

**ФОРМИРОВАНИЕ РАВНОВЕСНОЙ И СБАЛАНСИРОВАННОЙ  
СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
В РЕГИОНЕ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА)**

**Бочко В.С., Вахлов С.Г.**

*В статье поставлена проблема формирования равновесной по платежеспособному спросу и сбалансированной в организационном отношении системы предоставления медицинских услуг. Показано, что в условиях широкого распространения их платности решение проблемы возможно на основе использования принципа социальной ответственности государства. Медико-экономическая сторона решения вопросов раскрыта на примере лечения нефролитиаза. Отмечена неразделимость системы "врач-оборудование" для эффективного лечения больных. В связи с этим выдвинута идея первоочередного насыщения здравоохранения высокотехнологичной медицинской техникой. Предложено в рамках национального проекта "Здоровье" реализовать в Свердловской области пилотный проект по созданию палат дистанционного долечивания больных.*

Стоимость предоставляемых населению медицинских услуг продолжает возрастать, что ломает структуру платежеспособного спроса и нарушает равновесие в расходах основной части населения. Однако эти процессы связаны не только с инфляционными переменными. Основная причина заключается в тех системно-структурных изменениях, которые охватывают все общество и его финансовую систему, а также организацию здравоохранения, оплату труда врачей, переход медицины на широкое использование высококачественной, но в то же время дорогостоящей техники.

В связи с изменением социальных и экологических условий жизни *растет заболеваемость населения*. Государство перестало брать на себя заботу о полном покрытии всех расходов на лечение больных, а сложившийся *платежеспособный спрос населения не позволяет больным качественно лечиться без финансового содействия со стороны бюджета*. Произошли изменения в *методах лечения*: расширяется использование сложных приборов, основанных на результатах достижений медицинской науки в сочетании с изобретениями и открытиями в естественных и технических науках. *Возникла привязка медицинских проблем к техническим и финансово-экономическим*. Происходят не всегда оправданные *преобразования в организации и управлении развитием отрасли здравоохранения* и ее структурных звеньев.

Сложившаяся система финансирования медицинских услуг и управления здравоохранением не соответствуют изменившимся условиям. Общество и наука должны выработать новые подходы к решению этой проблемы. В основу перемен следует положить *принцип социальной ответственности государства*, заключающийся в обеспечении формирования *равновесной по платежеспособному спросу и сбалансированной в организационном отношении системы предоставления медицинских услуг*.

Рассмотрим эти положения на примере лечения болезней мочеполовой системы и, в частности, мочекаменной болезни.

В методологическом отношении при рассмотрении данной проблемы мы исходили из положений экономической теории благосостояния. В соответствии с ней развитие здравоохранения является *составной частью формирования экономики благосос-*

тояния, а специфические экономические проблемы медицинского обслуживания представляют собой *отраслевой вариант реагирования на смешанные рыночно-бюджетные условия предоставления услуг.*

Именно этот аспект проблемы имел в виду Кеннет Дж. Эрроу, Нобелевский лауреат по экономике 1972 года, один из создателей экономической теории благосостояния, когда в работе "Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения" писал, что "специальные экономические проблемы медицинского обслуживания могут быть истолкованы как способы приспособления к существованию неопределенности относительно возможности болезни и действенности лечения" [1, с. 293].

В условиях экономического равновесия фактическое предоставление медицинских услуг по количественным и качественным характеристикам должно соответствовать реальным потребностям общества, которые следует рассматривать как определенную "норму".

Под "нормой" мы понимаем не статистические или другие показатели, установленные органами власти, а такое *состояние экономического равновесия*, когда количество и качество доступных медицинских услуг равнялись бы тому их общему количеству и качеству, которые индивиды хотели бы получить *при сложившихся платежеспособных возможностях общества*, в которые мы включаем, во-первых, *платежеспособный спрос населения*, во-вторых, *величину и уровень бюджетного финансирования здравоохранения.*

Естественно, что норма равновесия по предоставлению медицинских услуг *будет меняться* по мере роста покупательной способности больных и изменения бюджетного финансирования. Со временем установится *новая норма равновесия*, соответствующая новому распределению доходов.

Расширяющееся получение дополнительного количества (и качества) медицинских услуг означает *укрепление социальной направленности развития общества.*

*Практическим шагом* к ее усилению становится *проведение властями экономической политики по увеличению платежеспособных возможностей общества* (платежеспособного спроса населения и возрастающего бюджетного финансирования здравоохранения).

В условиях плановой экономики источником покрытия затрат на медицинские услуги выступал бюджет. С развитием рыночных отношений в лечебную практику все более широко *внедряется использование платных медицинских услуг*, т.е. за счет пациентов. Государство своими мерами стремится упорядочивать этот процесс. Так, Правительством Свердловской области постановлением "О платных медицинских услугах, оказываемых населению государственными учреждениями здравоохранения Свердловской области" от 17.11.2006 № 974-ПП были установлены соответствующие **тарифы на платные медицинские услуги**, утвержденные затем Приказом Минздрава области по согласованию с Региональной энергетической комиссией\*.

---

\* "О платных медицинских услугах, оказываемых населению государственными учреждениями здравоохранения Свердловской области": Постановление Правительства Свердловской области от 17.11.2006, № 974-ПП; Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 04.12.2006 г. № 1006-п "О платных медицинских услугах, оказываемых населению государственными учреждениями здравоохранения Свердловской области". На основании этих документов с 1 января 2007 года в уставы государственных учреждений здравоохранения Свердловской области внесены изменения, предусматривающие оказание платных медицинских услуг населению в соответствии с разрешением, выдаваемым Минздравом Свердловской области, по тарифам, утвержденным Минздравом области, и оказание платных немедицинских услуг населению по тарифам, согласованным с Минздравом.

*Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области с 1 января 2007 года разрешено:*

- оказывать платные медицинские услуги населению по тарифам, утвержденным Минздравом Свердловской области;
- формировать тарифы на услуги немедицинского характера по согласованию с Минздравом области;
- расходовать денежные суммы, полученные от платных услуг, согласно смете, утвержденной Минздравом области.

Кроме того, *руководителям органов управления здравоохранением муниципальных образований Свердловской области* рекомендовано:

- обеспечить оформление муниципальными организациями здравоохранения разрешений на оказание конкретных видов платных медицинских услуг населению;
- организовать оказание платных медицинских услуг населению в рамках тарифов, утвержденных Минздравом области.

Также *руководителям муниципальных организаций здравоохранения* рекомендовано:

- формировать тарифы на услуги немедицинского характера по согласованию с органами управления здравоохранением муниципальных образований;
- оказывать платные медицинские услуги населению по тарифам, утвержденным Минздравом области.

Регулирование величины платных тарифов на медицинские услуги выражается в том, что *предельные тарифы могут снижаться государственными учреждениями здравоохранения самостоятельно* при условии сохранения одинакового уровня для соответствующих групп потребителей.

Важно подчеркнуть, что утвержденные предельные тарифы на платные медицинские услуги рассчитаны с учетом всех затрат, связанных с предоставлением работ и услуг, в том числе необходимых лекарственных средств\*. Возмещение затрат, не учтенных в предельных тарифах, осуществляется за счет средств населения на основании фактического расхода и розничных цен, сформированных в соответствии с действующим законодательством.

Для определения стоимости платной медицинской помощи, наименования и уровня предельных тарифов на которую не установлены государством, применяются действующие Временные базовые тарифы медико-экономических стандартов или средняя базовая стоимость койко-дня профильного отделения стационаров, утвержденные Минздравом области\*\*. Такая документация должна быть в наличии и предъявляться пациентам и контролирующим организациям.

Нормативными областными документами также определено, что стоимость высокотехнологичных, авторских, модифицированных (запатентованных) методик, в том

---

\* Кроме случаев, оговоренных дополнительно в соответствующих разделах документа "Предельные тарифы на платные медицинские услуги, оказываемые населению областными организациями здравоохранения Свердловской области", утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 4 декабря 2006 г. № 1006-п.

\*\* К средней базовой стоимости койко-дня профильного отделения и к Временным базовым тарифам медико-экономических стандартов, утвержденным Департаментом здравоохранения Свердловской области в 1995 году, применяется коэффициент индексации 0,55, в том числе для диагностических исследований – 0,96, для ультразвуковых методов исследований – 0,14, для лабораторных исследований – 1,73, для судебно-медицинских экспертиз – 1,06.

числе диагностических, определяется исходя из фактических затрат и уровня рентабельности не более 20%, утвержденных Минздравом области.

Важным фактором, влияющим на необходимость пересмотра существующей финансовой и организационной системы предоставления медицинских услуг населению, является рост спроса на них, выражающийся в увеличении количества зарегистрированных заболеваний. Проиллюстрируем это явление на примере заболеваний в Свердловской области (см. табл. 1).

Таблица 1

**Заболеваемость населения Свердловской области  
болезнями мочеполовой системы с впервые установленным диагнозом\***

Годы	Заболеваемость населения по всем классам болезней	Заболеваемость болезнями мочеполовой системы		
	Все болезни, тыс. чел	всего, тыс. чел	на 1000 населения	в % от всех болезней
1996	2882,7	90,6	19,4	3,1
1997	2819,8	90,0	19,3	3,2
1998	2742,0	93,8	20,2	3,4
1999	2925,2	102,0	22,1	3,5
2000	3123,0	106,3	23,2	3,4
2001	2909,5	108,0	23,8	3,7
2002	2993,0	136,3	30,3	4,6
2003	3063,2	143,1	32,1	4,7
2004	3043,6	151,0	34,0	5,0
2005	3142,4	164,1	37,1	5,2

\* Составлено по: Свердловская область в 1996 – 2000 годах: Стат. сб. / Свердловоблкомгосстат. Екатеринбург, 2001. С. 58 – 59; Свердловская область в 2001 – 2005 годах: Стат. сб. / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области. Екатеринбург, 2006. С. 76 – 77.

Как видно из таблицы 1, за период с 1996 по 2005 год включительно общая заболеваемость населения области по всем классам болезней выросла с 2 млн. 882,7 тыс. чел. до 3 млн. 142,4 тыс. чел., или на 9%.

За этот же отрезок времени заболеваемость болезнями мочеполовой системы (МПС), в состав которых входит и мочекаменная болезнь, с впервые установленным диагнозом увеличилась с 90,6 тыс. чел. в 1996 году до 164,1 тыс. чел. в 2005 году, или на 81,1%.

Поскольку в области происходит общее уменьшение численности жителей вследствие, прежде всего, естественной убыли, т.е. превышения смертности над рождаемостью, то более точным показателем является уровень заболеваний в расчете на 1000 населения. В Свердловской области за период с 1996 по 2005 год включительно *заболеваемость болезнями мочеполовой системы* на 1000 населения увеличились с 19,4 до 37,1 человека, т.е. *реально выросла на 91,2%, а не на 81,1%*, как говорилось выше.

Следует подчеркнуть, что повышаются не только абсолютные показатели заболеваний, но и их удельный вес. Так, в структуре общей заболеваемости населения Свердлов-

ской области болезни МПС в 1996 году составляли 3,1%, к 2000 году поднялись до 3,4%, а в 2005 году уже равнялись 5,2%. Сложившаяся динамика хорошо видна на рис. 1.

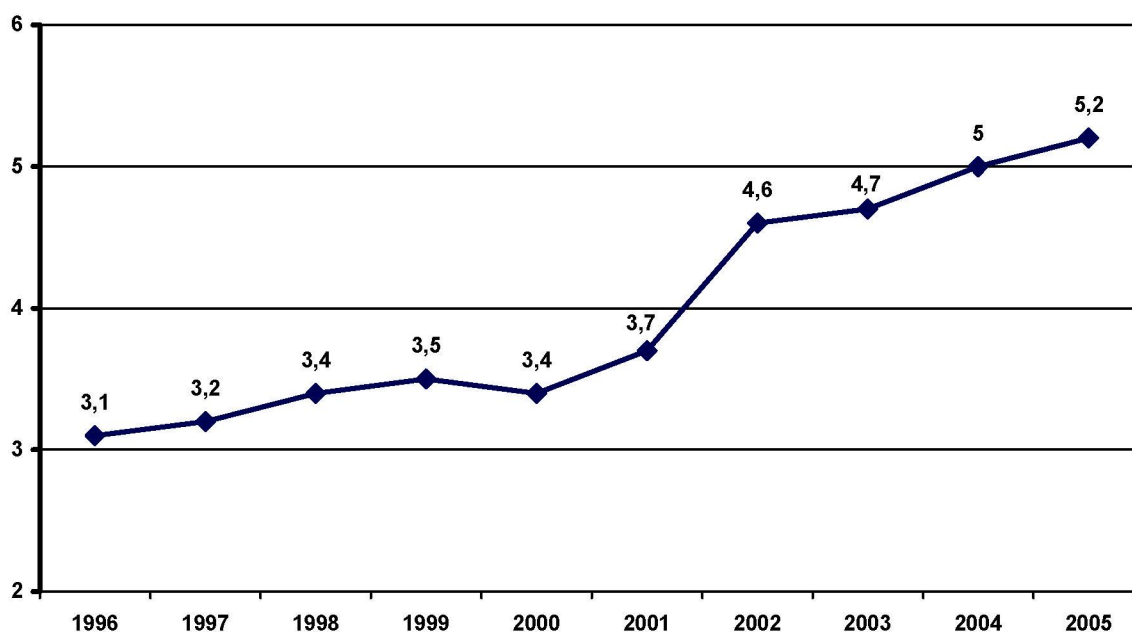


Рис 1. Динамика доли заболеваемости болезнями мочеполовой системы в Свердловской области (в % от заболеваемости населения по всем классам болезней)

Основной причиной роста количества и удельного веса болезней мочеполовой системы многие исследователи считают изменения в социальных и экономических условиях жизни людей, в том числе усиление неблагоприятной экологической обстановки, понижение качества воды, продуктов питания и т.д.

В структуре болезней мочеполовой системы значительный удельный вес принадлежит мочекаменной болезни (МКБ), или нефролитиазу, которая связана с образованием в мочевых органах, преимущественно в почке, солевых "камней" – уратов, оксалатов, фосфатов – вследствие нарушения обмена веществ, инфекционных и других заболеваний выделительной системы.

Мочекаменная болезнь, как и другие болезни МПС, не проявляется как равномерно растущая (или снижающаяся) от года к году величина. Она обладает свойством существенно изменяться во времени то в одну, то в другую сторону. Поскольку уровень как первичной, так и общей заболеваемости населения мочекаменной болезнью значительно колеблется по годам, то для сравнительной оценки показателей исследователи применяют усредненные данные за определенный отрезок времени, включающий несколько лет [2, 3]. Для этого абсолютные значения зарегистрированных заболеваний за принятый период делятся на среднюю численность населения за этот же отрезок времени.

В Свердловской области в среднем за 3 года (2004 – 2006) доля мочекаменной болезни в структуре болезней мочеполовой системы составляла 6,4%. В структуре больных урологических стационаров области процент больных нефролитиазом доходит до 60 % от их общего количества.

Частота встречаемости нефролитоиаза имеет тенденцию к росту. Если в 50 – 60-х годах XX века он составлял 5 – 10% в структуре урологических заболеваний, то в начале XXI века в России его доля поднялась до 20 – 30% [4, 5].

Рост заболеваемости нефролитоиазом характерен для всех регионов страны. На его распространение влияют различные причины, в том числе:

- изменение состава воды в сторону ухудшения ее качества;
- нарушение питьевого режима человека;
- появление и расширение неблагоприятных экологических зон, в том числе с высоким содержанием солей тяжелых металлов;
- возникновение большего количества аномалий мочеполовой системы и др.

В связи с активным распространением компьютеризации и применением новых медицинских технологий происходит изменение методов лечения по всем видам болезней. Покажем это на примере лечения мочекаменной болезни (МКБ).

Поскольку МКБ, как считают многие исследователи, является полиэтиологическим (многопричинным) заболеванием, то выявление факторов, явившихся пусковым процессом камнеобразования, имеет много сложностей [6, 7], а проблема лечения мочекаменной болезни остается одной из самых актуальных в современной урологии.

При лечении нефролитоиаза используются различные методы. Сохраняются *методы консервативного лечения* больных и *профилактики рецидивов камнеобразования*. Среди их основных мероприятий выделяют следующие:

- необходимость вести подвижный образ жизни (прогулки, утренняя гимнастика, легкий физический труд);
- соблюдать умеренность в еде, избавляться от избыточной массы тела;
- избегать переохлаждения области почек, мочевого пузыря, ног;
- регулировать работу кишечника – осуществлять контроль за дефекацией, воздерживаться от применения слабительных средств;
- избегать длительного пребывания в сауне, интенсивных солнечных ванн, бесконтрольного применения мочегонных средств и других факторов, вызывающих дегидратацию;
- регулировать прием жидкости таким образом, чтобы суточное количество мочи в любое время года составляло не менее 2 – 2,5 л.

Однако *если у пациента имеются конкременты (плотные образования, камни), то фармакотерапия оказывается эффективной очень редко*. Поэтому требуется использование других методов.

Перспективным методом хирургического лечения заболеваний почек, как считают уральские ученые-медики, является *метод малоинвазивных открытых вмешательств*, т.е. минимального хирургического проникновения в организм [8].

Ученые Уральской государственной медицинской академии и Свердловской областной клинической больницы № 1 разработали и испытали экспериментально и в клинике возможное техническое обеспечение проведения операций данным методом. Совместно с инженерами Уральского электромеханического завода они создали специальный набор хирургических инструментов, положительно зарекомендовавших себя. Данный набор прошел технические и клинические испытания, имеет регистрационное удостоверение и разрешен к серийному выпуску.

Появились и внедрены новые методы лечения мочекаменной болезни, например, *метод литотрипсии*, состоящий в дроблении камней на расстоянии специальными

приборами. Данный метод позволяет лечить больных нефролитоазом с наименьшим повреждением ткани.

Лечение мочекаменной болезни методом литотрипсии осуществляется с помощью прибора, который называется *литотриптор*. Он позволяет на расстоянии создавать в зоне нахождения камня высокое давление, которое, воздействуя на кристаллическую решетку камня, приводит к его разрушению, переводя его в песок с дальнейшим его отхождением по мочевым путям.

Использование метода литотрипсии дает значительный *социальный эффект*. Его внедрение позволило:

- изменить качество жизни больных с нефролитоазом (уменьшение клинического проявления в виде боли, снижение атак пиелонефрита (воспалительного инфекционного заболевания почек));
- максимально быстро восстановить трудоспособность и возвращение к ранее выполняемым функциям даже у категории так называемых декретируемых больных (машинисты тепловозов, диспетчеры, летный состав);
- сократить сроки лечения больных;
- переводить больных на амбулаторное лечение, сокращая дорогостоящее стационарное лечение.

Значительный социальный эффект можно увидеть, если провести сравнительный анализ длительности сроков нетрудоспособности при лечении хирургическим методом и методом литотрипсии.

Будем ориентироваться на сроки временной нетрудоспособности при лечении *мочекаменной болезни*, входящей в класс болезней мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10), утвержденные в 2000 году Фондом социального страхования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации в документе "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)".

Таблица 2

**Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при болезнях мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10)**

Код по МКБ-10	Номер строки по форме № 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
№20	75, 76	Камни почки и мочеточника	Операция	40 – 50
№21	75, 76	Камни нижних отделов мочевых путей	Операция	15 – 30
№23	75, 76	Почечная колика неуточненная		3 – 7

\* "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)". Утверждены Первым заместителем министра здравоохранения Российской Федерации А.И.Вялковым 18 августа 2000 года / 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34 и Заместителем Председателя Фонда социального страхования Российской Федерации В.В. Линник 18 августа 2000 года / 21 августа 2000 г. № 02-08/10-1977П.

Как видно из таблицы 2, при лечении болезни "камни почки и мочеточника" с помощью операции ориентировочный срок временной нетрудоспособности составляет 40 – 50 дней.

В то же время при лечении этой болезни методом литотрипсии сроки временной нетрудоспособности составляют в среднем 12 – 13 дней, что в 3 – 4 раза меньше. Эти цифры подтверждаются данными Урологического центра Главного управления здравоохранения Свердловской области клинической больницы № 1 (см. таблицу 3).

Таблица 3

**Временная нетрудоспособность у пациентов с мочекаменной болезнью при лечении методом литотрипсии за 2005 – 2006 годы (по данным Урологического центра ГУЗ СОКБ № 1)**

Суммарное время пребывания на больничном листе, дней	Количество больных, %
10 и меньше	45
11 – 15	34
16 – 20	15
21 – 25	6

В последующем развитие эндоскопической техники позволило проводить литотрипсию непосредственно в полостной системе. Удельный вес дистанционной литотрипсии составляет до 80 % в лечении нефролитиаза. На эндоскопическое лечение приходится от 10 до 18%, а открытые операции занимают 2 – 4%. В зависимости от типа мочевого камня, их размеров и локализации может выбираться тактика ведения больных с данной нозологической группой.

Изменение методов лечения мочекаменной болезни ярко высвечивает экономическую сторону проблемы предоставления медицинских услуг. Она выражается в росте финансовых затрат на лечение прогрессивными методами. Чтобы их применять в реальной жизни, необходимо широко использовать надежные высокоточные и эффективные приборы. Но они в силу своего высокого качества являются дорогостоящими.

Возникает дилемма: или лечение продолжать традиционными методами, дешевыми по непосредственному исполнению, но с низким социальным эффектом, или переходить на дорогостоящую технику при непосредственном удалении камней, но с высокими результатами качества жизни пациента после лечения.

В полной мере такая же дилемма касается лечения мочекаменной болезни методом литотрипсии.

По мере приобретения и использования литотрипторов, с одной стороны, увеличивался социальный эффект лечения больных, с другой стороны, росли экономические затраты на вылечивание пациентов, поскольку они связаны с растущей стоимостью оборудования и значительными затратами на его эксплуатацию\*.

Во-первых, стоимость литотрипторов, применяемых при лечении нефролитиаза, в зависимости от марки и страны происхождения, колеблется от 500 тыс. до 1 млн. 400 тыс. долларов. Кроме того, средние затраты на содержание каждой единицы составляют в среднем от 50 тыс. до 180 тыс. долларов в год.

\* Следует заметить, что такие увеличения затрат не являются чисто медицинской проблемой. Она возникает во всех сферах и отраслях, переходящих на использование современной техники, которая в силу своей наукоемкости обладает более высокой стоимостью.

Во-вторых, длительность работы литотриптора составляет в среднем около 5 лет. В последующем модель устаревает и требует замены, а следовательно, получения новых финансовых средств.

В-третьих, дальнейшее повышение качества лечения нефролитолиза предполагает дополнительное приобретение специального эндоскопического оборудования, что удорожает лечение больных. Средняя стоимость такого комплекса составляет около 80 тыс. долларов, а годовое обслуживание – не менее 10 тыс. долларов. К этому следует добавить необходимость оснащения литотрипторов двойной системой визуализации (рентген-ультразвук), что также ведет к росту затрат.

В-четвертых, в случае отсутствия у лечебного учреждения денежных средств на расходную элементную базу литотрипторов они начинают простаивать, что понижает коэффициент их полезного использования и вызывает потерю стоимости от бездействия, т.е. в результате морального износа.

С экономической точки зрения все это означает, что *происходит увеличение затрат на лечение за счет применения современного медицинского оборудования*. Кстати, в связи с широким использованием сложной техники при лечении больных возникает новое явление в медицинской деятельности. Его можно выразить формулой: *"врач и оборудование – неразделимы"*. Без анализов и специальных приборов врач не в состоянии обеспечить качественное лечение, более того, он становится без них малоэффективным профессионалом.

Следует заметить, что общей экономической проблемой формирования стоимости медицинских услуг, независимо от применяемых методов лечения, является *проблема оплаты труда медицинского персонала*.

Оплата труда, наряду с условиями труда и благополучным микроклиматом в коллективе, выступает ведущим мотивом привлечения и удержания высококвалифицированных кадров. Минимальная текучесть кадров сама по себе дает синергетический эффект роста квалификации. Опыт клиник показывает, что наименьший процент осложнений после лечения наблюдается у врачебного состава, ежедневно выполняющего данный тип операций.

Это значит, что при определении стоимости медицинских услуг необходимо учитывать не только возрастающие затраты на медицинское оборудование, но и уровень оплаты труда медицинских работников.

Использование современной телекоммуникационной техники позволяет внести значительные изменения в систему лечения и долечивания больных.

Одним из направлений улучшения этой работы может стать, на наш взгляд, создание *палат дистанционного долечивания* больных, т.е. когда пролеченный, например, в областной больнице пациент направляется для окончательного своего долечивания в районные или другие поселенческие больницы, расположенные вблизи от места проживания больного.

Применительно к лечению урологических заболеваний, и в частности мочекаменной болезни, можно осуществить в Свердловской области *пилотный проект* по созданию системы *урологических палат дистанционного долечивания (УПДД) при Областной клинической больнице № 1*. Такую работу в Свердловской области целесообразно развернуть в рамках реализации национального проекта "Здоровье".

Содержание такого нововведения состоит в непосредственном сопровождении врачами-урологами Областной клинической больницы № 1 частично пролеченных больных, независимо от того, где они проходили первичный курс лечения, и продолже-

нии их лечения силами врачей ОКБ № 1. Это позволит, с одной стороны, уменьшить время ожидания областных больных для получения консультаций врачей областного центра, с другой стороны, обеспечит реальное повышение качества лечения, поскольку возникнет возможность в режиме реального времени получить, когда это необходимо, соответствующую консультацию и помощь от специалистов высшей квалификации.

Лечебно-методическое руководство такими палатами дистанционного долечивания должно происходить из единого центра, а именно из ОКБ № 1. Для этого в его структуре предстоит создать *Координационный центр* и обеспечить ему электронную связь с каждым больничным отделением во всех населенных пунктах, где имеются *урологические палаты дистанционного долечивания*.

В компьютерной базе Координационного центра следует сосредоточить все сведения, касающиеся пролеченных больных. Естественно, такая информация должна быть хорошо защищена от несанкционированного доступа.

Медицинский персонал такого Центра вел бы долечивание больных по методикам, принятым в ОКБ №1 и утвержденным Урологическим центром Свердловской области.

Естественно, что потребуются специальное обучение работников такого Центра, которое позволило бы им не только консультировать местный медицинский персонал, но и принимать соответствующие оперативные лечебные решения, непосредственно общаться с больными через Интернет-связь, нести прямую ответственность за долечивание пациентов.

\* \* \*

Нельзя сказать, что медико-экономическим вопросам в нашей области, как и в стране в целом, не уделяется внимание. Однако при положительном решении многих проблем в стратегии развития здравоохранения не все акценты, на наш взгляд, расставлены правильно. Особенно это касается двух моментов.

Во-первых, реализации эффективного лечения на основе укрепления системы "врач-оборудование". Уже стало аксиомой утверждение, что без современной техники невозможно обеспечить высококачественное лечение. Но в базовых документах эта мысль не прослеживается.

Возьмем такой принципиально важный документ, как "Концепция развития здравоохранения Свердловской области на 2007 – 2015 годы" [9]. В ней системно выделены основные проблемы развития здравоохранения и определены пути их преодоления. Однако вопросы оснащения медицины современной техникой, как основы эффективного лечения через усиление системы "врач-оборудование", изложены не только не полно, но и противоречиво.

В Концепции имеется глава 7 "Совершенствование материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений Свердловской области". В ней насыщение медицины современной техникой прописано одной короткой фразой о "приобретении нового медицинского и немедицинского оборудования для внедрения современных медицинских технологий, а также для замены устаревшего и неисправного".

В то же время во введении, где обосновываются принципиальные подходы к развитию здравоохранения, говорится, что "наблюдается несбалансированность структуры оказания медицинской помощи: в условиях дефицита средств в отрасли *отмечается смещение* медицинской помощи в сторону *дорогостоящих и специализированных видов*, тогда

как первичное звено оказания медицинской помощи развито крайне слабо". Другими словами, принятый документ ориентирует на использование упрощенной техники.

Во-вторых, нет четких акцентов, касающихся подходов к реформированию системы оплаты труда медицинских работников. В принятых документах обращается внимание на то, что "при высоком уровне квалификационных требований и ответственности медицинского персонала уровень заработной платы остается недостаточным" [9]. Однако принципиального ответа на вопрос, как его повысить и какими критериями при этом руководствоваться, в документах не дается, а указываются лишь направления решения вопроса, включающие "повышение социальной защищенности, *позитное* увеличение оплаты труда медицинских и фармацевтических работников" [9].

Несколько конкретнее говорится об этом в документе "Комплексная программа "Развитие здравоохранения Свердловской области на 2006 – 2008 годы и на период до 2015 года". В главе 10 сказано, что предусматривается переход на отраслевые системы оплаты труда, а также, что "основной принцип построения отраслевых систем оплаты труда - переход от сметного финансирования к финансированию по конечному результату" [10]. Далее отмечается, что это позволит: 1) повысить мотивацию специалистов к качественному результату труда; 2) создать условия для привлечения и закрепления высококвалифицированных кадров; 3) создать стимул для освоения новейших технологий и достижений науки; повысить производительность труда и оптимизировать численность занятых в бюджетных отраслях; 4) повысить прозрачность системы оплаты труда. Но за что именно следует платить повышенные ставки медицинскому персоналу, нигде не отмечается.

В то же время современная экономическая наука утверждает, что в основе оплаты медиков должна находиться та информация, которую сообщает врач, обладающий соответствующими знаниями. Ведь, как очень точно заметил Дж. Эрроу, "информация в форме квалифицированной медицинской помощи – это именно то, что покупается у большинства врачей" [1, с. 300].

### **Выводы и предложения**

1. В условиях роста общего количества заболеваний и усиления платности медицинских услуг *уровень выделения финансовых средств на здравоохранение* должен превратиться в *основной критерий оценки социальной направленности бюджетов всех уровней*.

2. Следует усилить рост *социальной ответственности государства за сохранение здоровья населения*. Он должен выражаться в поддержании равновесия между платежеспособными возможностями общества и общим количеством и качеством медицинских услуг, которые индивиды хотели бы получить, и обеспечиваться, с одной стороны, ростом доходов населения и увеличением бюджетного финансирования здравоохранения, а с другой стороны, расширением системы медицинских услуг и повышением их качества.

3. *Насыщение здравоохранения высокотехнологичным медицинским оборудованием должно стать не просто одним из приоритетов работы, а первым среди них*. Лишь активное и широкомасштабное встраивание постоянно обновляющейся техники в процедуры лечения больных и профилактику заболеваний даст возможность перевести поддержание здоровья населения на качественно новый уровень, соответствующий потребностям общества и достижениям науки. Надо неуклонно насыщать систему здравоохранения высокотехнологичной техникой, а не отказываться от этого ссылаясь на ее высокую стоимость. *На втором месте среди приоритетов финансирования* должно

находиться выделение средств на *поддержание существенного уровня заработной платы медицинских работников* в соответствии с уровнем их квалификации.

4. По мере распространения современной телекоммуникационной техники необходимо *переходить на новую систему лечебно-методического руководства долечиванием больных*, которая должна строиться на непосредственной возможности оказания квалифицированных консультаций и медицинской помощи из базовых специализированных лечебных учреждений. Одним из вариантов такого подхода может стать создание в Свердловской области *палат дистанционного долечивания*.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эрроу К. Дж. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения // Вехи экономической мысли. Экономика благосостояния и общественный выбор. Т. 4 Под общ. ред. А.П. Заостровцева. СПб.: Экономическая школа, 2004.
2. Кадыров З.А., Истратов В.Г., Сулейманов С.И. Принципы консервативной терапии мочекаменной болезни и профилактики рецидивов камнеобразования // Клиническая медицина. 2007. № 1.
3. Кузбеков Р.С., Шарафутдинов М.А., Нестеренко Е.И. Заболеваемость населения Республики Башкортостан болезнями мочеполовой системы // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. № 1.
4. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия спустя 10 лет. // Пленум правления Всероссийского общества урологов. Материалы. М., 1996. С. 313 – 323.
5. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Багиров Р.И., Байбарин К.А. Современный подход к лечению уратного нефролитиаза // Лечащий врач. 2005. № 10. С. 59.
6. Константинов О.В. Прогнозирование и принципы профилактики мочекаменной болезни: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1999.
7. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб.: Питер, 2000.
8. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Зырянов А.В. Малоинвазивная открытая ретроперитонеоскопия // Малоинвазивные технологии при лечении урологических заболеваний: Тематический сб. / Под ред. Ю.Г. Аляева, В.Н. Журавлева. М.: ООО "Фирма СТРОМ", 2006. С. 20 – 56.
9. "Концепция развития здравоохранения Свердловской области на 2007 – 2015 годы". Одобрена Постановлением Правительства Свердловской области от 29 декабря 2006 г. № 1150-ПП "О Концепции развития здравоохранения Свердловской области на 2007 – 2015 годы".
10. Комплексная программа "Развитие здравоохранения Свердловской области на 2006 – 2008 годы и на период до 2015 года. Утв. Постановлением Правительства Свердловской области от 29 декабря 2006 г. № 1142-ПП.