

### 11.3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ В СФЕРЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бояринцев Б.И., д.э.н., профессор, кафедра Экономике социальной сферы;  
Клименко И.С., аспирант, кафедра Экономики социальной сферы

*Экономический факультет Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова*

В статье приводятся шесть основных целей по развитию сферы услуг здравоохранения, раскрываются организационный и экономический механизмы обеспечения данных целей. Особое внимание авторы уделяют развитию трансплантационных и донорских услуг, которым, по мнению авторов, уделяется недостаточно внимания. Строится новая модель организационно-экономического взаимодействия учреждений службы крови и предлагается политика по пропаганде волонтерского донорства крови и органов.

В настоящее время в системе здравоохранения есть два базовых недостатка, которые видны не только специалисту, но и пациенту:

- несовершенство системы оказания первичной медико-санитарной помощи, в чем чаще всего нуждаются люди. Но помощь в поликлинике нередко оказывается формально, не в полной мере внедряются профилактические программы, диагностические и замещающие стационар лечебные методы;
  - неполное соответствие стационарной медицинской помощи современным технологическим возможностям. Каждому человеку в течение своей жизни хотя бы один раз требуется серьезное лечение – в стационарных условиях. Задача стационара – быстро распознать причину заболевания и оказать помощь. Человек не должен просто лежать в больнице, он должен там интенсивно лечиться, причем методами, проведение которых невозможно в амбулаторных условиях.
- Чтобы широко внедрять самые передовые и дорогостоящие медицинские технологии и обеспечить их равнодоступность, нужно существенно повысить эффективность организации всего лечебного процесса, подготовить медицинские кадры и медицинскую инфраструктуру к правильному распределению ответственности между амбулаторным уровнем, дневными и круглосуточными стационарами [6]. Поэтому сфера услуг здравоохранения нуждается в организационно-экономической оптимизации, которая включает в себя достижение определенных целей (табл. 1).

Таблица 1

#### ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ В СФЕРЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ<sup>1</sup>

Цели	Организационный механизм	Экономический механизм
Повышение эффективности системы оказания медицинской помощи на основе оптимизации деятельности медицинских организаций и медицинских работников	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внедрение профессиональных стандартов в сфере здравоохранения.</li> <li>2. Развитие государственно-частного партнерства.</li> <li>3. Внедрение системы оценки качества медицинской помощи.</li> <li>4. Организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи.</li> <li>5. Осуществление функций по контролю и надзору в сфере здравоохранения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышение уровня заработной платы медицинских работников.</li> <li>2. Переход на эффективный контракт, когда оплата труда напрямую зависит от эффективности деятельности.</li> <li>3. Обеспечение условий для развития системы обязательного медицинского страхования, реализующей право граждан на выбор врача, медицинской и страховой медицинской организации.</li> <li>4. Создание финансового механизма, обеспечивающего дифференциацию оплаты труда основного и прочего персонала медицинских организаций, оптимизацию расходов на административно-управленческий персонал, не превышающих 40% в фонде оплаты труда учреждения</li> </ol>
Достижение показателей здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни в РФ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Здоровый образ жизни.</li> <li>2. Профилактика неинфекционных заболеваний, выражающаяся в обеспечении возможности для всего взрослого населения пройти диспансеризацию бесплатно один раз в три года.</li> <li>3. Иммунизация не менее 95% населения против дифтерии, кори, краснухи, эпидемического паротита и острого вирусного гепатита. Расширение национального календаря профилактических прививок.</li> <li>4. Качество и доступность медицинской помощи.</li> <li>5. Лекарственная доступность.</li> <li>6. Здоровье матери и ребенка – введение в эксплуатацию 34 перинатальных центров.</li> <li>7. Медицинское обеспечение отдельных категорий граждан, работающих в отраслях промышленности с опасными для здоровья человека физическими, химическими и</li> </ol>	<p>Услуги по достижению данной цели выступают как социально-значимые блага, когда необходимо государственное вмешательство, чтобы они не стали полостью частным исключаемым благом, а обладали также свойствами общественных благ. Поэтому экономический механизм обеспечения поставленных целей выражается в финансовой поддержке государства, когда задействованы все звенья бюджетной системы РФ, в основном местные бюджеты</p>

<sup>1</sup> Источник: составлено авторами с использованием Плана деятельности Министерства здравоохранения РФ на период до 2018 г. [2].

Цели	Организационный механизм	Экономический механизм
	биологическими факторами	
Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами	1. Устранение кадрового дефицита и кадровых диспропорций в отрасли. 2. Улучшение качества подготовки специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием и внедрение системы непрерывного образования, повышение квалификации профессорско-преподавательского состава медицинских образовательных учреждений	Обучение медицинских работников может происходить как за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и платных услуг, так и за счет бюджетных средств. Стоимость повышения квалификации включена в тариф ОМС и ограничена значением норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования в субъекте РФ [16]
Инновационное развитие здравоохранения	Развитие медицинской науки, трансляционной медицины и инноваций в сфере здравоохранения, повышение результативности фундаментальных и прикладных научных биомедицинских исследований	Укрепление кадрового научного потенциала биомедицины – перевод работников учреждений медицинской науки на эффективный контракт
Информатизация здравоохранения	1. Создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. 2. Внедрение единой электронной медицинской карты. 3. Развитие телемедицины. 4. Развитие технологий персонального мониторинга здоровья человека. 5. Масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников	Выделение средств на данные мероприятия из государственного бюджета и Федерального фонда ОМС [7]
Развитие трансплантационных и донорских услуг в сфере здравоохранения	1. Подготовка проекта федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации», регулирующего отношения, возникающие в связи с донорством органов человека и их трансплантацией. 2. Развитие организационных форм хозяйствования учреждений службы крови. Пропаганда волонтерского донорства крови	1. Развитие безвозмездного донорства органов. 2. Повышение эффективности работы учреждений службы крови за счет перевода их на... 3 источника финансирования: бюджет, ОМС и доходы от платных услуг

Мероприятия, направленные на обеспечение здорового образа жизни, включают в себя: создание условий, ограничивающих потребление табака, проведение информационно-коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни у населения, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ и другие мероприятия.

С целью реализации мероприятий по созданию условий, ограничивающих потребление табака, был принят Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ, ограничивающий с 1 июня 2013 г. курение в общественных местах. Закон дал свои результаты: за год доля курильщиков в РФ немного сократилась – с 41% до 35% [5].

Также с целью развития физической подготовки у школьников в школы вводятся физкультурно-оздоровительные мероприятия под названием «Готов к труду и обороне». По аналогии с этим можно было бы вводить и на предприятиях законодательно установленные часы, когда работники могли бы в перерыве от работы позаниматься физкультурой. Особенно это актуально для людей с «сидячей» профессией.

Переход на эффективный контракт позволит повысить эффективность медицинских работников и их заработную плату, качество оказываемых государственных услуг, оптимизировать штатные расписания медицинских организаций с учетом реальной потребности. Повышение заработной платы в данном случае идет за счет вариации стимулирующих

выплат, базовая и компенсационная части остаются на прежнем уровне.

Угрозы, связанные с введением эффективного контракта [8]:

- недофинансирование других статей расходов;
- дифференциация в уровнях оплаты труда работников и связанное с этим недовольство части работников;
- желание сотрудников отказаться от совместительства;
- сокращение работников в целях обеспечения заданного уровня оплаты труда;
- отказ в приеме на работу молодых специалистов.

Развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) позволит привлекать инвестиции в здравоохранение, тем самым повышая эффективность и качество предоставления медицинской помощи. Планируется увеличение до 5% доли частных медицинских организаций, принимающих участие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Основными формами ГЧП являются [17] следующие.

1. Выполнение государственного заказа на оказание медицинской помощи населению частными медицинскими организациями.
2. Создание инфраструктуры (строительство медицинских объектов) за счет бюджетных и привлеченных средств с последующей передачей в эксплуатацию частным медицинским организациям.
3. Участие системообразующих организаций – саморегулируемых и профессиональных медицинских объединений в проектах ГЧП (институты главных специалистов могут курировать такое партнерство).

Современные формы привлечения инвесторов и частных организаций к ГЧП:

- строительство зданий и сооружений;

- приобретение, установка и запуск оборудования;
- приобретение технологических комплексов;
- девелоперское освоение земельных участков;
- ведение хозяйственной деятельности (производство товаров, выполнение работ, предоставление услуг и т.д.) на контрактной основе;
- учредительская деятельность в этой области.

Перспективы расширения партнерства в отрасли здравоохранения могут быть такими.

- Финансирование капитальных и текущих затрат лечебных учреждений.
- Организация и финансирование стипендиальных программ для студентов-медиков.
- Внедрение различных видов льготного кредитования для людей, занятых в сфере здравоохранения.
- Организация негосударственного пенсионного обеспечения медработников.
- Создание технополисов и технопарков (организационная деятельность, финансирование, учредительская деятельность).
- Формирование предприятий инновационного типа, венчурных фондов, бизнес-инкубаторов, центров трансфера технологий (организационная деятельность, финансирование, учредительская деятельность).
- Учреждение инновационно-технологических зон (организационная деятельность, финансирование, учредительская деятельность).

Организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи позволит убрать зачастую необоснованное преобладание оказания медицинской помощи в стационарных учреждениях за счет обновления работы амбулаторного звена, так как на них должна ложиться основная нагрузка по лечению заболеваний, не представляющих угрозу для жизни. Трехуровневая система включает в себя:

- первый уровень составляют учреждения, находящиеся в шаговой доступности от места жительства: поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), сельские амбулатории и районные стационары. Эти медучреждения должны оказывать не менее 40-45% медпомощи, которая включает в себя все виды профилактики и лечение самых распространенных заболеваний, не представляющих угрозы жизни;
- второй, или межмуниципальный уровень, направлен на лечение острых заболеваний и состояний: травм, инфарктов, инсультов и интоксикаций. К учреждениям этого уровня относятся специально оснащенные и укомплектованные многопрофильные стационары. Любой больной, проживающий на прикрепленной к этому медучреждению территории, должен иметь возможность добраться до него за 30-40 минут;
- к третьему уровню принадлежат учреждения, в которых граждане могут получить плановую специализированную и высокотехнологичную медпомощь [9].

На всех трех уровнях акцентируется внимание на доступность получения медицинской помощи, что выражается в затратах времени, которое человек должен потратить, чтобы добраться до медицинского учреждения. Также с 2015 г. финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС, что также повышает доступность получения медицинской помощи и в учреждениях третьего уровня.

Также идет развитие трансплантационных и донорских услуг в сфере здравоохранения. Министерством здравоохранения РФ разработан проект федерального закона «О донорстве органов человека и их транс-

плантации», который вступит в силу с 1 января 2016 г. [10]. Закон предусматривает прижизненное и посмертное донорство органов, а также вводит понятие донорства у несовершеннолетних. Причем купля-продажа человеческих органов запрещена и попадает под уголовную ответственность. По данным российских социологов, на посмертное донорство органов готовы не более 5% россиян, тогда как в США таких порядка 65% граждан [13]. Поэтому необходимо решать проблему донорства – нужно информировать население о данной проблеме и о новом законе через средства массовой информации как можно активнее. Дело с донорами крови обстоит лучше, но не во всех регионах обеспечивается потребность больниц в донорской крови, особенно нехватка прослеживается в городах-мегаполисах.

В настоящее время действует Программа развития службы крови. Эта Программа реализуется Министерством здравоохранения РФ и Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА России) в соответствии с ежегодно утверждаемыми постановлениями Правительства РФ. Но Программа направлена в основном на развитие массового добровольного донорства крови и ее компонентов, а не на оптимизацию всей службы. В Программе развития добровольного донорства крови и ее компонентов задействовано 83 субъекта РФ.

К 2008 г., за 10 лет, количество доноров в РФ сократилось с 4 млн. до 1,8 млн. чел. и составило в среднем по РФ 12 доноров на 1 тыс. чел. (когда золотой стандарт – это 25 доноров на 1 тыс. чел.). Однако за время, прошедшее с начала реализации программы, удалось стабилизировать ситуацию и добиться увеличения числа доноров [14].

Самым важным итогом реализации программы к настоящему моменту является осознание национальных особенностей донорства в РФ. За время реализации программы был достигнут главный и важнейший показатель, свидетельствующий о положительности динамики, – полное удовлетворение медицинских учреждений каждого субъекта РФ в компонентах крови (кроме городов-мегаполисов).

Цель программы – развитие российской Службы крови для обеспечения лечебных учреждений необходимым объемом безопасных и эффективных компонентов и препаратов крови отечественного производства.

Программа реализуется по трем основным направлениям.

1. Техническое переоснащение учреждений Службы крови. За счет средств федерального бюджета приобретается 100 типовых базовых комплектов оборудования по заготовке, переработке, исследованию и хранению донорской крови и ее компонентов. Это оборудование поставляется как в региональные, так и в федеральные медицинские учреждения.

2. Создание единой информационной базы данных по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов. Сегодня донорский учет ведется в медицинском учреждении, где осуществляется сдача крови. При обращении оформляется учетная карточка донора, в которой содержатся паспортные данные донора и

осуществляются отметки о количестве сданной крови и ее компонентов. Одновременно сведения о доноре заносятся и в электронную базу данных. Эти базы данных ведутся в каждом регионе самостоятельно и пока никак не связаны между собой.

Благодаря внедряемой автоматизированной системе учитывать и отслеживать донорские материалы можно будет в режиме реального времени. Улучшится взаимодействие между станциями переливаниями крови и лечебными учреждениями, будет обеспечена возможность эффективного управления ресурсами крови в масштабах города, региона, всей страны.

Кроме того, благодаря данной системе будет обеспечена еще большая безопасность для граждан, так как станет возможным отстранение от донорства тех людей, кому это абсолютно противопоказано.

На создание единой информационной базы планируется выделение бюджетных ассигнований в 2015-2017 гг. в сумме 1 072,8 млн. руб. ежегодно [12].

3. Развитие системы массового безвозмездного донорства крови и ее компонентов. Реализуется комплекс мероприятий, направленных на развитие регулярного и безвозмездного донорства крови.

Создана инфраструктура для коммуникации: портал Службы крови и «горячая линия», где каждый желающий круглосуточно может получить консультацию по вопросам донорства крови и ее компонентов.

Реализуется программа по развитию корпоративной культуры в Службе крови: для сотрудников Службы проводятся тренинги по совершенствованию общения с донорами, выпускается корпоративное издание, которое позволяет распространять наиболее интересный опыт.

Проводится регулярный мониторинг общественного мнения и информационного поля федеральных и региональных СМИ, позволяющий отследить изменения общественного отношения к вопросам донорства крови.

Служба крови серьезно заинтересована в сотрудничестве с бизнесом в части развития добровольного донорства. Если внутри корпорации донорство одобряется, это сильно мотивирует работников корпорации к тому, чтобы стать донором.

За время реализации программы в донорском движении приняли участие несколько десятков компаний по всей стране. Среди них есть как крупные производства и торговые сети, так и местный бизнес.

По мнению авторов, это недостаточные меры. Необходимо не только уделять внимание пропаганде донорства, но также оптимизировать работу самих Станций переливания крови.

Донорские услуги или услуги по заготовке крови относятся к сложным медицинским услугам, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического и фармацевтического оснащения, специальных помещений и т.д. и состоят из набора простых медицинских услуг [4, с. 24]: осмотр у терапевта потенциального донора, сдача крови на определение пригодности и т.д.

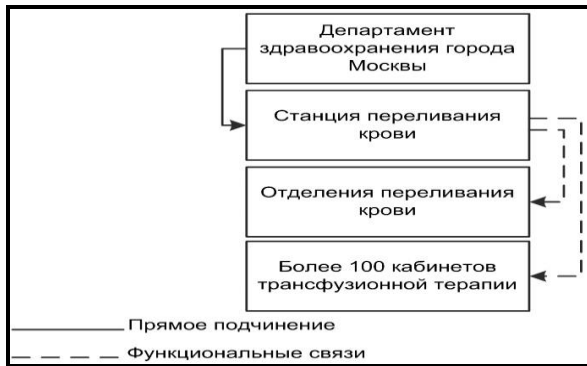
Трансфузиологические услуги уже относятся к комплексным медицинским услугам, которые включают набор сложных и простых медицинских услуг и за-

канчиваются проведением определенного этапа лечения [4, с. 24]: включают в себя донорские услуги и простые медицинские услуги, связанные с подготовкой к проведению переливания крови. Услуги учреждений службы крови надо рассматривать как смешанные общественные блага, так как это исключаемое общественное благо, которое может быть объектом купли-продажи, т.е. быть платным [3].

Организационно-экономический механизм хозяйствования учреждений службы крови в РФ представлен государственными, муниципальными и ведомственными учреждениями, а также подразделениями службы крови государственных, муниципальных и ведомственных ЛПУ, которые финансируются из соответствующего бюджета, а бюджетное финансирование, как правило, не способствует стимулированию какой бы то ни было деятельности.

Потребность в крови, ее компонентах и препаратах в больницах Москвы самая высокая среди городов РФ. Обусловлена данная ситуация не только численностью населения столицы. В Москве высокий уровень медицины и, соответственно, нужда в донорской крови, которой катастрофически не хватает. Зачастую отменяются операции, нет возможности оказать необходимую медицинскую помощь.

В Москве заготовка донорской крови или ее компонентов осуществляется на Станции переливания крови ФМБА России, в Центре крови, и Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина Российской Академии медицинских наук (РАМН). Также заготовкой занимается Гематологический научный центр, Центральный институт травматологии и ортопедии, Московская областная станция переливания крови, учреждения службы крови различных министерств – Министерства внутренних дел РФ (МВД РФ), Федеральной службы безопасности (ФСБ), Министерства обороны РФ. Вышеперечисленные учреждения заготавливают кровь и ее компоненты только для нужд ЛПУ федерального или ведомственного подчинения. Основную работу по обеспечению всех лечебно-профилактических учреждений столицы компонентами и препаратами донорской крови осуществляет Служба крови Департамента здравоохранения города Москвы. Она представлена Станцией переливания крови (СПК) которая имеет в своем составе два филиала, 17 отделений переливания крови (ОПК) и кабинетами трансфузионной терапии (КТТ), которых более 100 (рис. 1) [15].



**Рис. 1. Существующая организационная структура учреждений службы крови в Москве**

Рассмотрим службу крови с учетом социально-экономической эффективности, то организационно-экономический механизм хозяйствования учреждений службы крови усложняется, становясь одновременно более эффективным.

Представим данную модель на примере организационной структуры службы крови города Москвы (рис. 2).



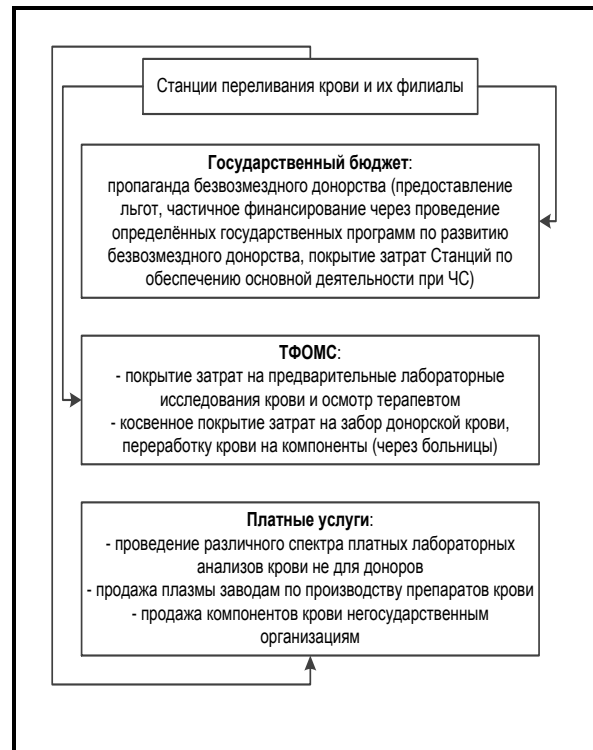
**Рис. 2. Предлагаемая организационно-экономическая форма хозяйствования учреждений службы крови с целью достижения социально-экономической эффективности на примере г. Москвы**

Станция переливания крови подчиняется напрямую Департаменту здравоохранения города Москвы, так же как и ЛПУ, нуждающиеся в донорской крови. С 1 января 2013 г. эти ЛПУ перешли на одноканальное финансирование, т.е. основным источником финансирования стали средства ОМС, которые идут из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). ЛПУ закупают у станций переливания крови компоненты крови, а у предприятий по производству препаратов крови препараты крови за счет средств ОМС. Заготовкой крови занимаются станции и ОПК, но ОПК и КТТ располагаются на территории ЛПУ, донорская кровь этим ЛПУ передается также по счету. Предприятия по производству препаратов крови закупают в свою очередь компоненты донорской крови у станций переливания крови. Такая

система переводит производство препаратов крови на отдельные рельсы, работающие по принципу коммерческих фармацевтических организаций, а станции переливания крови включаются в систему ОМС, что соответствует современным тенденциям развития.

Таким образом, данная модель представляет собой организационно-экономический механизм хозяйствования учреждений службы крови в условиях рыночных отношений, где для пациента ничего не меняется (доступность остается на том же уровне), а вот станции будут учиться зарабатывать деньги сами через систему ОМС и платные услуги. Данная система позволит повысить эффективность, качество компонентов донорской крови (или их безопасность) и прозрачность работы учреждений службы крови.

Таким образом, станции будут иметь три основных источника финансирования (рис. 3).



**Рис. 3. Источники финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов**

Таким образом, такая схема финансирования будет способствовать повышению самостоятельности и ответственности руководителей станций и их филиалов в части планирования и расходования средств – значит, появляется мотивация для сокращения неэффективных и нерациональных расходов. На станциях и их филиалах нужно развивать менеджмент. Эффективный менеджмент означает, что все подразделения учреждения должны быть разделены на 2 блока: доходные и затратные (вспомогательные) [4, с. 79]. Доходные подразделения – подразделения, в которых выполняются основные функции. Доходными подразделениями в учреждениях службы крови могут быть донорское отделение, где непосредственно ведется

взятие крови, отдел по переработке донорской крови на компоненты.

Затратные подразделения обеспечивают работу отделений учреждения, выполняющих основную его функцию, то есть доходных отделений. Например, административное отделение, столовая, бухгалтерия, приемное отделение, юридическая служба, охрана, а также статьи расходов (амортизация оборудования и здания или плата за аренду).

Эффективный менеджмент предполагает, что затраты вспомогательных отделений распределяются между доходными, то есть издержки вспомогательных отделений являются косвенными.

Для всей системы здравоохранения одноканальное финансирование – это повышение эффективности и прозрачности использования финансовых

средств, а для пациента – получение более качественных услуг, так как медицинский персонал становится более мотивированным.

Основной проблемой, с которой могут столкнуться учреждения службы крови при переходе на систему ОМС на начальном этапе – нехватка денежных средств. Поэтому переход должен проходить с поддержкой государства. И в последующем государство должно контролировать и поддерживать баланс доходов и расходов учреждений службы крови. Это можно делать за счет субвенций. Потому что, несмотря на ввод в систему ОМС высокотехнологичной медицинской помощи с 1 января 2015 г., доходы бюджета ФОМС не уменьшатся, чему во многом способствуют субвенции (табл. 2).

Таблица 2

## ДОХОДЫ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2015-2017 г. [11]

Годы	Доход бюджета ФОМС, млрд. руб.	Процентное соотношение к предыдущему году, %	Субвенции регионам для выполнения территориальных программ ОМС, млрд. руб.	Процентное соотношение к предыдущему году
2015	1 632,3	-	1 414,2	-
2016	1 706,5	4,5	1 494,0	5,6
2017	1 804,1	5,7	1 667,6	11,6

Таким образом, на предстоящие три года обеспечена сбалансированность бюджета фонда.

Что касается высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), то на ее оплату в 2015 г., кроме средств в рамках базовой программы ОМС, будет направлено дополнительно 82,1 млрд. руб. Рост по сравнению с предыдущим годом составит 60% (51,3 млрд. руб.), в 2016 г. – 99,5 млрд. руб. (рост на 21,2%), в 2017 г. – 103,5 млрд. руб. (рост на 4%). Эти средства предназначены для оплаты видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС. В Минздраве РФ напоминают, что к 2017 г. запланировано увеличение объемов ВМП в 1,5 раза по сравнению с 2013 г.

А чтобы увеличить число доноров и удовлетворить потребность в компонентах крови ЛПУ городов-мегаполисов, авторы предлагают расширить политику по пропаганде волонтерского донорства, тем более такой тип донорства предусмотрен Федеральным законом «О донорстве крови и ее компонентов» от 20 июля 2012 г. №125-ФЗ [1]. Развитие политики может быть следующим.

1. Отмена платного донорства и развитие льготной политики для стимулирования регулярного контингента доноров. Льготы должны получать не только почетные доноры. Должна быть разработана, например, таблица льгот в зависимости от количества донаций. Государственными органами необходимо обеспечить контроль за выполнением льготных обязательств;
2. Увеличить информированность населения о проблемах донорства через СМИ, например, можно распространять буклеты в торговых центрах, где обычно большое скопление людей, вставлять ролики с рекламой по телевидению, радио, в Интернете (в социальных сетях, например, где много молодежи). Для каждой Станции создать свой сайт, где размещать необходимую потребность конкретного региона в донорской крови.
3. Интенсивно проводить Дни донора в различных организациях. Доводить до руководства различных фирм и крупных предприятий о существующих проблемах,

чтобы те охотнее отпускали своих сотрудников для сдачи крови на СПК и ОПК.

4. Давать рекомендации и назначать лечение лицам, чья кровь не по всем показателям пригодна, а не отстранять их сразу.
5. Обеспечить доноров питанием, включающим необходимый набор питательных элементов. Например, создать для этого на территории СПК и ОПК столовые.
6. Активизировать работу некоммерческих организаций по пропаганде донорства (основной такой организацией является Российский Красный Крест). Включить в работу в помощь СПК по пропаганде донорства новые некоммерческие организации. Сегодня в донорском движении активно участвуют порядка 20 некоммерческих организаций по всей России.
7. Оптимизировать режим работы учреждений службы крови: продлить работу учреждений службы крови, например, до 20.00 и/или сделать 6-дневную рабочую неделю.
8. Внедрять бенчмаркинг в работу учреждений службы крови, т.е. перенимать опыт у успешно работающих зарубежных учреждений службы крови, например, открывать стационарные донорские пункты вне медицинских организаций, в местах общественного доступа.
9. Активно использовать информационные технологии: например, организовать запись на донацию через интернет, т.е. часть отношений с потенциальными донорами осуществлять посредством интернета.

Таким образом, в Планах деятельности Минздрава РФ на период до 2018 г. затронуты все основные направления, способствующие социально-экономическому развитию оказания медицинских услуг, но некоторые пункты требуют доработки (например, необходимо учитывать угрозы при переходе на эффективный контракт). По мнению авторов, мало внимания уделяется специализированным услугам – трансплантационным и донорским, которые тоже относятся к сфере здравоохранения. В Планах деятельности Минздрава РФ про них вообще ничего не сказано. Переводя работу учреждений службы крови на альтернативные источники финансиру-

