

Ситуация, сложившаяся в здравоохранении страны, больше не устраивает никого: ни власть, ни общество, ни бизнес, ни само медицинское сообщество. Сегодня как никогда остро назрела потребность четко определиться с концепцией модернизации системы здравоохранения и в первую очередь с ее политико-идеологическими, организационно-управленческими и финансово-экономическими составляющими. Все предпринимаемые за последние 20 лет попытки отрасли самостоятельно приспособиться к условиям рыночной экономики не смогли обеспечить ее модернизацию. Более того, самоадаптация субъектов государственной системы здравоохранения к рынку способствует саморазрушению отрасли как субъекта социальной сферы.

### Новый статус врача общей практики

Активно навязываемая в последнее время обществу точка зрения, что медицина является отраслью экономики, не соответствует действительности, так как существующая организация самого здравоохранения находится вне реальной экономики. Нынешняя система только поглощает ресурсы, ее деятельность не соответствует своей основной цели – достижению максимально высоких показателей здоровья населения страны путем сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности.

Острота проблемы заключается еще и в том, что все «преобразования», проводимые в здравоохранении начиная с 1992 г., абсолютно не корреспондируются с положениями универсальной концепции Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех». Главной целью данной концепции является достижение всеми жителями Земли такого уровня здоровья, который позволит им жить продуктивно в социальном и экономическом плане. Достижение же этой цели возможно лишь при приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи и массовом участии населения субъектов Российской Федерации в профилактических программах, разрабатываемых и реализуемых системой общественного здравоохранения страны.

Основу любой системы здравоохранения составляет первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Главным субъектом ПМСП является врач первичного контакта – врач общей практики.

В здравоохранении России как ранее, так и сегодня главным субъектом ПМСП остаются медицинские учреждения лечебно-профилактической сети – поликлиники. Вся система планирования, организации, управления и финансирования медицинской помощи на уровне ПМСП «заточена» именно под эти медицинские структуры, которые на самом деле являются не субъектами ПМСП, а ее объектами. Пока данная модель организации ПМСП будет сохраняться, бессмысленно вести речь о медико-экономической эффективности системы здравоохранения. Решение данной проблемы напрямую связано с изменением правового статуса врача первичного звена, признанием его в качестве основного субъекта ПМСП.

Врач общей практики как субъект ПМСП должен быть финансово независим от административного воздействия со стороны территориальных органов управления здравоохранением. Основу организации его деятельности должны составлять персональные договоры, заключаемые с заказчиками, гарантирующими финансирование (оплату) предоставляемых им медицинских услуг. Иными словами, врач общей практики должен быть выведен из состава нынешних поликлиник.

На начальном этапе модернизации ПМСП решение этого вопроса возможно при условии добровольного согласия врача на основании личного заявления. В дальнейшем эта процедура

### Проблемы и решения

# Дорожная карта модернизации

## Как уберечь отечественную медицину от окончательного саморазрушения?



должна носить обязательный характер.

Финансирование врача общей практики должно осуществляться напрямую из территориальных фондов обязательного медицинского страхования конкретного региона. В основе возмещения затрат, возникающих при оказании медицинской помощи населению, должны находиться тщательно просчитанные половозрастные нормативы финансирования амбулаторно-поликлинического сектора. Одновременно целесообразно наделить врача общей практики функциями частичного фондодержателя. Это облегчит решение задач, связанных с обеспечением расчетов с субъектами иных секторов, задействованных в оказании медицинской помощи населению.

Величины половозрастных нормативов должны быть дифференцированными по территориям (регионам РФ), а также зависеть от того, какая программа медицинского обслуживания реализуется конкретным врачом первичного звена и соответствует ли уровень его сертификационного допуска выбранной для реализации программе.

Обязательным условием при формировании подушевых половозрастных нормативов является то, что не менее 20% финансирования должны быть увязаны с профилактической работой врача первичного звена. В перспективе величина расходов на профилактическую работу врача общей практики должна составлять не менее 40%.

Основными противниками данного подхода модернизации ПМСП являются руководители государственных (муниципальных) амбулаторно-поликлинических учреждений – главные врачи. Они не желают поступиться своими правами в части монопольного управления финансовыми потоками.

В действующих нормативно-законодательных актах отрасли говорится о том, что лечащий

врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, свободно выбирается пациентом. Однако в современных условиях это право выбора не имеет реального экономико-правового обеспечения. Для того чтобы эта декларация превратилась в реальное право, необходимо законодательно закрепить норму, гарантирующую автоматический переход финансовых средств,

принимаемой работы. В основе данной методики должны находиться реальные тарифы, включающие в себя все статьи затрат, возникающих при оказании медицинской помощи. Непременным условием в процессе формирования таких тарифов является наличие в них отраслевого процента рентабельности. Величина рентабельности может варьировать в пределах 10-15% в зависимости от уровня

индивидуальных счетов. За каждого больного, обратившегося за медицинской помощью к врачу общей практики, в амбулаторную и стационарную медицинскую структуру, СМО должна выставляться индивидуальные счета. Такой подход позволит отрасли приступить к формированию региональных и федеральных массивов баз данных, основанных на инновационных системах учета оказания медицинской помощи отдельно по каждому региону и стране в целом. Накопление и обработка таких информационных массивов постепенно позволит перейти к расчетам половозрастных нормативов финансирования медицинской помощи в РФ.

С целью совершенствования механизмов информатизации в деятельности всех субъектов лечебно-профилактической сети здравоохранения целесообразно обеспечить широкое применение унифицированной учетной медицинской документации: электронных историй болезни (ЭИБ), электронных амбулаторных талонов (ЭАТ), электронных карт вызова скорой помощи (ЭКСП) и т.д. В настоящее время подобных образцов медицинской документации разработано немало. Однако практически все они не содержат экономической персонализации, не адаптированы к единым стандартам взаимных сообщений, что делает их использование слабоэффективным и малопродуктивным.

Модернизация лечебно-профилактической сети отрасли невозможна без обеспечения реального (недекларативного) доступа частных медицинских структур к участию в реализации программы государственных гарантий и территориальных программ ОМС. Однако это возможно при условии, что оплата их деятельности будет осуществляться с учетом компенсации их расходов по общепринятым в конкретном регионе тарифам, на основе развернутых индивидуальных счетов. Вторым неременным условием участия частных медицинских организаций в исполнении госзаказа является обязательное наличие в тарифах на медико-профилактическую помощь регионального коэффициента рентабельности. Также необходимо законодательно урегулировать норму, при которой все счета, выставляемые частными медицинскими организациями за услуги, не входящие в программу госзаказа, должны оплачиваться гражданами из личных средств. Для оплаты программ добровольного медицинского страхования (ДМС) в регионах целесообразно использовать региональные тарифы, принятые для оплаты территориальных программ ОМС. Однако частные медицинские организации должны иметь право самостоятельно устанавливать коэффициент рентабельности в рамках договоров на ДМС, заключаемых со СМО.

Эффективность модернизации отрасли зависит еще от одного немаловажного аспекта. Деятельность субъектов здравоохранения в новых правовых и экономических условиях требует развития системы конкурентных взаимоотношений между субъектами лечебно-профилактической сети, функционирующими на рынке медицинских услуг. Инициаторами этого процесса могли бы выступить государственные управленческие структуры. Для этого необходимо снять все ограничения, связанные с оказанием медико-профилактической помощи населению по месту проживания, месту работы, принадлежности к тому или иному региону РФ. При этом как население, так и медицинские работники территориальной системы здравоохранения должны иметь свободный доступ к информационному portalу, предоставляющему достоверные сведения о результативности работы того или иного врача первичного звена, конкретной амбулатории, больницы в городе, муниципальном образовании, сельской территории, а также

предусмотренных на медицинское обслуживание пациента, к врачу первичного звена, выбранному самим пациентом.

### От реальных тарифов – к достойной зарплате

Важнейшей задачей, стоящей перед отраслью, является скорейшее изменение принципов оплаты труда медицинских работников в системе общественного здравоохранения.

В настоящее время оплата труда медиков носит исключительно административно-распределительный характер. На минимальный уровень заработной платы (он чудовищно низкий и не является стимулирующим) накладываются несколько сотен стимулирующих надбавок. Большинство из них являются пережитком прежней распределительной модели финансирования отрасли. Все эти надбавки распределяются исключительно руководством медицинского учреждения, в большей степени на субъективной основе. Данный подход оказывает отрицательное влияние на процесс организации труда медицинских работников.

Оплата труда медицинских работников, основанная на надбавках, должна уступить место совершенно иной модели. Решение этой задачи потребует принятия целого ряда указов и постановлений, отношение к которым в медицинском сообществе, скорее всего, будет неоднозначным. Однако это придется пережить как медицинскому сообществу страны, так и власти, ожидающей реального прорыва в здравоохранении от проводимой модернизации.

Создание инновационной системы оплаты труда, основанной на реальном зарабатывании денежных средств, является основополагающим моментом модернизации здравоохранения.

Оплата труда должна находиться в прямой зависимости от личного вклада медицинского работника в процесс оказания медицинской помощи, медицинского обслуживания, предоставления медицинских услуг. Основными критериями, влияющими на оплату труда, должны стать экономически обоснованные величины, персонализированные в тарифах на медицинские услуги.

Оплату деятельности медицинских учреждений в рамках программы государственных гарантий следует осуществлять за счет средств общественных фондов накопления, в первую очередь бюджета и финансовых ресурсов системы ОМС. Главным базовым критерием при решении вопроса о величине объемов финансирования должен стать объем выпол-

профилактики, материально-технического парка активов медицинского учреждения и т.д.

Благодаря разработанным в последнее время IT-технологиям по формированию структуры медицинских тарифов появляется возможность привязать среднюю зарплату врачей к двойному коэффициенту средней зарплаты в экономике конкретного региона. Это как раз тот самый механизм, который поможет руководителям территориальных систем здравоохранения обеспечить практическую реализацию требования Президента РФ В.Путина, озвученного в июле этого года. Зарплату же среднего медицинского персонала нужно сделать равноценной средней зарплате в конкретном регионе. Аналогично можно рассчитать и зарплату административно-управленческого, общехозяйственного и младшего медицинского персонала, так как все они связаны с единым производственным процессом по созданию и предоставлению населению медицинской помощи.

Таким образом, на основе реальных тарифов на медицинскую помощь в здравоохранении страны впервые появится возможность достойно оплачивать труд медицинских работников по принципу – кто много и хорошо работает, тот много и достойно зарабатывает.

Алгоритмы формирования тарифов, рассчитанных по единой методике учета материальных затрат, должны считаться эталонными для страны в целом. Однако сами тарифы по своим финансовым величинам должны оставаться индивидуальными для различных регионов страны. В ряде случаев их можно дифференцировать и внутри одного региона. Например, в Красноярском крае ввиду значительной протяженности и вертикальной структуры территории может потребоваться формирование трех тарифных зон: для самого Красноярска, для Туруханска и, наконец, для Норильска.

Следующий шаг, который предстоит осуществить для модернизации финансово-экономической составляющей системы общественного здравоохранения, будет связан с отказом от реестров за пролеченных больных. Дело в том, что взаимодействие медицинского учреждения/организации со страховой медицинской организацией (СМО) на основе реестров счетов не позволяет вести развернутую автоматизированную экспертизу всех индивидуальных счетов, а также не способствует разработке современных аналитических систем управления.

Используемые в настоящее время реестры счетов за пролеченных больных должны уступить место методологии выставления

в соседних регионах. Создание такого портала для пользователей интернет-сетей возможно только при системной обработке больших массивов информации, отображающей реальную работу конкретного врача и конкретной медицинской организации/учреждения.

С целью повышения эффективности управления территориальными системами здравоохранения целесообразно разработать и внедрить в практику информатизации здравоохранения программные продукты, позволяющие проводить сравнительный анализ результатов их деятельности с лучшими показателями, регистрируемыми как по стране, так, в ряде ситуаций, и в мире. Уже сегодня данный подход применяется в общемировой практике здравоохранения ведущих экономически развитых стран. Благодаря этому подходу в практическом здравоохранении начинают успешно развиваться и функционировать системы управления качеством медицинской помощи. К сожалению, в системе отечественного здравоохранения управление качеством медицинской помощи повсеместно подменяется административным контролем за качеством лечения, что нисколько не влияет на само качество предоставляемой медицинской помощи.

Главным драйвером модернизации отрасли являются грамотные многофакторные тарифы на медицинскую помощь. Эта точка зрения находит подтверждение в работе ведущего экономиста Гарвардского университета Майкла Портера «Переосмысление системы здравоохранения». Формирование и внедрение в практику здравоохранения многофакторных тарифов должно осуществляться при непосредственном участии государства и профессионального медицинского сообщества. Дальнейшая эволюция отечественного здравоохранения невозможна без внедрения в медицинскую практику экономических регуляторов и стимулов, обеспечивающих высококачественную и интенсивную работу самих медиков. Формирование и применение грамотных многофакторных тарифов на медицинскую помощь, дополненное сетевыми графиками по сложным техническим направлениям и осуществляемое с использованием современных IT-технологий высокого уровня, создает основу для реальной модернизации отрасли.

Необходимо законодательно утвердить само понятие тарифа за оказанную медицинскую помощь. Сумма таких тарифов будет составлять стоимость медицинской помощи, предоставленной конкретному пациенту. Добавляя к этой сумме тот или иной уровень рентабельности, формируется индивидуальный счет за оказанную помощь.

В настоящее время в стране уже создано несколько автоматизированных технологий по расчету тарифов на медицинскую помощь. Задачей государства является организация и проведение экспертизы этих технологий с последующим выбором наилучшей из них в качестве эталона. Так, например, в Мурманске в этом направлении активно работает инновационная лаборатория, научным коллективом которой создана уникальная программная технология, позволяющая в течение 5 минут производить расчет 100 тыс. тарифов на медицинскую помощь. При этом каждый тариф включает в себя от 19 до 24 отдельно просчитываемых составляющих. Аналогов данной разработке в стране нет, а ведь именно от таких инноваций зависит успех модернизации отрасли.

Разработка и прикладное применение современной концепции модернизации отрасли должны быть сопряжены с разработкой концепции информатизации здравоохранения РФ, предусматривающей создание структурной сети, во главе которой должен находиться федеральный центр обработки баз данных, собираемых и обрабатываемых аналогичными структурами в

субъектах РФ. Такой подход будет способствовать формированию единой корпоративной сети передачи специализированных баз данных.

### Борьба с коррупцией

Важным стратегическим направлением модернизации отрасли должна стать борьба с коррупцией. С этой целью необходимо приступить к формированию стандартов материальных затрат в здравоохранении, основанных на едином общегосударственном медицинском классификаторе с постоянной его корректировкой (актуализацией) в субъектах РФ по ценовым показателям в он-лайн-режиме. Такая работа была начата в 2005 г. в системе медицинского обслуживания работников ОАО «Российские железные дороги». Предполагалось, что если этот пилотный проект окажется удачным и положительно зарекомендует себя в медицинской сети РЖД, то в последующем его можно будет распространить на всю лечебно-профилактическую сеть отечественного здравоохранения. Однако в силу проводимой Правительством РФ административно-кадровой реформы руководство ОАО «РЖД» было обновлено, что в конечном итоге привело к закрытию данного пилотного проекта. Жаль, что результаты этой уникальной работы, имеющей общегосударственное значение, так и не были доведены до своего логического завершения.

Если нынешняя российская власть реально заинтересована в борьбе с коррупцией в системе здравоохранения, то имеет смысл вернуться к данному пилотному проекту, но уже не в масштабе медицины РЖД, а в масштабе страны в целом. С этой целью власть могла бы пойти по пути создания государственного центра формирования и мониторинга (сопровождения) стандартов материальных затрат на все виды медицинской помощи, оказываемой в стране.

Борьба с коррупцией в отечественном здравоохранении должна опираться на специальный антикоррупционный закон, как это сделано в США (закон Старка), а также принятие пакета финансово-экономических законов, регламентирующих работу нашего здравоохранения в условиях медицинского страхования. С этой целью целесообразно возобновить работу над проектом закона о медицинских тарифах в РФ, разработанным лет 10 назад инициативной группой врачей. В свое время этот документ был передан на экспертизу в Комитет Госдумы РФ по здравоохранению, но дальнейшего развития так и не получил.

В июле этого года Минэкономразвития России открыло публичные обсуждения проекта закона «Об утверждении порядка и условий предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам». Принятие этого закона в предлагаемой редакции откроет и так не малые шлюзы для коррупции в медицине. В этом законопроекте полностью отсутствует методология надзора государства за ценообразованием в медицинских учреждениях, региональной тарифной политикой, отсутствует прозрачность налогооблагаемой базы для налоговых служб и т.д. Закон, разработанный Минэкономразвития, не содержит даже намека на экономику в деятельности медицинских структур.

Еще одним важнейшим вкладом в борьбу с коррупцией является отказ от традиционной для Российской Федерации практики закупки медицинского оборудования/инструментария и переход на лизинговую модель оснащения/переоснащения медицинских учреждений/организаций. Решение этого вопроса зависит от практической реализации двух компонентов. Первое – это принятие

соответствующего пакета законодательных актов, регламентирующих создание и деятельность на конкурентной основе лизинговых компаний в территориальных системах здравоохранения субъектов РФ. Второе – включение в структуру многофакторных тарифов на медицинскую помощь лизинговых платежей, осуществляемых по лизинговому договору медицинскими структурами всех форм собственности.

Успеху модернизации отрасли будет содействовать и консолидация всех профессиональных и общественных медицинских организаций. Практически все они находятся в автономном поиске смысла своего значения в системе общественного здравоохранения. С целью их консолидации имеет смысл употребить всё государственное координирующее влияние, провести с их участием объединительный съезд и наконец решить вопрос о создании Национального медицинского общества (Союза), предоставив ему право на членство во Всемирной медицинской ассоциации.

Эффективность модернизации отрасли неразрывно связана и с проводимой кадровой политикой, особенно в отношении руководителей территориальных систем здравоохранения и медицинских учреждений. В действующих ведомственных инструкциях говорится: «Назначение на должность руководителя медицинского учреждения и его увольнение с должности осуществляется в соответствии с законодательством». Формально всё верно. Однако действующее законодательство в этом вопросе однозвучно с документами эпохи «развитого социализма». Всё подчинено вертикали управления сверху вниз. Абсолютно отсутствуют горизонтальные нити управления отраслью, что и делает систему неустойчивой. Конечно, соблюдать трудовое законодательство необходимо. Однако было бы неплохо ввести в текст данной инструкции положение о роли трудового коллектива, мнение которого должно учитываться при решении вопроса о назначении руководителя медицинского учреждения. Кроме этого, необходимо более интенсивно вводить в практику назначений руководителей медицинских структур такие общественные формы управления, как наблюдательные или попечительские советы. Особое значение это приобретает сейчас, когда уже началась повсеместная реализация Федерального закона № 83. К стати, согласно действующему законодательству, единственной организационно-правовой формой, включающей в свою управленческую модель наблюдательный совет, является автономное учреждение. Правда, вопросы, связанные с назначением руководителя автономного учреждения, не относятся к компетенции наблюдательного совета. Эта функция остается за органом управления здравоохранением, а это значит, что вопросы назначения и увольнения руководителей медицинских учреждений будут и далее решаться без учета мнения трудовых коллективов медицинских учреждений. Данная ситуация сохраняет шлюзы, способствующие дальнейшему процветанию коррупции в системе как медицинского обслуживания населения, так и здравоохранения в целом.

### Лицензирование медицинских работников и страхование профессиональной ответственности

Необходимы изменения и в лицензировании медицинской деятельности (практики). Со временем самым значительным прорывом в этой области должен стать отказ от лицензирования объектов лечебно-профилактической сети системы общественного здравоохранения и

переход к лицензированию самих медицинских работников – врачей и среднего медицинского персонала. Однако это задача на перспективу.

В настоящее же время Минздрав России разрабатывает механизм осуществления медицинской практики врачами на основе личных сертификационных допусков, по аналогии с рядом западноевропейских систем здравоохранения. Безусловно, это шаг вперед, это реальный пример модернизации организации деятельности субъектов отрасли. Но эта организационная инновация может быть дополнена еще одним аспектом. В отрасли пора вводить процедуру аккредитации медицинских учреждений и организаций всех форм собственности как механизм определения уровня их развития. Чем выше уровень развития медицинской структуры, тем по более высокой тарифной шкале осуществляется ее финансирование. К стати, переход отрасли к процедуре аккредитации медицинских структур создаст условия для скорейшего запуска процесса лицензирования медицинских работников. Ведь именно под конкретного медицинского работника, получившего лицензию на право осуществления медицинской деятельности (практики), должны открываться каналы финансирования, обеспечивающие его виды деятельности в аккредитованном медицинском учреждении/организации.

Следующим этапом дорожной карты модернизации здравоохранения должно стать создание и развитие системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Практическое решение этого вопроса может быть достигнуто только при условии включения средств, предусматривающих страхование профессиональной ответственности медиков, в территориальные тарифы на медицинскую помощь по разделу «сложность работ». К величине повышающего коэффициента за интеллектуальную и физическую сложность стоит приплюсовать и величину, компенсирующую страховой риск. Используя актуарные расчеты, можно математически просчитать вероятные и компенсационные риски, связанные с профессиональной деятельностью того или иного специалиста. Например, если хирург много и хорошо оперирует, проводит сложные диагностические исследования, то на его счет поступает соответствующее количество финансовых средств, которые он самостоятельно направляет на приобретение страхового полиса в страховую компанию, которую выбирает самостоятельно. Если же он избегает проведения сложных операций и исследований, то есть мало производит рискованной медицинской продукции, то естественно, на его счет поступает меньшее количество страховых денег и он вынужден приобретать более дешевый страховой полис.

Движение отрасли по дорожной карте модернизации позволит создать новую и эффективную систему финансирования медицинских учреждений. Базовыми элементами этой системы должны стать:

- многофакторные тарифы за оказанную медицинскую помощь,
  - отказ от реестров счетов и переход на индивидуальные счета,
  - использование в расчетах половозрастных показателей населения субъектов РФ,
  - проведение актуарных расчетов прогнозируемой заболеваемости,
  - инновационные IT-технологии.
- Данные территориальных расчетов по финансовым величинам половозрастных нормативов финансирования должны утверждаться законами субъектов РФ и иметь одинаковую силу для всех субъектов и участников

территориальных систем здравоохранения.

Формирование современных медико-экономических стандартов, составляющих основу деятельности субъектов территориальных систем здравоохранения, целесообразно вести двумя путями.

Первый, традиционный – на бумажных носителях. Сейчас он активно применяется для ориентации врачей при осуществлении лечебного процесса, для проведения экспертных оценок и научного консультирования. Однако делать его обязательным в медицинской практике нецелесообразно, так как это может привести к лавинообразному накоплению неоправданных судебных исков к медицинским работникам. Ведь врач в первую очередь обязан лечить больного, а не исполнять стандарт или протокол.

Второй вариант – на электронных носителях, в настоящее время в отрасли практически не используется. Суть его заключается в автоматизированной обработке больших массивов однотипных протоколов и формировании «эталонного» стоимостного протокола под конкретным номером. Окончательный результат должен выглядеть в виде информационного массива баз данных, используемых для осуществления экономических расчетов и периодического пересмотра стоимости отдельных протоколов ведения больных и их общей суммы (в режиме он-лайн).

Широкомасштабное применение IT-технологий, используемых при обработке глобальных баз данных, формируемых на основе персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, позволит приступить к расчету как базовой программы ОМС субъекта РФ, так и федеральной базовой программы ОМС. Таким образом, население страны получит реальную, а не декларативную программу государственных гарантий по предоставлению доступной, своевременной, бесплатной, квалифицированной и качественной медицинской помощи.

### Подводя итоги

Страна больше не может и не должна жить с существующей псевдогосударственной системой здравоохранения. Начатая несколько лет назад Президентом и Правительством РФ модернизация отрасли стала терять динамику и уклонилась от своего стратегического вектора. Устранение возникшей асимметрии в реформировании отрасли требует скорейшего проведения полноценного пилотного проекта, основанного на новой организационно-экономической модели, суть которой изложена выше.

Возможными базовыми территориями для проведения такого пилотного проекта могли бы стать Мурманская, Белгородская, Калининградская, Ярославская области, а также Красноярский, Пермский и Хабаровский края.

Инвестиции для реализации данного пилотного проекта могут быть привлечены из федерального бюджета, бюджета субъекта Федерации, на территории которого планируется его проведение, а также из частных фондов поддержки и развития инноваций.

Итогом реализации данного пилотного проекта должна стать экстраполяция новой организационно-экономической модели системы общественного здравоохранения на все субъекты Российской Федерации в государственном масштабе.

**Александр ЛЕБЕДЕВ,**  
профессор  
Российского национального  
исследовательского медицинского  
университета им. Н.И.Пирогова.