбулаторных услуг по посещениям, растущие ограничения хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений и т. п.).

Даже принятый в 2005 г. национальный проект в сфере здравоохранения, содержащий в качестве приоритета развитие первичной медицинской помощи, не включает механизмов реализации модели общей врачебной практики. Указанный проект вновь демонстрирует нерешительность государственной политики в деле реформирования системы первичной медицинской помощи, а также слабость политической воли для последовательного проведения этой реформы, достаточно эффективно проявившейся при внедрении института врача общей практики в некоторых бывших советских республиках (см. раздел 4.2).

Таким образом, анализ ситуации, сложившейся в российском здравоохранении при проведении реформы организации первичной медицинской помощи, с одной стороны, приводит к выводу о правильности поставленной стратегической задачи использования модели общей врачебной (семейной) практики, а с другой – убеждает в необходимости разработки механизмов реализации реформы первичной медико-санитарной помощи с учетом системного анализа результатов деятельности в этом направлении федеральных и региональных органов здравоохранения Российской Федерации и опыта реализации международных программ содействия развитию общей врачебной (семейной) практики.

4. Опыт реформ первичной медицинской помощи в европейских странах

4.1. Тенденции изменений в организации первичной медицинской помощи в странах Западной Европы

Для понимания целесообразных направлений и возможностей реформирования первичной медицинской помощи в нашей стране важно проанализировать тенденции изменений в первичной медицинской помощи, происходящих в других странах, прежде всего в Европе.

В странах Европы и Северной Америки основными субъектами оказания первичной медико-санитарной помощи выступают семейный врач, общинная медсестра, практикующая медсестра, социальный работник, терапевт, менеджер и административные работники (*Всемирный банк, 2005*). Сектор первичной медицинской помощи 30 лет назад находился на периферии систем здравоохранения в европейских странах, но все последующее время отмечено серьезнейшими усилиями по переводу его в центр этих систем (*Saltman et al., 2006, p. 75–76*). Одним из важнейших изменений стало то, что во многих странах первичный сектор уже больше не рассматривается как находящийся в тени и в подчинении сектора стационарной помощи. Начался длительный и сложный процесс превращения его в равного партнера секторов вторичной и третичной помощи.

Вместе с тем, несмотря на серьезное усиление внимания государственных органов, формирующих политику в здравоохранении, к развитию сектора первичной помощи, имеющиеся данные не свидетельствуют о существенном перераспределении ресурсов от стационарной помощи к амбулаторной (*Boerma, Dubois, 2006*). По данным ВОЗ, среди стран Центральной и Восточной Европы, только в Венгрии и Латвии доля расходов на стационарную помощь в совокупных расходах на здравоохранение значительно сократилась (*WHO, 2004*). В западноевропейских странах наблюдается тенденция небольшого сокращения этой доли. По данным же ОЭСР, этого не происходит, а в некоторых странах (Бельгия, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Турция, Фин-

ляндия, Франция, Швейцария) доля затрат на амбулаторную помощь в 1990-е годы была стабильной или уменьшилась (*OECD, 2004*). Существенное увеличение этого показателя было лишь в Австрии и Дании.

Наиболее важные изменения в организации первичной медицинской помощи в западноевропейских странах в последние 10–15 лет связаны с развитием различных форм сетевых взаимодействий (*Saltman et al., 2006, p. 76*). Реагируя на рост числа пациентов с хроническими заболеваниями и используя улучшающиеся технические возможности телекоммуникаций и электронных технологий, врачи общей практики все сильнее втягиваются в создаваемые и развивающиеся сети взаимодействий со звеньями, оказывающими вторичную и третичную помощь (при лечении, например, больных астмой и диабетом), с медицинскими сестрами и социальными работниками, оказывающими помощь больным на дому, со школами и др.

При этом развитие первичной медицинской помощи происходит в различных организационных формах, и пока нет ясных свидетельств в пользу доминирования в будущем какой-либо модели (*Saltman et al., 2006, p. 71*).

Появились признаки возможной трансформации в будущем выполняемой во многих европейских системах здравоохранения врачом общей практики функции привратника, к которому обязан обратиться пациент для получения любой неэкстренной помощи. Начинает формироваться функция дифференцированного привратника, когда пациент с хроническим заболеванием может предпочесть иметь врача-специалиста в качестве посредника, который организует для него, пациента, получение других видов помощи, в то время как другой пациент может выбрать врача общей практики как советчика, который помогает ему обратиться за нужной медицинской помощью в другие звенья системы.

Различные дополнительные или альтернативные политики должны получить развитие в будущем, чтобы улучшить координирующую роль первичного звена (*Boerma, Dubois, 2006*).

В ряде европейских стран – в Великобритании, Испании, Италии, Швеции, Финляндии, Эстонии – апробировались различные механизмы частичного фондодержания врачей первичного звена.

Этот опыт свидетельствует о следующих преимуществах внедрения таких механизмов финансирования (McCallum, et al., 2006):

- более гибкое предоставление услуг первичной медицинской помощи, включая расширение перечня услуг, обеспечение своевременного доступа, повышение степени соответствия выполняемых лабораторных тестов нуждам больных, развитие электронных коммуникаций (Великобритания, Финляндия, Швеция, Эстония);
- рост соответствия лабораторным руководствам, сокращение анализов крови примерно на 8%, госпитализаций больных, которые могут получать амбулаторное лечение (например, больные диабетом), – на 6% (Италия);
- повышение эффективности использования ресурсов (cost-effectiveness) в случае использования финансовых стимулов, например, к выписке более экономически эффективных лекарственных препаратов (Великобритания, Италия);
- сокращение времени ожидания необходимого лечения (Финляндия);
- использование фондодержателями дополнительной информации о клиническом и организационном качестве услуг специалистов для организации предоставления помощи своим пациентам.

При этом отсутствовали свидетельства того, что фондодержатели необоснованно сокращают количество направлений к специалистам.

Введение фондодержания на первых порах в ограниченных масштабах может облегчить переход к альтернативным поставщикам услуг без дестабилизации финансовой базы специализированной амбулаторной помощи.

4.2. Реформирование первичной медицинской помощи в странах Центральной и Восточной Европы

В Центральной Европе 1990-е годы стали периодом больших трансформаций в организации здравоохранения, в частности первичной медицинской помощи. Общим направлением изменений стал переход от поликлинической модели оказания первичной помощи к формированию общих врачебных практик.

В 2004–2005 гг. Всемирный банк провел детальное исследование опыта внедрения семейной медицины в 5 постсоциалистических странах: в Армении, Боснии и Герцеговине, Киргизии, Молдавии и Эстонии (*Всемирный банк, 2005*). Все они в начале 1990-х годов имели построенную на одинаковых принципах систему здравоохранения, называемую моделью Семашко. И в последующие годы они проводили реформирование этой системы, включая развитие общих врачебных практик. Во всех этих странах произошло расширение спектра услуг, предоставляемых семейными врачами на уровне первичной медико-санитарной помощи, главным образом за счет мероприятий по медико-санитарному просвещению, укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний. Улучшилась доступность первичной помощи, в Армении, Киргизии и Эстонии наблюдается сокращение количества направлений в стационары, при этом в последних двух странах часть стационарной помощи была реально перемещена в амбулаторный сектор.

В Армении все государственные учреждения здравоохранения получили в 1997 г. статус государственных предприятий и были трансформированы в государственные закрытые акционерные общества в 2000 г., а поликлиники получили автономный статус и перестали подчиняться больницам. Государственное агентство здравоохранения выполняет функции покупателя услуг поставщиков различных видов медицинской помощи. В ряде районов детские, взрослые поликлиники и женские консультации были консолидированы в единые центры медицины первичного уровня, работа которых была организована по принципу семейных врачей.

Проведенный анализ показал, что в центрах, где работают семейные врачи, выше качество предоставляемых медицинских услуг и наблюдается сокращение направлений на госпитализацию по поводу основных острых и хронических состояний, лечение которых может осуществляться на уровне первичного звена.

Тем не менее развитие семейной медицины сталкивается со многими препятствиями, в том числе с сопротивлением узких специалистов, работающих в поликлиниках и стационарах, и их руководителей, которые рассматривают ее внедрение как шаг назад от передовой советской медицины.

В Боснии и Герцеговине реализованы пилотные проекты по внедрению модели семейной медицины. Между пилотными и остальными районами наблюдается статистически значимая разница в показателях охвата населения профилактическими услугами, услугами первичного контакта и услугами по ведению хронических заболеваний. Новая модель приветствуется населением.

В городах Киргизии были созданы центры семейной медицины на основе детских поликлиник, женских консультаций и поликлиник для взрослых. В сельской местности созданы группы семейных врачей. Усилена функция врача общей практики как привратника в системе медицинской помощи: пациенты, обращающиеся в неэкстренных случаях за медицинской помощью к специалистам и в стационары без направлений от семейного врача, должны ее сами оплачивать. В районах, где были внедрены группы семейных врачей, значительно увеличились объемы и состав услуг, предоставляемых в первичном звене, в том числе услуг по укреплению здоровья; сократилось количество направлений в стационары при основных неотложных и хронических заболеваниях, лечение которых может проводиться на первичном уровне, и соответственно произошло существенное перемещение медицинской помощи со вторичного на первичный уровень.

В Молдавии на базе бывших районных поликлиник были созданы центры семейной медицины, а на базе сельских врачебных амбулаторий – центры здравоохранения, кабинеты семейных врачей и посты здравоохранения для семейных врачей. Исследование деятельности семейных врачей выявило статистически значимую разницу в составе применяемых медицинских приемов, параметрах выполнения функции первого контакта и функции ведения больных с распространенными хроническими заболеваниями между медицинскими центрами, находящимися на разных стадиях реформирования первичной медицинской помощи.

Наиболее глубокое реформирование первичной медицинской помощи было проведено в Эстонии. Оно было быстро проведено во всех районах страны, за исключением столицы, где руководители поликлиник, поддержанные городским органом управления здравоохранением, лоббировали сохранение поликлиник с врачами, получающими фиксированную заработную плату. К 2004 г.

число семейных врачей достигло 6,5 на 10 тыс. человек населения, что приблизилось к среднему для Западной Европы уровню.

С 1998 г. семейные врачи получили функции частичных фондо-держателей (*McCallum et al., 2006*). Так, в 2002 г. бюджет общей врачебной практики предусматривал, что 18,4% размера подушевой оплаты, получаемой за прикрепившихся к врачу жителей, используется для покупки отдельных клинических и диагностических услуг (малая хирургия, физиотерапия, лабораторные тесты, рутинная рентгенография, общераспространенные эндоскопические процедуры). Семейный врач контрактирует поставщиков этих услуг, но не вправе оставить себе средства в случае сокращения объемов таких услуг. Это условие препятствует отказу от оказания соответствующих услуг в ущерб пациентам. Вместе с тем, если врач сумел договориться о меньшей цене за оказываемые услуги, он может оставить у себя эту экономию. В настоящее время разрешено применять скидки на 5–10% к ценам на лабораторные тесты. Кроме того, семейные врачи были вовлечены в не прямые закупки, т.е. в планирование объемов помощи и оплаты некоторых специалистов: ортопедов, гинекологов, офтальмологов и др.

Основными позитивными результатами проведенной реформы являются (*Всемирный банк, 2005*):

- расширение круга оказываемых услуг, улучшение ведения хронических болезней;
- сокращение количества дней, проведенных прикрепленным населением в больницах;
- усиление внимания к обращающимся за помощью и предоставление более индивидуализированных услуг;
- обеспечение большей непрерывности процесса оказания медицинской помощи;
- повышение профессионализма врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, сокращение случаев изменения назначенного лечения, свидетельствующее об использовании адекватных и эффективных лечебных методов;
- более четкая ответственность перед обращающимися за помощью по сравнению с моделью поликлиники, где было неясно, кто несет ответственность перед пациентами.

Новая модель организации первичной помощи принята населением. По данным опроса 2003 г., 88% респондентов были очень или в целом удовлетворены предоставляемыми услугами.

5. Препятствия на пути внедрения института врача общей практики и стратегия их преодоления

5.1. Дискуссии о целесообразности реформирования первичного звена

Задачи реформирования первичной медицинской помощи вызвали в России негативную реакцию в медицинском сообществе, которая приобрела особенно острые формы после появления проекта программы повышения структурной эффективности и издания Минздравсоцразвития приказов от 17 января 2005 г. № 84 и от 29 июля 2005 г. № 487. Основными противниками реформирования первичной медицинской помощи выступают педиатры, прежде всего преподаватели вузов, и известные врачи, работающие в стационарах (среди авторов критических статей в СМИ не замечены специалисты поликлиник). Против масштабных преобразований выступают также многие руководители органов управления здравоохранением.

Рассмотрим подробнее главные аргументы противников реформы (ниже они выделяются курсивом). Если абстрагироваться от эмоциональной формы развернутой критики и откровенных передержек в изложении содержания указанных документов⁵, то суть этой критики сводится к следующему: *реформа разрушит педиатрическую службу, которая доказала свою результативность.*

По мнению противников реформы, созданная в СССР система первичной медицинской помощи детям, оказываемой участковыми

⁵ Для иллюстрации приведем несколько подобных высказываний:

«Приказ ломает всю систему организации медицинской помощи с ликвидацией всех узких специалистов в поликлиниках для детей и взрослых» (Интервью Л.Рошала в статье: *Гончарова, 2004*).

«Идеологи реформы в качестве главного довода в пользу западной системы выдвигают лучшие общие показатели состояния здоровья населения, смертности и т.д., умышленно «забывая» о разнице в финансировании здравоохранения» (*Рокицкий, 2004*).

«В стране действует программа уничтожения сети детских поликлиник и больниц, а также гинекологической службы» (*Катыс, 2005*).

С точки зрения реформаторов, «первичное звено и служба скорой помощи — очень затратные службы. И без скорой помощи можно обойтись» (*Прибыткова, 2006*).

педиатрами, обеспечила максимальное приближение детского врача к ребенку, расширила возможности осмотров детей, профилактической работы, оказания качественной медицинской помощи. И именно педиатрической службе, несмотря на нищенское финансирование, удалось добиться стабильного снижения младенческой и детской смертности. Никакой врач общей практики не сможет профессионально заменить педиатра.

Следует отметить, что декларированные задачи реформы отнюдь не предусматривают упразднения педиатров, а предполагают разные возможности их участия в оказании первичной и вторичной медицинской помощи:

- как детских врачей общей практики, функциональные обязанности которых шире, чем нынешних участковых педиатров, и которые могут работать в составе отделений детских поликлиник, в составе групповых общих врачебных практик вместе с врачами для взрослых, как самостоятельные общие детские врачебные практики;
- как педиатров, оказывающих специализированную помощь детям по направлениям врачей общей практики.

И в том, и в другом случае педиатрическая служба сохраняется, но видоизменяются функции ее звеньев и способы их взаимодействия с другими звеньями системы медицинской помощи. В первом случае преобразования происходят в рамках существующей педиатрической службы и существующих детских поликлиник, так что никаких рисков их разрушения не возникает. Во втором случае детские поликлиники сохраняются как центры оказания специализированной амбулаторной помощи детям.

Вопрос о сравнительной эффективности оказания медицинской помощи по существующей модели детской поликлиники и по модели «семейный врач плюс детский консультативно-диагностический центр» требует дополнительного детального анализа для получения доказательных свидетельств о преимуществах той или другой.

Передача лечения детей семейному врачу ухудшит его качество.

Противники реформы опасаются, что семейный врач будет делать все возможное, чтобы даже в острых случаях при заболевании

к ребенку не ехала «скорая», будет стараться максимально оказывать помощь детям собственными силами. Это при его более низкой квалификации по сравнению с педиатром будет приводить к серьезным осложнениям и трагическим последствиям и вызовет рост младенческой и детской смертности, инвалидности и заболеваний.

Подчеркнем еще раз, что указанные риски возникают лишь в модели семейного врача, который индивидуально оказывает медицинскую помощь всем членам семьи. Такая модель организации первичной помощи, как уже говорилось, является не единственно возможной, которую предполагается апробировать и внедрять. Снижение указанных рисков будет обеспечиваться развитием систем контроля (государственного и профессионального) за работой врачей общей практики и использованием таких методов финансирования семейных врачей, которые заинтересовывают их в конечных результатах лечения и состояния здоровья населения, а не в минимизации обращений к услугам специалистов.

Врач общей практики будет загружен больше, чем участковый терапевт, что неизбежно скажется на качестве и доступности медицинской помощи. А предполагаемое экономическое стимулирование сокращения госпитализаций и вызовов «скорой помощи» неизбежно повлечет рост запущенных случаев.

Такие аргументы вполне закономерны, но, как было показано выше (см. раздел 4.2), реальный опыт перехода от поликлинической модели к предоставлению первичной медицинской помощи врачами общей практики в постсоциалистических странах не подтверждает этих опасений, а, наоборот, свидетельствует об увеличении доступности первичной помощи и улучшении ее качества. Угрозы появления у врачей общей практики стимулов к неоправданному сокращению обращений к услугам службы скорой помощи и стационаров могут быть эффективно снижены за счет адекватного выбора механизмов финансирования семейных практик и развития государственного и профессионального контроля за их работой.

Реформа ликвидирует преимущество отечественной системы здравоохранения, состоящее в приближенности специализированной медицинской помощи к населению.

«Преимущество нашей системы здравоохранения как раз в ее узкой специализации, приближенности к народу, и ни один врач общей практики не заменит специалиста: хирурга, невропатолога, отоларинголога и др.» – эти слова, принадлежащие Л. Рошалю⁶, являются обычным аргументом, высказываемым врачами-специалистами, работающими в поликлиниках.

В самом деле, поликлиническая модель организации амбулаторной медицинской помощи облегчает направление пациентов на консультацию к специалистам, которые работают в этой же поликлинике. Но необходимо различать пространственную (территориальную) доступность разных видов помощи и способы кооперирования усилий разных врачей и распределения между ними ответственности за лечение больного. Предлагаемое реформирование первичной медицинской помощи не означает полную замену узких специалистов врачами общей практики и практически не ухудшит пространственную доступность специализированной амбулаторной помощи. Поликлиники как места работы специалистов разного профиля сохранятся, и пациент точно так же, как и раньше, сможет воспользоваться услугами узких специалистов, работающих в этом же здании. Но существующая поликлиника как система отношений между врачами и распределения ответственности между ними за пациентов обладает низкой эффективностью по сравнению с моделью «врачи общей практики плюс консультативно-диагностический центр».

Постановка задачи перехода от поликлиник к конкурирующим общим врачебным практикам противоречит современным тенденциям к объединению врачей разных специальностей в других странах.

В действительности в западных странах наблюдаются тенденции усиления кооперации врачей разных специальностей, совместного использования диагностической техники, но это происходит в разных организационных формах, и, как уже отмечалось выше, пока не просматривается тенденция к доминированию развития какой-либо одной из моделей (*Saltman et al, 2006, p. 70–71, 76*).

Следует также отметить, что развитие форм групповых практик за рубежом не опровергает, а, наоборот подтверждает необходи-

⁶ См. Прибыткова, 2006.

мость преобразования существующих у нас поликлиник в сеть врачебных практик. Во-первых, размер западных групповых практик остается на порядок ниже, чем в российской, даже маломощной поликлинике, во-вторых, участвующие в них врачи имеют стимулы к расширению объема и повышению качества лечебно-диагностической деятельности, в-третьих (и это главное), врачебные практики по-прежнему конкурируют между собой. Усиление кооперации происходит между автономными по своему статусу субъектами оказания медицинской помощи, самостоятельно принимающими клинические и экономические решения. Именно это обеспечивает более эффективную деятельность системы оказания первичной медицинской помощи по сравнению с поликлиниками, в которых координация деятельности разных врачей обеспечивается административными методами.

Подготовка в значительных масштабах врачей общей практики с широкими функциональными возможностями не по силам существующей системе медицинского образования.

Действительно, достижение квалификации семейных врачей, работающих в западноевропейских странах, требует долгих лет подготовки и предваряющей работы в ином качестве. Быстро подготовить и переобучить десятки тысяч врачей общей практики, которые функционально заменят участковых терапевтов, задача нереальная. Но она вполне решается в течение 15–25 лет. Вспомним, что в нашей стране эту работу начали с 1992 г. (*Минздрав РФ, 1992*), и при большем вложении ресурсов за истекшее время вполне можно было подготовить гораздо больше семейных врачей, чем это было сделано.

В реформе видится умысел сокращения затрат государства на здравоохранение⁷.

Умысел проведения реформ ради сокращения финансирования здравоохранения никак не просматривается в реальных действиях власти. С 2000 г. государственные расходы на охрану здоровья устойчиво растут, а в последние два года в политике государства виден ровно противоположный умысел – увеличить бюджетные ас-

⁷ «У нас реформы идут не для того, чтобы улучшить положение граждан. Просто идет напряженный поиск тех статей, расходы по которым могут быть уменьшены, и весьма существенно» (*Молодцова, 2005*).

сигнования на здравоохранение, чтобы ослабить остроту накопившихся проблем и избежать проведения реформ, сопряженных со значительными социальными и политическими рисками.

Предлагаемая реформа приведет к росту платности медицинской помощи.

Суждения о повышении платности медицинской помощи выглядят, например, следующим образом: «врач-педиатр по своей сути становится узким специалистом. Следовательно, легко прогнозировать, с учетом опыта развития специализированной помощи населению России в последние годы, коммерциализацию педиатрической помощи» (Баранов, Альбицкий, 2005). Авторы цитируемой статьи завуалированно признают, что среди врачей-специалистов в нашей стране широкое развитие получила практика взимания неформальных платежей, в то время как участковым педиатрам и терапевтам платят меньше и реже. Об этом свидетельствуют и специальные исследования (Шишкин и др., 2003). Поэтому, действительно, вполне реальными представляются угроза включения в эту практику педиатров, которые станут узкими специалистами, и угроза усиления давления на пациентов со стороны других специалистов, к которым станут обращаться в основном за более сложными услугами, чем ранее. Противодействие такому развитию событий потребует серьезной борьбы с вымогательством неформальных платежей. Но это общая проблема организации нашего здравоохранения, и различными мерами может быть обеспечено ее ослабление такими темпами, которые бы опережали темпы преобразования амбулаторной помощи.

Создание общих врачебных практик целесообразно лишь в сельской местности.

Максимум, на что согласны оппоненты реформы, – это допущение общих врачебных практик в сельской врачебной амбулатории: «Место такому врачу – это отдаленные и малонаселенные территории, где нет возможности иметь специалистов, да это и не нужно»⁸. «В сельской местности врач, который владеет многими навыками, просто незаменим»⁹, а в городе он не нужен.

⁸ Интервью с А. Барановым, приведенное в статье: Трифонов, 2005.

⁹ Интервью Л. Титовского, приведенное в статье: Гусейнова, 2005.

Действительно, целесообразность работы семейных врачей, имеющих широкую квалификацию, в населенных пунктах, где слишком дорого и неоправданно содержать штат узких специалистов, вполне очевидна и не вызывает возражений. Внедрение института врача общей практики здесь не ущемляет интересов педиатров и врачей-специалистов поликлиник. Поэтому и развитие общих врачебных практик пока наиболее успешно проходит в нашей стране именно в отдаленных от больших городов сельских районах.

Но в то же время реальный опыт реформирования первичной помощи в городах, накопленный и в нашей стране, и за рубежом, дает достаточно убедительных свидетельств того, что создание общих врачебных практик целесообразно и в городах.

Рассмотрим теперь не мифические недостатки новой модели организации амбулаторной помощи, которые делают нецелесообразным ее внедрение, а реальные препятствия, стоящие на этом пути.

5.2. Анализ барьеров на пути развития института врача общей практики

Целый ряд серьезных препятствий на пути преобразования системы оказания амбулаторной помощи в нашей стране был обозначен уже в проекте Концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации (*Стародубов, 1996*). Обобщение изменений в организации первичной медицинской помощи в европейских странах (*McCallum et al., 2006*) и опыта реформ в странах Центральной и Восточной Европы (*Атун, 2005; Всемирный Банк, 2005*) позволил выделить разные группы препятствий для широкого развития семейной медицины. Опираясь на полученные ранее результаты и проведенный выше анализ российского опыта постановки задач реформы, их обсуждения и практической реализации, выделим различные виды препятствий и систематизируем их в соответствии с типами ресурсов, необходимых для проведения искомым преобразований.

Высокие экономические издержки по созданию условий для работы врачей общей практики:

- Затраты на оснащение рабочих мест врачей общей практики и обустройство их кабинетов (офисов).

Врач общей практики, как минимум, должен иметь набор различных инструментов («медицинскую укладку»), а организация кабинетов врачей общей практики требует оснащения их дополнительным медицинским оборудованием по сравнению с кабинетами участковых терапевтов и педиатров. Между тем основные средства системы здравоохранения первичного уровня изношены. Большинство поликлиник и сельских амбулаторий нуждаются в оборудовании и ремонте.

- Затраты на увеличение размеров оплаты труда врачей общей практики для создания действенных стимулов к занятию этих должностей и устойчивой ориентации на повышение качества предоставляемых ими услуг и эффективности их деятельности.
- Затраты на привлечение врачей для работы на селе.
- Непрямые издержки, связанные с необходимым предоставлением налоговых льгот для самостоятельных общих врачебных практик.

Значительные административные и транзакционные издержки, связанные с функционированием новой модели организации амбулаторной помощи:

- Затраты на внедрение и обеспечение функционирования механизмов фондодержания, вовлечение семейных врачей в контрактное, мониторинг реализации малых контрактов и т.п.
- Издержки несения финансовых рисков, связанных с:
 - сокращением возможности контрактирования общими врачебными практиками необходимых услуг специалистов из-за перерасхода выделенных им для этого средств;
 - слабым выполнением врачами общей практики функций привратника или координатора лечения.

Издержки по адаптации врачей-специалистов к новым условиям их работы, в том числе в случаях необходимости изменения специальности или профессии.

Для проведения реформы и создания большого числа общих врачебных практик нужно затратить значительные ресурсы. До последнего времени такие ресурсы не предусматривались. Более того, в разработанных в нашей стране государственных програм-

мах реформирования медицинской помощи полностью отсутствует финансовое обоснование необходимых расходов по указанным выше видам затрат. Такие затраты молчаливо перекладывались на проекты международной технической помощи, на региональные и местные бюджеты. Разумеется, такой подход также существенно ограничивал реальные возможности реформирования.

Затраты финансовых ресурсов и времени для подготовки врачей нужной квалификации.

Полноценного специалиста в области семейной медицины можно подготовить при самом минимальном сроке за 2 года после окончания медицинского вуза. Массовая подготовка семейных врачей требует существенного увеличения или перераспределения бюджетных ассигнований, выделяемых на медицинское образование.

Недостаточный потенциал российской системы медицинского образования:

- педагогический корпус в большинстве медицинских институтов, готовящих семейных врачей, как правило, не имеет сертификата врача общей практики;
- крайне неоднородное качество обучения врачей общей практики;
- недостаточность обеспечиваемой подготовки врачей и медсестер общей практики требованиям, предъявляемым к этим работникам¹⁰.

Ограничения, обуславливаемые образовательным потенциалом участковых врачей.

Недостаточный уровень квалификации участковых врачей и ограниченные возможности их переобучения на врача общей практики и достижения уровня квалификации, соответствующего общепризнанным стандартам.

Ограниченность управленческого потенциала.

Проведение столь сложных преобразований предъявляет высокие требования к знаниям и умениям работников органов управле-

¹⁰ Нередко, пройдя курс специализации, содержащий, как правило, большой объем теоретического и минимум практического материала, новоявленные врачи общей практики не в состоянии провести элементарные офтальмологические или отоларингологические манипуляции (Щетинина, 1999).

ния здравоохранением, руководителям медицинских учреждений, страховых организаций. Далекое не все из них в настоящее время могут соответствовать таким требованиям.

Культурные препятствия проведению преобразований:

- неготовность врачей работать в условиях конкуренции и нести финансовые риски;
- неготовность пациентов принять новые формы получения медицинской помощи, менять привычные практики;
- боязнь неизвестного;
- ностальгия по прошлому.

Информационные барьеры:

- польза системы первичной медицинской помощи с ориентацией на общие врачебные практики неадекватно доводится до граждан и профессионалов здравоохранения;
- осведомленность о реформах здравоохранения и роли семейных врачей среди населения низкая.

Недостаточный уровень развития институционального потенциала:

- медико-технологического:
 - отсутствие набора полностью отработанных разных технологических моделей организации общих врачебных практик;
 - отсутствие стандартов ведения больных врачами общей практики;
 - плохо определены механизмы направления и перенаправления больных врачами общей практики и узкими специалистами;
 - недостаточность существующих механизмов ведомственного и вневедомственного контроля за качеством лечения, отсутствие институционализированной системы профессионального контроля, осуществляемого самим медицинским сообществом;
- институционально-экономического:
 - неотработанность новых методов финансового обеспечения первичной медицинской помощи, в том числе механизмов фондодержания;

- отсутствие или недостаточная разработанность нормативной базы для создания и функционирования общих врачебных практик в качестве полуавтономных звеньев в составе поликлиник, самостоятельных организаций, работающих с использованием имущества поликлиник или полностью автономно;
- отсутствие нормативной базы по совершенствованию форм оплаты труда персонала общих врачебных (семейных) практик на основе оценки трудового вклада и стандартов ведения больных, с учетом интенсивности и сложности оказываемого пакета услуг.

Политические препятствия:

- Сопротивление многих групп специальных интересов (врачей-специалистов, педиатров, руководителей поликлиник и др.), для ослабления которого необходимы значительные затраты политических и финансовых ресурсов со стороны реформаторов.
- Слабый интерес руководителей органов управления к проведению реформы¹¹.
- Особенности современной политической ситуации:
 - нежелание федеральной власти проводить преобразования, сопряженные с риском усиления социальной напряженности;
 - низкая политическая приоритетность проблем эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения.

На наш взгляд, ошибкой инициаторов реформирования системы оказания медицинской помощи в России является выдвигание по инерции, заданной обсуждениями реформ за рубежом, в качестве главных аргументов в пользу проведения реформы первичной помощи в нашей стране указаний на низкую структурную эффективность системы и необходимость ее повышения. В самом деле, постоянно приводятся аргументы о целесообразности сокращения числа направлений на консультацию к узким специалистам, количества вызовов «скорой помощи» и госпитализаций, поскольку это

¹¹ Подробнее см. (Чернец, Чирикова, Шишкин, 2003).

дороже, и внедрение врача общей практики позволит более эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Напомним, что название проекта последней по времени реформаторской программы Минздравсоцразвития РФ звучит именно как «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения» (*Минздравсоцразвития РФ, 2004*). Разумеется, эти аргументы абсолютно справедливы, но для нашего населения и для нашего государства задачи повышения структурной эффективности не относятся к числу признаваемых приоритетными. Для населения важны конечные результаты: доступность медицинской помощи, финансовое бремя, которое приходится нести для ее получения, качество лечения и состояние здоровья. И государству до сих пор было не до эффективности использования ресурсов. Оно в лучшем случае заботилось об их целевом характере и сравнивало альтернативы использования ресурсов не внутри здравоохранения, а между различными секторами.

В западных странах ситуация иная, там именно аргументы необходимости повышения структурной эффективности выводились на первый план в обсуждениях направлений политики в сфере здравоохранения. Эти же аргументы предлагались и западными экспертами в качестве ключевых для обоснования необходимости реформ в бывших социалистических странах и определения их направлений. У нас реформаторы некритически повторяли эти аргументы в качестве главных. Между тем в России и, думается, в других странах СНГ такая аргументация не имеет ни силы, мобилизующей сторонников, ни силы противодействия и ослабления позиций противников.

Только в последние годы в оценке деятельности систем здравоохранения и реформ, которую дают Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк, стала подчеркиваться важность других критериев, помимо эффективности (*WHO, 2000; Всемирный банк, 2005*):

- защита населения от финансовых рисков несения расходов на медицинскую помощь;
- справедливость в распределении бремени финансирования здравоохранения;

- справедливость в обеспечении доступа к медицинской помощи;
- прозрачность и понятность для населения и работников здравоохранения правил работы этой системы и ее финансирования.

Поэтому аргументация необходимости реформы, ее цели и задачи должны формулироваться иначе.

5.3. Возможные способы преодоления препятствий реформирования первичной медицинской помощи в России

Ключевым экономическим условием обеспечения успешности реформирования первичной помощи является создание экономической мотивации медицинских организаций и персонала к работе в новых условиях. Экономическая мотивация не должна сводиться к простому повышению должностных окладов персонала (хотя повышение базовой части вознаграждения при его чрезвычайно низком исходном уровне совершенно необходимо). Создание такой мотивации требует не отдельных разовых мер по увеличению заработка персонала, а последовательного формирования системы стимулирования, каждый элемент которой тесно увязан с организационно-технологическими и функциональными особенностями первичной медицинской помощи. В субъектах РФ накоплен определенный опыт разработки и практического применения методов экономической мотивации, который может быть использован для создания такой системы.

Мотивация персонала к повышению качества медицинской помощи может быть обеспечена лишь путем применения методов организации и оплаты труда, которые находятся в тесной зависимости от его конечных результатов. Учитывая коллективный характер медицинского труда, целесообразно применять бригадные формы организации труда с распределением коллективного заработка между членами коллектива в зависимости от вклада каждого в достижение полученного результата. Хорошо зарекомендовали себя такие методы, как внутриучрежденческие расчеты, премирование первичного звена медицинской помощи за достижение установленных показателей качества их работы в дополнение к став-

ке оклада, договорное определение доли общего подушевого норматива финансирования поликлиники. Поскольку все эти методы связаны с оценкой результатов деятельности, непременным условием их применения является разработка методов оценки деятельности персонала общих врачебных практик.

Для усиления профилактической составляющей в деятельности первичного звена медицинской помощи целесообразно применение метода финансового планирования его деятельности с использованием подушевого норматива на 1 прикрепленного жителя. Использование подушевого норматива в качестве тарифа на оплату услуг медицинских организаций первичной медицинской помощи 1 жителю в год мотивирует профилактическую направленность при оказании первичной медицинской помощи. Чем меньше болеет прикрепленное население, чем реже случаев перехода острых заболеваний в хроническую стадию, чем меньше осложнений, тем меньше затраты на лечение, услуги «скорой помощи» и стационаров, тем больше ресурсов остается в распоряжении медицинской организации, тем больше возможностей для улучшения условий труда и увеличения вознаграждения персонала.

Дифференциация подушевого норматива, играющего роль тарифа, по признакам, влияющим на уровень и характер заболеваемости и соответственно на затраты на оказание помощи (например, дифференциация подушевого норматива по полу и возрасту), позволят избежать избирательной заинтересованности в тех или иных пациентах.

Для того чтобы врач общей практики взял на себя реальную ответственность за состояние здоровья прикрепленного к нему населения, необходимо наделить его инструментами влияния на оказание медицинской помощи пациентам на других ее этапах. Наилучшим механизмом для этого является фондодержание первичным звеном медицинской помощи. Суть его сводится к тому, что в подушевой норматив, играющий роль тарифа на оказание услуг первичного звена медицинской помощи, включаются затраты на планирование и оплату специализированной амбулаторной помощи, стационарной и скорой медицинской помощи (полное фондодержание). При этом в зависимости от мощности самостоятельной общей врачебной практики или отделения общей врачебной прак-

тики поликлиники целесообразно из этих услуг исключить те, которые в силу своей высокой стоимости могут выйти за пределы разумных финансовых рисков структур, оказывающих первичную медицинскую помощь. Возможен вариант частичного фондодержания, когда в указанный подушевой норматив включается оплата не всех перечисленных видов медицинской помощи. Следует, однако, иметь в виду: чем меньше объем фондодержания, тем ниже эффективность этого механизма.

Помимо экономического механизма фондодержания, для обеспечения функции привратника необходимо нормативное закрепление порядка оказания специализированной помощи лишь по направлению врача первичного звена медицинской помощи (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

Эта мера должна сопровождаться активной разъяснительной работой, сконцентрированной на объяснении преимуществ принципа ответственности одного врача за здоровье человека, выбравшего этого врача. Важно сделать акцент на то, что «самоход» оборачивается против самого пациента. Не имея возможности квалифицированно оценить свое состояние и его причины, он наносит визиты к различным специалистам до тех пор, пока не набредет на врача той специальности, которая соответствует его состоянию. Это ведет к затягиванию срока постановки диагноза и лечения, возникновению осложнений и распространению хронических заболеваний. Напротив, качество оказания медицинской помощи повысилось бы, если бы у каждого гражданина был врач, который, используя свои профессиональные знания, стал бы для него «лоцманом» в море сложных медицинских технологий, прокладываящим кратчайшие маршруты для доверившегося ему пациента, беря на себя в случае необходимости взаимодействие со своими коллегами, в помощи которых нуждается его пациент. Такой врач призван накапливать и обобщать информацию об оказанной помощи, обеспечивать ее преемственность. «Самоход» исключает такой интегрированный подход, без которого невозможно получение качественной медицинской помощи.

Существенным условием для успешного реформирования первичной медицинской помощи является повышение хозяйственной

самостоятельности поликлиник и амбулаторий. Между тем повсеместно распространенная в здравоохранении России организационно-правовая форма учреждения, характеризующаяся бюджетно-сметным способом финансового обеспечения, резко ограничивает хозяйственную самостоятельность медицинских учреждений, препятствует эффективному использованию ресурсов.

Проблема расширения хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений может быть решена путем их преобразования в медицинские организации иных организационно-правовых форм, предусматривающих их большую хозяйственную самостоятельность и соответственно большую экономическую ответственность. Учитывая, что общие врачебные практики по сравнению с поликлиниками имеют значительно меньший радиус доступности, резко повышающий конкурентность среды их функционирования, целесообразно при организации новых врачебных практик использовать, помимо муниципальной частную форму собственности.

Содействовать внедрению института врача общей практики будет создание эффективных информационных систем, использующих современные компьютерные технологии, позволяющие врачу общей практики формировать массивы информации о своих пациентах, систематически их анализировать и оперативно отслеживать прохождение пациентов по этапам лечебно-диагностического процесса. Разработка и массовое внедрение подобных систем как части более общей модернизируемой информационной системы здравоохранения позволит решить как технические вопросы непрерывности наблюдения за пациентами, координации их движения по этапам медицинской помощи, так и вопросы оценки результатов деятельности самих общих врачебных практик, совершенствования их организации, методов оплаты их услуг и вознаграждения.

Непременным условием эффективности функционирования информационной системы является приведение объемов и содержания государственного статистического наблюдения и отчетности субъектов первичной медицинской помощи в соответствие с содержанием и целью их деятельности.

Разработка и утверждение санитарно-гигиенических требований к размещению общей врачебной практики позволит преодолеть нередко возникающие трудности при их лицензировании.

Сохраняющаяся размытость границ между обязанностями персонала первичного звена медицинской помощи и специализированными службами должна быть устранена путем:

- модернизации устаревших квалификационных характеристик персонала общих врачебных практик, разработанных еще в начале реформы;
- дополнения Классификатора медицинских услуг четкой формулировкой медицинских услуг, составляющих объем первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачом общей практики (семейным врачом), в том числе профилактических;
- пересмотра инструкций, регламентирующих функции специалистов с учетом передачи отдельных их функций врачу общей практики.

Медленные темпы подготовки кадров для общих врачебных практик могут быть преодолены путем организации массовой переквалификации персонала участковой службы с получением специальностей, необходимых для общей врачебной практики, в форме заочно-очного обучения с учетом возраста и реальных возможностей переобучаемых. Одновременно должна быть установлена существенная дифференциация размеров оплаты труда участкового врача и врача общей практики. При этом по мере последовательного приобретения участковым врачом навыков врача общей практики и реального применения их на практике вознаграждение такого участкового врача должно соответственно приближаться к вознаграждению врача общей практики.

Неприятие узкими специалистами стратегии первоочередного развития первичного звена медицинской помощи может быть преодолено путем формирования и последовательного осуществления четкой стратегии трансформации первичного звена. Необходимо проведение серии обсуждений с наиболее авторитетными узкими специалистами с привлечением организаторов здравоохранения и ученых, способных привести сильные аргументы в пользу врача общей практики. Главный из таких аргументов: хо-

роший врач общей практики способствует повышению эффективности деятельности узких специалистов.

5.4. Стратегия продолжения реформ в амбулаторно-поликлиническом секторе

Учитывая накопленный опыт реформирования первичной медицинской помощи в нашей стране и за рубежом, следует сохранить в качестве стратегического направления преобразований формирование и массовое развитие института врача общей (семейной) практики, переход на оказание основной части первичной медицинской помощи силами автономных или полностью независимых групповых и индивидуальных общих врачебных практик. Поликлиники должны быть постепенно преобразованы в консультативно-диагностические центры и системы независимых и конкурирующих между собой врачебных практик, действующих на основе договорных отношений с финансирующей стороной, стационарами и другими медицинскими организациями. При этом важно сохранить все свойственные поликлинике преимущества, прежде всего тесную кооперацию разных звеньев оказания медицинской помощи, но уже на договорной основе.

Переход к общей врачебной практике требует программирования как медико-технологических, так и институционально-экономических изменений. Нельзя ограничиваться только обучением врачей и оснащением практик, как это делается в настоящее время. Необходимо исходить из того, что даже хорошо обученный и обеспеченный всем необходимым врач не выполнит возлагаемых на него новых функций, если он не обладает необходимой автономией в принятии решений, экономической мотивацией и не подвержен риску потерять пациентов. Именно поэтому приоритет должен быть отдан решению экономических, правовых и организационно-управленческих вопросов.

Преобразование системы оказания медицинской помощи должно происходить по-разному в населенных пунктах разных типов. В сельской местности или в некоторых городских жилых массивах, удаленных от поликлиник, целесообразно создавать новые общие врачебные практики в дополнение к действующей амбулаторной сети. Схема их формирования должна существенно отли-

чаться от порядка создания врачебных практик на базе поликлиник. Такие практики разумно с самого начала формировать как независимые хозяйствующие субъекты на базе частной или муниципальной собственности. В городах преобразование поликлиник и формирование общих врачебных практик должны пройти определенные этапы.

Создание сети общих врачебных практик нельзя рассматривать вне программирования процесса преобразования функций поликлиник. Это две стороны одного и того же процесса реформирования амбулаторно-поликлинической помощи. Формирование института общей врачебной практики должно происходить одновременно с изменением роли поликлиник в рамках единой концептуальной основы.

В результате преобразований независимые врачебные практики должны взять на себя основную часть первичной медицинской помощи, но при этом опираться на качественно новый институт поликлиники, который трансформируется в диагностико-консультативно-обслуживающий центр. Поликлиника не исчезает, а берет на себя те функции, которые либо не под силу, либо не выгодны независимым практикам. Здесь концентрируются специализированные лаборатории, дорогое диагностическое оборудование, отделения физиотерапии и реабилитации, предоставляется медико-социальная помощь и проч. Поликлиника по договорам с независимыми общими врачебными практиками может выполнять функции их административной поддержки.

В конечном итоге, на базе многопрофильной поликлиники сохраняются отделы:

- специализированной консультативной помощи;
- диагностический;
- лечебно-оздоровительный;
- профилактический;
- служба ухода;
- дневной стационар;
- центр амбулаторной хирургии;
- центр медико-социальной помощи.

Они могут либо входить в состав поликлиники в качестве структурных подразделений, либо действовать как самостоятельно хо-

заявляющие субъекты в качестве юридического лица или без образования юридического лица.

Создание независимых врачебных практик будет сопровождаться преобразованием деятельности специалистов поликлиник. Их высвобождение от рутинных функций, превращение в высококвалифицированных консультантов врачей общей практики, выделение в качестве независимого хозяйствующего звена должно стать частью работы по реформированию деятельности поликлиник.

Самостоятельным предметом программирования должны выступать изменения объемов, содержания деятельности, кадрового состава врачей-специалистов амбулаторного звена. В частности, следует планировать постепенный перевод части узких специалистов амбулаторного звена в стационары. Работая в качестве штатных врачей больниц, специалисты должны оказывать стационарную помощь и одновременно вести амбулаторный прием в специально созданных отделениях амбулаторного приема. Тем самым формируется единство амбулаторной и стационарной специализированной медицинской помощи, предоставляемой одними и теми же специалистами.

Должна быть изменена и вся система экономической мотивации каждого звена поликлиники. Это предполагает, во-первых, разделение поликлиники на отдельные звенья и дифференцированный учет деятельности каждого звена, во-вторых, развитие экономических отношений между ними. Эта работа позволит каждому врачу осознать свои возможности и экономические интересы.

Реализация этой стратегии потребует принятия законов и нормативных актов, а также значительных финансовых затрат для формирования и поддержки независимых врачебных практик и преобразования поликлиник. Учитывая масштабность задачи, можно предположить, что для ее реализации потребуется не менее 8–10 лет. Стратегия перехода должна быть оформлена в государственную программу создания врачебных практик и реорганизации амбулаторного сектора в целом.

Этапы преобразования поликлиник

Реформирование амбулаторно-поликлинической сети и превращение общих врачебных практик в главный институт первичной медицинской помощи должно включать ряд этапов.

На первом этапе основная часть общих врачебных практик действует в качестве структурных подразделений амбулаторно-поликлинических организаций или их филиалов. Формируется новая система внутривозрастных отношений в поликлинике, основанная на аналитическом учете деятельности каждого подразделения.

Общая врачебная практика действует как структурное подразделение поликлиники на правах подрядного коллектива со своим субсчетом. Отношения общей врачебной практики с администрацией поликлиники будут регламентироваться положением об общей врачебной практике, а также договором внутриучрежденческого подряда. Договоры с финансирующей стороной заключаются администрацией поликлиники от имени общей врачебной практики.

Врачи, объединенные в общую врачебную практику, приобретают некоторую автономию от администрации при формировании и распределении доходов. Их отношения с администрацией строятся на основании договора. Они вправе самостоятельно привлекать дополнительные средства (например, на основе договоров с предприятиями и оказания платных услуг) и распоряжаться полученными доходами. Это последнее обстоятельство может привлечь многих врачей к общей врачебной практике. В то же время практическая организация и управление этими практиками на этапе их становления остаются в руках администрации поликлиники.

Идея такого подхода состоит в том, чтобы сделать самостоятельное хозяйствование привлекательным для врачей и в то же время не ставить их в положение, когда они подвергались бы слишком большому финансовому риску. В сложившейся экономической ситуации многие вопросы формирования врачебных практик невозможно решить без участия органов управления здравоохранением, медицинских страховых организаций и руководителей поликлиник. Кроме того, сами врачи, избравшие такую форму работы, должны иметь возможность оценить все ее плюсы и минусы.

сы (прежде всего возможность самостоятельно управлять финансами) и на этой основе принять решение о своем хозяйственно-правовом статусе.

В то же время не следует ограничиваться «подрядной» моделью общей врачебной практики. Накопленный во многих территориях опыт бригадного и коллективного подряда свидетельствует, что это лишь первый шаг к утверждению реальных экономических отношений. В результате децентрализации управления и введения подушевой системы оплаты у таких автономных звеньев появляется определенная экономическая мотивация. Однако свобода подрядных звеньев будет ограничена решениями администрации поликлиники, действующей тарифной сеткой и стремлением к уравниловке. Поэтому нельзя останавливаться на этом варианте. Одновременно целесообразно начать отработку модели независимой общей врачебной практики на базе отдельных, не связанных с поликлиникой офисов.

Установление повышенных требований по объему оказываемых общими врачебными практиками видов помощи и по планированию и координации прочих видов помощи требует, с одной стороны, финансовой поддержки общих врачебных практик, а с другой – их заинтересованности в том, чтобы брать на себя эти функции. Соответственно, при финансировании врачебных практик на стадии их формирования следует закладывать в их подушевые нормативы более высокие ставки личной оплаты, чем для участковых врачей.

Ко второму этапу преобразования врачи, работая в условиях подряда, приобретают достаточные экономические и специальные знания для самостоятельной работы и эффективного управления практиками.

Основными элементами реформы на втором этапе являются:

- выделение общих врачебных практик из состава поликлиник со статусом «муниципальное учреждение – амбулатория общей врачебной практики»;
- создание консультативно-диагностических центров на базе специализированных отделений и параклинических подразделений поликлиники;

- внедрение системы оплаты деятельности амбулаторий общей врачебной практики на основе принципа частичного фондодержания или системы стимулирования за достижение установленных структурных и качественных показателей деятельности;
- отработка системы организационно-экономического взаимодействия между амбулаториями общей врачебной практики и консультативно-диагностическими центрами;
- постепенный переход на систему обязательных направлений пациентов к специалистам общими врачебными практиками.

Организация работы общих врачебных практик строится на основе прямых договоров с финансирующей стороной, администрацией поликлиник и других медицинских организаций. Общая врачебная практика получает финансирование на основе дифференцированного подушевого норматива, в состав которого входят затраты на консультации специалистов, диагностические исследования, некоторые виды стационарной помощи. Разрабатываются и внедряются схемы совместной финансовой ответственности страховых медицинских организаций и общих врачебных практик за оплату внешних услуг.

На заключительном этапе реформы реализуется:

- постепенная передача имущества, используемого в работе общих врачебных практик (помещения, оборудование, транспорт и проч.), в собственность общих врачебных практик;
- организация внутриквартальных амбулаторий общих врачебных практик, позволяющая приблизить оказание первичной медицинской помощи к месту проживания населения, за счет выручки от продажи неиспользуемого имущества поликлиник, собственных накоплений амбулаторий общей врачебной практики и других инвестиционных ресурсов;
- дальнейшее развитие принципа фондодержания общей врачебной практикой.

На основе государственных льготных кредитов общая врачебная практика арендует или выкупает долю государственной или муниципальной собственности. С учетом общественной ориентации деятельности независимых врачебных практик наиболее приемлемой формой их хозяйственно-правового статуса может быть

автономная некоммерческая организация или некоммерческое партнерство. В учредительном договоре устанавливаются права и обязанности, свойственные статусу некоммерческой организации, прежде всего профиль и виды деятельности, неизменное участие в реализации программы обязательного медицинского страхования, освобождение от налогообложения в части обязательств перед общественным здравоохранением.

До вступления в этот этап законодательно обеспечить право врачей выходить из состава поликлиники с выкупом или арендой части собственности поликлиники. Право выхода из поликлиники должно быть обусловлено только выполнением требований к профессиональному уровню врачей общей практики и оснащенности практики.

Финансирование общих врачебных практик

Возможны следующие варианты финансирования общих врачебных практик.

1. Доведение до общих врачебных практик подушевого норматива финансирования на свободно прикрепившийся к ним контингент населения. В этом случае подушевой норматив включает только затраты на деятельность самой практики. Размер норматива должен рассчитываться с учетом более высокой нагрузки общей врачебной практики, что предполагает включение затрат на оказание согласованных видов и объема передаваемой от специалистов помощи с учетом квалификации врачей, полученных лицензий и уровня оснащения практики.

2. Общая врачебная практика – частичный фондодержатель. В этом случае общая врачебная практика получает подушевое финансирование на весь объем амбулаторно-поликлинической помощи, т.е., помимо затрат на собственную деятельность, еще и на оплату всех видов консультаций специалистов, услуг лабораторно-диагностической службы. Желательно включение в бюджет фондодержателя части ожидаемых затрат на оказание скорой и неотложной помощи. Являясь частичным фондодержателем, общая врачебная практика строит свои отношения с другими звеньями оказания амбулаторно-поликлинической помощи на договорной основе, расплачиваясь с ними за направления своих пациентов. При этом возможны как прямые взаиморасчеты, так и предваритель-

ные (авансовые) платежи за планируемый объем внешних услуг. Общая врачебная практика получает право на формирование и распределение по собственному усмотрению остаточного дохода.

3. Общая врачебная практика – полный фондодержатель. Доводимый до общей врачебной практики норматив подушевого финансирования включает, помимо перечисленного, еще и часть расходов на ряд видов стационарной помощи, объем которых реально зависит от деятельности первичного звена. Одновременно вводится схема разделения финансовой ответственности страховщика и общей врачебной практики за оплату стационарной помощи.

Эти основные варианты финансирования могут сочетаться в ограниченных объемах с другими формами оплаты, прежде всего с гонорарной (оплата за каждую услугу). На такой основе возможна оплата прежде всего новых, прогрессивных видов услуг, требующих дополнительных усилий для их освоения. Эту оплату целесообразно вводить на период, необходимый для массового внедрения в практику и превращения их в повседневно применяемые виды услуг. Оплата, производимая в этом случае за каждую услугу по твердым тарифам, дополняет подушевое финансирование.

Эшелонирование реформы по группам регионов

Регионы страны различаются по уровню инновативности, развития управленческого потенциала, разработанности механизмов финансирования и управления здравоохранением. Анализ этих различий позволяет выделить разные типы регионов, которые целесообразно принимать во внимание при планировании внедрения новых институтов (*Шишкин и др., 2006*). Соответственно реформа первичной медицинской помощи должна эшелонироваться по этим группам регионов.

В регионах, которые лидируют по развитию региональных систем здравоохранения (Воронежская область, Красноярский край, Новосибирская, Ростовская, Самарская, Свердловская области), целесообразно проводить апробацию:

- выделения врачей общей практики из состава поликлиник в качестве самостоятельных субъектов хозяйствования;
- фондодержания первичного звена медицинской помощи;
- преобразования отдельных ЛПУ в автономные некоммерческие организации;

- внедрения новых форм оплаты труда медицинских работников с учетом результатов их деятельности.

При этом необходимо обеспечить непосредственное участие данных регионов в разработке федеральных нормативных документов, регулирующих проведение соответствующей апробации, и предоставить им широкие возможности для самостоятельного определения и корректировки конкретных элементов апробируемых механизмов.

В группе продвинутых регионов (24 субъекта РФ) целесообразно осуществлять масштабную реализацию:

- программ развития института врача общей практики в составе поликлиник с последующим их выделением в качестве самостоятельных субъектов хозяйствования;
- перевода основной части ЛПУ в форму автономных учреждений;
- внедрения новых форм оплаты труда медицинских работников с учетом результатов их деятельности.

При проведении этих преобразований целесообразно предоставить регионам определенные возможности для внесения изменений в реализуемые нововведения.

В регионах, составляющих группы «средняков» (всего 24 субъекта РФ), возможна апробация отдельных новых механизмов финансирования общих врачебных практик и их взаимодействия с другими звеньями системы оказания медицинской помощи. Однако осуществление масштабных преобразований целесообразно производить только после их отработки в двух первых группах регионов. Возможные вариации внедряемых механизмов должны быть четко определены априори.

В отстающих регионах (11 субъектов РФ) целесообразно внедрять только уже хорошо апробированные механизмы.

6. Заключение

Важнейшим компонентом необходимой реформы здравоохранения является преобразование звена первичной медицинской помощи. Оно должно стать ядром всего амбулаторного сектора и системы здравоохранения в целом.

Организация здравоохранения в западных странах и уже накопленный опыт реформирования первичной медицинской помощи в постсоциалистических странах свидетельствуют о том, что институт врача общей практики по сравнению с характерной для советской системы здравоохранения поликлинической моделью оказания амбулаторной медицинской помощи обеспечивает более высокие доступность и качество первичной медицинской помощи, более эффективное использование ресурсов системы здравоохранения. Врач общей практики берет на себя выполнение части функций врачей-специалистов и функций организатора медицинской помощи, оказываемой на других этапах. Напротив, ориентация на систему оказания медицинской помощи, основанную на узких специалистах, усиливает несправедливость в ее доступности для разных групп населения.

Необходимость реформирования первичного звена оказания медицинской помощи на принципах организации общей врачебной практики неоднократно декларировалась в правительственных документах на протяжении последнего десятилетия. Широкое развитие общих врачебных практик не только означает необходимость реорганизации поликлинической сети, но и непосредственно затрагивает стационарную и скорую помощь, а следовательно, интересы различных категорий врачей и пациентов, привыкших к сложившимся формам взаимодействия. Такая реорганизация, чтобы быть успешной, требует значительных затрат финансовых, материальных, политических, административных ресурсов всей государственной системы. Между тем предусматриваемые правительственными документами практические меры охватывали ограниченный набор факторов, от которых зависит этот переход, и не сопровождались выделением ресурсов, необходимых для проведения декларируемых масштабных преобразований.

В результате реформирование системы первичной медицинской помощи на основе внедрения института общей врачебной практики носило локальный, зачастую бессистемный характер. Практическое внедрение института врача общей практики происходит пока преимущественно по пути дополнения существующей сети амбулаторных учреждений, а не ее реорганизации.

Тем не менее накопленный в нашей стране опыт создания общих врачебных практик свидетельствует, что система первичной медицинской помощи восприимчива к новым формам организации. Пациенты врачей общей практики положительно оценивают их работу, отмечают усиление внимания к больным, уменьшение необходимости в консультациях у других врачей и обследованиях.

Учитывая накопленный опыт реформирования первичной медицинской помощи в нашей стране и за рубежом, следует сохранить в качестве стратегического направления преобразований формирование и массовое развитие института врача общей (семейной) практики, переход на оказание основной части первичной медицинской помощи силами автономных или полностью независимых групповых и индивидуальных общих врачебных практик. Это не означает ни упразднения педиатров, ни закрытия поликлиник, ни лишения работы врачей-специалистов амбулаторного звена, а предполагает создание новых разных организационных возможностей для их участия в оказании первичной и вторичной медицинской помощи. Поликлиники должны быть постепенно преобразованы в консультативно-диагностические центры и системы независимых и конкурирующих между собой врачебных практик, действующих на основе договорных отношений с финансирующей стороной, стационарами и другими медицинскими организациями. При этом важно сохранить все свойственные поликлинике преимущества, прежде всего тесную кооперацию разных звеньев оказания медицинской помощи, но уже на договорной основе.

Препятствие к широкому внедрению общих врачебных практик и реорганизации поликлиник в консультативно-диагностические центры состоит не в том, что эта модель неадекватна условиям нашей страны, и ее внедрение связано с рисками разрушения педиатрической службы и института поликлиники и с рисками ухудшения качества диагностики и лечения взрослых и детей. Задачи

реформы отнюдь не предусматривают упразднения педиатров, вытеснения из поликлиник узких специалистов, а предполагают разные возможности их участия в оказании амбулаторной медицинской помощи (в составе групповых общих врачебных практик, в составе поликлиник, трансформировавшихся в консультационно-диагностические центры, в составе стационаров и др.).

На пути широкого замещения участковых служб врачами общей практики имеются иные препятствия. Это – значительные затраты, необходимые для создания условий для работы врачей общей практики, неотлаженность медико-технологических и институционально-экономических механизмов работы общих врачебных практик, плохая проработанность последствий развития этого института для существующего корпуса врачей-специалистов, сопротивление групп специальных интересов, для ослабления которого необходимы значительные затраты политических и финансовых ресурсов со стороны реформаторов, слабость интересов руководителей органов управления к реформированию здравоохранения, нежелание федеральной власти проводить преобразования, сопряженные с риском усиления социальной напряженности.

Продвижению реформы не способствовало и ее обоснование, апеллирующее в основном к низкой структурной эффективности существующей системы. Для нашего населения и для нашего государства задачи повышения структурной эффективности не относятся к числу осознаваемых в качестве приоритетных, поэтому аргументация необходимости реформы, ее цели и задачи должны формулироваться в первую очередь в терминах повышения качества оказываемой медицинской помощи и справедливости в обеспечении доступа к ней. При этом правила работы общих врачебных практик и их финансирования должны быть прозрачны и понятны для населения и работников здравоохранения.

Проведение реформы требует изменения управленческих технологий ее проведения. К ним относятся следующее:

- переход к общей врачебной практике требует управленческого программирования как медико-технологических, так и институционально-экономических изменений; нельзя ограничиваться только обучением врачей и оснащением практик, как это делается в настоящее время;

- планирование создания сети общих врачебных практик должно быть сопряжено с управленческим программированием процесса преобразования функций поликлиник;
- самостоятельным предметом управленческого программирования должны выступать изменения в объемах, содержании деятельности, кадровом составе врачей-специалистов амбулаторного звена;
- предметом управленческого программирования должны выступать стратегии взаимодействия органов здравоохранения разных уровней, реализующих реформу, с различными категориями врачей и с населением, а также способы снижения их сопротивления, компенсации издержек, роста числа сторонников реформы.

Преобразование системы оказания медицинской помощи должно происходить по-разному в населенных пунктах разных типов. В сельской местности или в некоторых городских жилых массивах, удаленных от поликлиник, целесообразно создавать новые общие врачебные практики в дополнение к действующей амбулаторной сети. Схема их формирования должна существенно отличаться от порядка создания врачебных практик на базе поликлиник. Такие практики разумно с самого начала формировать как независимые хозяйствующие субъекты на базе частной или муниципальной собственности. В городах преобразование поликлиник и формирование общих врачебных практик должно пройти определенные этапы.

Ключевым экономическим условием обеспечения успешности реформирования первичной помощи является создание экономической мотивации медицинских организаций и персонала к работе в новых условиях.

Для усиления профилактической составляющей в деятельности первичного звена медицинской помощи целесообразно применение метода финансового планирования его работы с использованием подушевого норматива на одного прикрепленного жителя. Напротив, стимулируемое в последние годы Пенсионным фондом и Минздравсоцразвития внедрение метода оплаты амбулаторной помощи за посещения не способствует развитию профилактической деятельности и общих врачебных практик.

Для того чтобы врач общей практики взял на себя реальную ответственность за состояние здоровья прикрепленного к нему населения, необходимо наделить его инструментами влияния на оказание медицинской помощи пациентам на других ее этапах. Наилучшим механизмом для этого является фондодержание первичным звеном медицинской помощи. Угрозы появления в этом случае у врачей общей практики стимулов к неоправданному сокращению обращений за услугами службы скорой помощи и стационаров могут быть эффективно снижены адекватным выбором механизмов финансирования семейных практик и развитием государственного и профессионального контроля за их работой.

При проведении реформы необходимо обеспечить этапность преобразования поликлиник и развития институтов общих врачебных практик по степени автономности этих практик, по внедряемым механизмам их финансирования, по группам регионов, различающихся по степени развитости систем управления и финансирования здравоохранения.

Литература

Атун Р. (2005). Решение сложных проблем в здравоохранении России: Повышение роли первичной медико-санитарной помощи. Выступление на 4-й научной ежегодной конференции НИСП «Социальная политика: вызовы XXI века» 8 декабря 2005 г. http://www.socpol.ru/news/conf2005dec/atun_rus.ppt

Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. (2005). Сохранять ли первичную педиатрическую помощь детям? <http://www.pediatr-russia.ru/about.html>

Белокриницкий Д.В., Денисов И.Н., Резе А.Г., Черниенко Е.И. (2003). Семейная медицина в формировании программ охраны здоровья населения // Сахарный диабет. № 1. http://www.pro-medicina.ru/?m=1&page=journal&id_articl=23

Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. (2006). Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета Высшей школы экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ.

Всемирный банк:

(2003) Стратегический план комплексной реструктуризации системы предоставления медицинской помощи населению Воронежской области. Проект Всемирного банка «Техническое содействие реформе здравоохранения РФ», региональный компонент. Москва–Воронеж. Апрель–май 2003 г.

(2005). Обзор опыта семейной медицины в Европе и Центральной Азии. В 5 т. Т. 1. Краткий обзор.

Воронин С.В. (2006). Калужская область. Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления // Отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Поматур. С. 210–220.

Гончарова О. (2004). Детский врач Леонид Рoshаль ставит свой диагноз людям, ликвидирующим педиатрическую службу России // Новая газета. 18 апреля 2004 г. <http://rusref.nm.ru/roshal.htm>

Гусейнова М. (2005). Общая врачебная практика – панацея или кампанейщина? Накануне.RU. 4 августа 2005 г. http://www.nakanune.ru/articles/1vrachi_obshhejj_praktiki_razberutsja.

Денисов И.Н.(Ред.) (2004). Первичная медико-санитарная помощь. Нормативно-правовое издание. – М.: МЦФЭР.

Денисов И.Н., Черниенко Е.И., Агафонов Б.В. (ред). (2004). Организация службы общей врачебной практики в системе первичной медико-санитарной помощи муниципального здравоохранения. М.

Катыс М. (2005). Врач общей практики или семейный доктор. <http://www.svoboda.org/programs/med/2005/med.042305.asp>

Комаров Ю.М. (1997). Перспективы развития общей врачебной (семейной) практики // Экономика здравоохранения. № 1. С. 8–13.

Министерство здравоохранения Российской Федерации:

(1992) «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 августа 1992 г. № 237.

(1999) Об утверждении отраслевой программы «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 1999 г. № 463.

(2000) Об итогах реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000–2004 годы и на период до 2010 года. Решение Коллегии Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2000 г.

(2002) О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 ноября 2002 г. № 350.

(2004) Отраслевая программа «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации». Проект. М. Март 2004 г.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

(2005a) «Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». Утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 84 от 17 января 2005 г.

(2005b) «Порядок организации и оказания первичной медико-санитарной помощи». Утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 487 от 29 июля 2005 г.

(2005c) Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. М.

Молодцова В. (2005). И будьте здоровы! Родитель.ru 19 апреля 2005 г. <http://parent.fio.ru/news.php?n=32544&c=915>

Опыт организации отделения врачей общей практики на базе многопрофильной поликлиники. Муниципальное медицинское учреждение городская поликлиника № 15 г. Самары. (2001). Самара.

Прибыткова Л. (2006). По реформе – навреди // Советская Россия. № 73 (12847). 27 июня 2006 г.

Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. <http://www.healthreform.ru>

Рокицкий М. (2004). Реформа с чужого плеча // Медицинская газета. № 42. 4 июня 2004 г. http://medgazeta.rusmedserv.com/2004/42/article_1012.html

Российские врачи обсуждают развитие общей врачебной практики (2004). Remedium.ru 28/09/2004 http://www.recipe.ru/news/2/2229_1.shtml

Сокол Д.А., Горячева Е.Н. Тульская область. Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления // Отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Поматур. С. 249–259.

Стародубов В.И., Зелькович Р.М., Исакова Л.Е., Комаров Ю.М., Кручинина С.С., Макарова Т.Н., Михайлова Ю.В., Шейман И.М. (1996). Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации. Проект // Медицинский вестник. № 18 (60). С. 10–18.

Трагакес Э., Лессоф С. Системы здравоохранения, время перемен: Российская Федерация. Копенгаген: Европейская обсерватория по системам здравоохранения.

Трифонов А. (2005). России грозит всплеск детской смертности. Утро.ru. 19 апреля 2005 г. <http://www.utro.ru/articles/2005/04/19/430210.shtml>

Цымбал Т. (1999). Врач общей практики – реальность наших дней // Домашний доктор. Ежемесячный специальный выпуск № 1(13).

Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. (2003). Политико-экономический анализ трансформации механизмов финансирования здравоохранения и образования. Финансовые аспекты реформирования социальной сферы. М.: ИЭПП. С. 7–76.

<http://www.iet.ru/publication.php?folder-id=44&jel-code=I&publication-id=1179>

Шишкин С.В. (отв. ред.), Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. (2003). Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ». № 142. М.: Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики. <http://www.socpol.ru/publications>

Шишкин С.В. (отв. ред.) (2006). Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления // Авт. колл.: Г.Е. Бесстремьяная, А.С. Заборовская, В.А. Чернец, С.В. Шишкин. М. <http://www.socpol.ru/publications/>

Щетинина М. (1999). За семейным врачом стоит будущее здравоохранения // Медицинский вестник. № 23 (138).

Boerma W.G.W, Dubois K.-A. (2006). Mapping primary care across Europe // Saltman et al., 2006. P. 22–49.

McCallum A., Brommels M., Robinson R., Bergman S.-E., and Palu T. (2006). The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform // Saltman et al., 2006. P. 105–128.

OECD (2004). OECD health data 2004: a comparative analysis of 30 countries. Paris: OECD.

Saltman R.B., Rico A., Boerma W. (eds.) (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press.

The World Health Organization (WHO):
(2000) World Health Report 2000.

(2004) WHO European health for all database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

**Институтом экономики переходного периода с 1996 года
издается серия "Научные труды". К настоящему времени
в этой серии вышло в свет более 100 работ.**

**Последние опубликованные работы
в серии "Научные труды"**

№ 100Р Р. Энтов, А. Радыгин, И. Межераупс, П. Швецов. **Корпоративное управление и саморегулирование в системе институциональных изменений.** 2006.

№ 100Р Ю.Н. Бобылев, Д.Н. Четвериков. **Факторы развития рынка нефти.** 2006.

№ 99Р Дежина И.Г. **Механизмы государственного финансирования науки в России.** 2006.

№ 98Р Лазарева О., Денисова И., Цухло С. **Наем или переобучение: опыт российских предприятий.** 2006.

№ 97Р В.А. Бессонов, И.Б. Воскобойников. **Динамика основных фондов и инвестиций в российской переходной экономике.** 2006.

№ 96Р С. Дробышевский, С. Пашенко. **Анализ конкуренции в российском банковском секторе.** 2006.

№ 95Р П. Кадочников. **Анализ импортозамещения в России после кризиса 1998 года.** 2006.

№ 94Р Дробышевский С., Трунин П. **Взаимодействие потоков капитала и основных макроэкономических показателей в Российской Федерации.** 2006.

№ 93Р Беляков С.А. **Модели финансирования вузов: анализ и оценка.** 2005.

№ 92Р Черемухин А. **Паритет покупательной способности и причины отклонения курса рубля от паритета в России.** 2005.

**Шевский Владимир Илельевич
Шишкин Сергей Владимирович**

**Реформирование первичной
медицинской помощи: препятствия
и перспективы**

Редакторы: Н. Главацкая, А. Молдавский
Корректор: Н. Андрианова
Компьютерный дизайн: В. Юдичев

Подписано в печать 20.10.06
Тираж 400

125993, Москва, Газетный пер., 5

Тел. (495) 629–6736
Факс (495) 203–8816
www.iet.ru
info@iet.ru