



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНЫЕ СЦЕНАРИИ РАЗВИТИЯ



ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

При участии Всемирного банка

Москва, 2017

К XVIII Апрельской
международной
научной конференции
по проблемам развития
экономики и общества

11–14 апреля 2017 г.
Москва

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ПРИ УЧАСТИИ ВСЕМИРНОГО БАНКА

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНЫЕ СЦЕНАРИИ РАЗВИТИЯ

Доклад НИУ ВШЭ



Издательский дом
Высшей школы экономики
Москва, 2017

УДК 614.2
ББК 51.1(2)
З-46

Авторский коллектив:

Шишкин С.В. (руководитель авторского коллектива),
Власов В.В., Боярский С.Г., Засимова Л.С., Колосницына М.Г.,
Кузнецов П.П., Овчарова Л.Н., Сажина С.В., Степанов И.М.,
Хоркина Н.А., Шевский В.И., Шейман И.М., Якобсон Л.И.

З-46 **Здравоохранение:** современное состояние и возможные
сценарии развития [Текст] : докл. к XVIII Апр. междунар.
науч. конф. по проблемам развития экономики и обще-
ства, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шиш-
кин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. :
Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. — 54, [2] с. —
500 экз. — ISBN 978-5-7598-1578-5 (в обл.). — ISBN 978-5-
7598-1645-4 (e-book).

УДК 614.2
ББК 51.1(2)

Опубликовано Издательским домом Высшей школы экономики
<<http://id.hse.ru>>

ISBN 978-5-7598-1578-5 (в обл.)
ISBN 978-5-7598-1645-4 (e-book)

© Национальный
исследовательский университет
«Высшая школа экономики», 2017

Содержание

1. Главные достижения и неудачи политики в сфере здравоохранения в последние 15 лет.....	5
2. Вызовы системе здравоохранения	18
2.1. Оценка состояния здравоохранения российскими гражданами	18
2.2. Состояние здоровья российского населения	21
2.3. Экономические и технологические вызовы	22
2.4. Особенности состояния российского здравоохранения	25
3. Сценарии развития российского здравоохранения.....	26
3.1. Сценарий 1 «Инерционный»	27
3.2. Сценарий 2 «Жесткие реформы»	27
3.3. Сценарий 3 «Только ресурсы без реформ»	30
3.4. Сценарий 4 «Реформы плюс ресурсы»	32
3.5. Предлагаемые целевые ориентиры	33
4. Направления необходимых действий	36
4.1. Развитие индустрии здоровья на основе новых медицинских технологий	36
4.1.1. Поддержка создания новых медицинских технологий	36
4.1.2. Внедрение инновационных моделей организации оказания медицинской помощи	37
4.1.3. Развитие центров экспорта высокотехнологичных медицинских услуг	38
4.2. Развитие здорового образа жизни.....	39
4.2.1. Расширение вовлеченности населения в занятия физкультурой и спортом, повышение информированности населения об основных элементах и принципах здорового образа жизни	39
4.2.2. Продолжение антиалкогольной политики.....	41

4.2.3. Последовательная реализация мер по снижению распространённости табакокурения и обеспечению защиты населения от последствий пассивного курения.....	41
4.3. Обеспечение доступности качественных медицинских услуг.....	42
4.3.1. Структурные изменения в системе оказания медицинской помощи и формирование интегрированного здравоохранения	42
4.3.2. Развитие кадрового потенциала	48
4.3.3. Создание системы эффективного лекарственного обеспечения	50
4.4. Повышение эффективности системы финансирования здравоохранения.....	52

1. Главные достижения и неудачи политики в сфере здравоохранения в последние 15 лет

Минувшие 15 лет отмечены позитивными изменениями в отношении российских граждан к своему здоровью, активизацией политики государства в сфере охраны здоровья, повышением доступности медицинской помощи и увеличением средней продолжительности жизни. Вместе с тем по основным показателям состояния здоровья граждан мы проигрываем всем развитым странам, а здравоохранение рассматривается гражданами как наиболее ожидаемое направление государственных инвестиций.

Развитие здорового образа жизни

В последние годы государство весьма последовательно реализует меры по отношению к различным составляющим образа жизни, оказывающим влияние на здоровье российских граждан.

В 2009 г. Правительством Российской Федерации была одобрена «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения», которая в целом достаточно полно реализовывалась в последующие годы. Значительно повышались ставки акцизного налога на алкогольные напитки (в 2011–2014 гг.), введена минимальная цена водки, установлен запрет на продажу спиртных напитков в ночные часы, существенно ужесточились наказания за вождение автомобиля в состоянии алкогольного опьянения, а также за употребление алкоголя в общественных местах. Запрещена продажа алкоголя в киосках и других мелких торговых точках. В результате начиная с 2012 г. наблюдается последовательное сокращение продажи спиртных напитков, как в абсолютном выражении, так и в расчете на душу взрослого населения. Так, в 2011 г. средний объем продаж алкоголя в пересчете на чистый спирт составлял 10,6 л на одного взрослого, а в 2016 г. — 8,1 л. В 2011 г. было продано 13,1 л водки и 90 л пива в расчете на одного жителя, а в 2016 г. — 8,0 и 65 л соответственно.

Но некоторые из мер антиалкогольной политики были не слишком удачными: это регулирование минимальной цены водки и регулирование ограничений ночной торговли алкогольными напитками. Минимальная цена несколько раз менялась, но не ста-

ла эффективным ограничителем потребления водки. Введенная в 2011 г. федеральная норма, позволяющая торговать спиртным до 23 часов, фактически ухудшила ситуацию в тех регионах, которые до этого прекращали продажи в 21–22 часа.

На протяжении последних 15 лет Россия остается одной из самых курящих стран мира. Негативные тенденции, сформировавшиеся в 1990-е годы, сохранялись и в 2000–2013 гг., главным образом за счет роста потребления табака среди молодежи и особенно молодых женщин, снижения среднего возраста начала курения и роста числа выкуриваемых ежедневно сигарет. В эти годы, по разным оценкам, около 40% взрослого населения потребляли табак. На этом фоне все большее распространение получали другие виды табачной продукции, особенно курение кальяна.

В 2013 г. государство начало реализацию целого комплекса мер по сдерживанию табачной эпидемии. Были приняты Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», предусматривающий существенное расширение перечня мест, свободных от табачного дыма, и Федеральный закон от 21 октября 2013 г. № 274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» и Федеральный закон «О рекламе», запрещающий рекламу табачной продукции и ограничивающий места продажи табачной продукции. Россия последовательно придерживается принятых в рамках Рамочной конвенции по борьбе с табаком (РКБТ) обязательств. Это выражается в принятии необходимого регулирующего законодательства, продвижении на федеральном и региональном уровне идей отказа от курения и приверженности принципам здорового образа жизни, а также регулярном увеличении акцизов на табачную продукцию. Проводимые меры оказались результативными: по данным обследований ВЦИОМ, начиная с 2014 г. доля курящих в России стала постепенно снижаться (35% в 2014 г.; 34% в 2015 г. и 31% в 2016 г.). К очевидным успехам стоит отнести в целом спокойное восприятие внедренных норм населением и бизнес-сообществом.

В 2009 г. правительством были утверждены «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года» и «Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». В составе реализуемых мер особое

место отводится поэтапному введению в 2014–2017 гг. Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

За прошедшие 15 лет доля россиян, регулярно занимающихся физкультурой и спортом, выросла почти вдвое и приблизилась к 30%. Но она все еще остается существенно ниже уровня развитых стран (40–60%). Нарастает проблема малоподвижного образа жизни детей, подростков и молодежи, стимулируемая в том числе широкой популярностью электронных гаджетов в детской и молодежной среде, значительным времяпрепровождением за компьютером, а также смещением приоритетов в пользу компьютерных, а не подвижных и спортивных игр. Более 20% студентов занимаются физическими упражнениями реже одного раза в неделю. Особое беспокойство вызывает низкая физическая активность пожилых людей. По экспертным оценкам, лишь 17% российских пенсионеров занимаются физкультурой и спортом.

Финансирование здравоохранения и доступность бесплатной медицинской помощи

Государственное финансирование здравоохранения выросло в период 2000–2012 гг. в 2,3 раза в реальном выражении. Дополнительные средства позволили реализовать ряд масштабных государственных программ: дополнительное лекарственное обеспечение льготных категорий населения (с 2005 г.), приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006–2013 гг.), региональные программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг.).

Модернизации подверглась система обязательного медицинского страхования (ОМС), созданная в начале 1990-х годов как дополнение к системе бюджетного финансирования. С 2015 г. оказание населению почти всех видов медицинской помощи, гарантируемых государством, полностью финансируется из средств ОМС. Обновленная система ОМС позволила существенно уменьшить неравенство в размерах финансового обеспечения медицинской помощи гражданам в разных регионах: различия в размерах доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя, достигавшие в 2010 г. 4,2 раза, составили в 2014 г. 1,9 раза. Если же рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет. Реально расширены возможности для граждан получения бесплатной медицинской помощи за пределами своего региона, выбора меди-

цинской организации, врача. Участниками ОМС стало большое количество негосударственных медицинских организаций.

Основная часть российских граждан получает медицинскую помощь бесплатно. Так, по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, в 2015 г. 87% граждан, обращавшихся за амбулаторной помощью, получили ее без какой-либо оплаты, а 74% пациентов стационаров лечились в них полностью бесплатно. За счет роста государственного финансирования значительно увеличены объемы бесплатной профилактической и высокотехнологичной медицинской помощи: численность населения, прошедшего диспансеризацию, выросла за период с 2008 по 2015 г. в 3,9 раза (с 5,8 млн до 22,5 млн чел. в 2015 г.); число больных, получивших высокотехнологическую медицинскую помощь, возросло за период с 2005 по 2015 г. в 13,7 раза (с 60 тыс. до 823,3 тыс. чел.).

Вместе с тем сохраняется низкая доля государственного финансирования здравоохранения в ВВП по сравнению со странами с развитой рыночной экономикой, при том что гарантии сопоставимы по охвату населения и видов медицинской помощи. Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП России составила в 2014 г. 3,7%, в то время как в странах ОЭСР — 6,5%, а в странах Западной Европы — 7,9%. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения у нас в 3,2 раза меньше, чем в западноевропейских странах (соответственно 958 и 3100 долл. по паритету покупательной способности в 2014 г.).

Применяемые простейшие формы сочетания государственного и частного финансирования здравоохранения слабо способствуют привлечению в эту сферу дополнительных ресурсов и их эффективному использованию. Добровольное медицинское страхование оказалось недоступным для основной части среднего класса (им охвачено всего 6% населения). Политика, проводимая по отношению к благотворительным организациям, обуславливает недостаточное применение этого способа привлечения средств для оказания дорогостоящей медицинской помощи малоимущим гражданам.

Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи декларируются как права на неограниченные объемы помощи, а способы ее рационализации почти всегда имплицитны. Очевидна коллизия между ригидностью государственных гарантий и развитием практик оплаты населением медицинской помощи, которая включена в государственные га-

рантии¹. Из-за недофинансирования здравоохранения возможности получения качественной медицинской помощи существенно различаются для жителей разных российских регионов и разных типов населенных пунктов. Это имеет следствием неформальное рacionamento гарантированного набора бесплатных медицинских услуг их поставщиками.

Институциональные проблемы финансирования медицинских организаций

Формы финансового обеспечения медицинских организаций сильно изменились в последние годы. Внедрены новые методы оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи². Но определение размеров финансирования конкретных учреждений происходит, как правило, от достигнутого уровня, как и четверть века назад. Сравнительная оценка клинико-экономической эффективности оказания различных видов медицинской помощи в разных организациях не проводится.

Стоимость (тарифы оплаты) медицинских услуг в ОМС устанавливается не столько на основе анализа и обоснования состава необходимых затрат, сколько на основе сложившегося объема их финансирования. При этом фактические затраты на лечение одних и тех же заболеваний в разных регионах и в разных учреждениях в одном регионе различаются в разы³. Для обоснования стоимости

¹ По данным обследования населения, проведенного в рамках исследовательской программы НИУ ВШЭ в 2014 г., среди тех пациентов, кто платил за диагностические исследования, 62% делали это потому, что необходимые им медицинские услуги не предоставлялись бесплатно, а еще 15% платили потому, что иначе было трудно или невозможно попасть в нужное медицинское учреждение.

² Амбулаторно-поликлинической — по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации за каждого прикрепленного гражданина и др. Стационарной — за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам.

³ Так, по данным статистического и бухгалтерского учета 96 медицинских организаций 12 регионов России, в 2015 г. стандартизированные с помощью коэффициентов удорожания бюджетных расходов фактические затраты в разных регионах на операцию при злокачественном новообразовании молочной железы различались в 3,6 раза, на один случай оказания стационарной помощи при кровоизлиянии в мозг — в 4,9 раза, на один случай оказания стационарной помощи при воспалительных заболеваниях центральной нервной системы — в 8,3 раза и т.д.

реализуемых программ пока не создано ни информационной, ни методической основы достоверной оценки допустимых различий в затратах. Отсутствие достоверных данных о реально необходимых затратах на оказание различных видов медицинской помощи в разных медицинских организациях и регионах делает проблематичным сравнение их эффективности и препятствует возможному внедрению конкурсного финансирования и развития конкуренции.

Особенностью российской системы ОМС является участие в ней множества негосударственных страховых медицинских организаций (СМО). Изначально их участие обосновывалось декларируемым намерением создать страховую, конкурентную модель финансирования здравоохранения с разделением рисков между государством и страховщиками. Но на практике государство отвело им роль финансового посредника в движении средств между фондами ОМС и медицинскими организациями. Посредника, чья полезность и результативность работы по сравнению с затратами (15,1 млрд руб. в 2015 г.) оказалась неочевидной для остальных участников системы ОМС. Конкуренция между страховыми компаниями, предметом которой выступали бы надежная защита прав застрахованных и более эффективное использование ресурсов системы здравоохранения, так и не возникла.

В новой модели ОМС была сделана попытка ввести правила, экономически стимулирующие СМО к более эффективному расходованию средств ОМС. СМО отреагировали не совсем так, как ожидалось, они стали активно штрафовать медицинские организации, прежде всего за ошибки в оформлении медицинских и платежных документов. Вместо продолжения работы по тонкой настройке новых правил их стали, по сути, демонтировать, а СМО заставили проводить более активную работу с застрахованными. Опыт двух прошедших десятилетий не продемонстрировал достаточной заинтересованности и способности государственных органов выстроить в нашей стране конкурентную (рисковую) модель ОМС с не вызывающим сомнения эффективным участием частных страховщиков.

В целом приходится констатировать, что изменения в механизмах финансирования здравоохранения, которые произошли за последние четверть века, не привели к формированию у основных акторов этой системы (органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых медицинских организаций, государственных медицинских учреждений) достаточной мотивации к повышению эффективности использования ресурсов.

Лекарственное обеспечение

С 2005 г. развивается льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан за счет федерального бюджета в рамках государственной социальной помощи, обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. За счет региональных бюджетов осуществляется лекарственное обеспечение больных жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни или инвалидности.

Вместе с тем обязательства по лекарственному обеспечению не сбалансированы с доступными ресурсами. Об этом свидетельствуют многочисленные судебные решения в пользу пациентов по их искам к органам власти по поводу необеспечения пациентов дорогостоящими лекарственными препаратами. Права различных категорий граждан на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение реализуются ситуативно в зависимости не столько от нуждаемости в соответствующих препаратах для поддержания здоровья, сколько от фактических размеров средств, выделяемых на эти цели из федерального и региональных бюджетов.

Введение в 2011 г. механизма регистрации цен на препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, позволило существенно сдерживать рост цен на эти препараты по сравнению с ценами на лекарства, не включенные в указанный перечень. Но применяемый механизм регулирования цен на препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, после девальвации рубля в 2015 г. стал давать сбои в выполнении функции инструмента обеспечения доступности лекарств для населения: из аптек стали исчезать лекарства низкого ценового сегмента рынка. Изъяны механизмов ценообразования на лекарственные средства проявляются также в том, что не происходит значительного снижения цен на воспроизведенные препараты (дженерики) по отношению к референтным (брендовым). Это обусловлено порядком формирования предельных отпускных цен на лекарственные препараты: при регистрации установлен очень высокий порог допустимого соотношения цены воспро-

изведенного лекарственного препарата и референтного препарата — 80%⁴.

Неоднократные обращения экспертного сообщества, заявления экспертов и публикации в прессе побуждают к выводу, что перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и льготные перечни лекарственных препаратов содержат в том числе значительное число продуктов с недоказанной клинической эффективностью, что ведет к сомнительным с точки зрения эффективности государственным расходам на их закупки⁵. Главная причина такого явления состоит в том, что независимая оценка технологий в здравоохранении пока систематически не проводится.

Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г., принятой Минздравом России в 2013 г., предусматривалась реализация до конца 2016 г. в субъектах Российской Федерации пилотного проекта по совершенствованию государственного регулирования цен на лекарственные препараты на основе формирования системы референтных цен. Планировалась также реализация пилотного проекта по модернизации системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан бесплатно или со скидкой за счет средств федерального и региональных бюджетов. Ожидалось, что содержанием последнего проекта будет внедрение модели организации лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении при софинансировании государства. Повышение таким способом доступности лекарств при лечении некоторых наиболее распространенных заболеваний (гипертония, астма и др.) снижает риски их обострений и, соответственно, объемы необходимой медицинской помощи. Однако к концу 2016 г. указанные пилотные проекты не были начаты.

Материальное оснащение медицинских учреждений

Реализация Национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации здравоохранения позволили бес-

⁴ Для сравнения, в США снижение цены дженерика по отношению к референтному препарату может составлять до 7 раз.

⁵ В связи с этим упоминались, например, ноотропные препараты, такие как винпоцетин, церебролизин, пирацетам, противовирусные лекарственные препараты кагоцел, умифеновир (торговое наименование «арбидол»).

печить медицинские учреждения современным оборудованием. В 2011–2013 гг. поставлено в государственные и муниципальные медицинские учреждения 389,7 тыс. ед. медицинского оборудования, в результате чего в 2013 г. фондооснащенность учреждений здравоохранения увеличилась в 2,5 раза по сравнению с 2011 г. и составила 19,0 тыс. руб. на 1 кв. м против 7,7 тыс. руб. Обеспечено довольно широкое внедрение в организациях здравоохранения медицинских информационных систем, началось развитие интернет-сервисов для пациентов (в большинстве регионов созданы системы онлайн-записи на прием), стремительно развиваются региональные медицинские информационные системы.

Однако основные фонды медицинских организаций после проведенной в 2011–2013 гг. модернизации уже начинают изнашиваться, и к концу текущего десятилетия возникнет необходимость замены значительной их части.

Реорганизация систем оказания специализированной медицинской помощи

Проведена реорганизация систем оказания специализированной медицинской помощи при заболеваниях, вносящих наибольший вклад в показатели смертности. Так, в рамках программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями создана система региональных сосудистых центров (их число достигло 128 в 2015 г.) и первичных сосудистых отделений (415 в 2015 г.). Уровень смертности от болезней системы кровообращения уменьшился за период с 2007 по 2015 г. в 1,3 раза. В 2012–2015 гг. осуществлено развертывание трехуровневой системы травмоцентров вдоль федеральных и региональных автодорог (их число составило 1501 в 2015 г.). Уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий уменьшился за период с 2007 по 2015 г. в 1,5 раза. Большие усилия были направлены на совершенствование службы родовспоможения. В 2008–2012 гг. построено 23 перинатальных центра, ведется строительство еще 32. Младенческая смертность уменьшилась за период с 2012 по 2015 г. в 1,3 раза. С 2006 г. происходит снижение показателей смертности, с 2009 г. наблюдается стабилизация показателей заболеваемости населения.

Лечение в нашей стране становится привлекательным для иностранцев: в 2015–2016 гг. численность граждан других стран,

приехавших за получением медицинской помощи в российские клиники, выросла на 87%⁶. Но потенциал развития медицинского туризма в нашей стране гораздо выше и недоиспользуется.

Оплата труда и мотивация медицинских работников

В 2012 г. Президентом Российской Федерации принято решение о повышении размеров оплаты труда врачей к 2018 г. до 200% от средней заработной платы по экономике региона (в 2012 г. это соотношение составило 125%), а размеров оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала — до 100% от средней зарплаты по экономике региона (в 2012 г. — 73 и 48% соответственно). С 2012 по 2016 г. средняя заработная плата врачей в номинальном выражении выросла в 1,54 раза, среднего медицинского персонала — в 1,45 раза, младшего медицинского персонала — в 1,44 раза. В реальном выражении, с учетом индекса роста потребительских цен, увеличение зарплаты было более скромным: у врачей — на 8%, у среднего медицинского персонала — на 3%, у младшего — на 2%. Таким образом, намеченное повышение оплаты труда медиков позволило на деле лишь сохранить их реальный уровень доходов в условиях экономического кризиса. Следует, впрочем, учитывать, что для населения в целом последние годы стали периодом снижения уровня жизни, так что медики оказались в данном случае в относительно лучшем положении.

По данным мониторинга условий работы и оплаты труда медицинских работников, проводимого НИУ ВШЭ, происходящие изменения в организации оплаты труда медицинских работников ведут к тому, что растущее их число начинают чувствовать связь между качеством своей работы и получаемыми деньгами. Однако во многих медицинских учреждениях возобладала установка на *уравнительность распределения денежных средств между медиками* безотносительно к реальным различиям в результативности. Введение эффективного контракта для весьма значительного числа медиков не выполняет пока функции стимулирования повышения профессиональной отдачи и качества оказываемой медицинской помощи.

⁶ <<http://kremlin.ru/events/president/news/54079>>.

Главные проблемы в организации оказания медицинской помощи

Отмечая позитивные изменения в сфере здравоохранения, следует констатировать, что они оказались недостаточными для разрешения или ощутимого ослабления целого ряда проблем, копившихся в течение долгого времени.

Наиболее острой является *проблема доступности и качества первичной медико-санитарной помощи*. Измеренный по 25 показателям уровень развития участковой службы в России заметно ниже, чем во всех постсоветских странах Европы⁷. Соответственно в России относительно выше показатели уровня госпитализации, числа проведенных койко-дней на одного жителя, объемы скорой медицинской помощи.

В последнее десятилетие шло *сокращение кадров первичного звена*, прежде всего в участковой службе. Национальный проект «Здоровье» посредством денежных надбавок приостановил в 2005–2007 гг. исход кадров из участковой службы, но он продолжился с 2008 г., и численность участковых врачей уменьшилась к 2013 г. на 14%. Программа «Земский доктор» содействует привлечению кадров в сельскую местность, но ее инструментов явно не хватает для преодоления кадрового дефицита. По экспертной оценке, дефицит участковых терапевтов составляет 30%, участковых педиатров — 10%. Во многих регионах две трети участковых врачей составляют люди предпенсионного и пенсионного возраста. Если им на смену через 5–10 лет не придут молодые врачи, работа участковой службы будет необратимо деградировать.

Сохраняется *дефицит узких специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях*, в частности гематологов — 14%, проктологов — 31%, ревматологов — 69%. В больницах не хватает хирургов, анестезиологов, всех оперирующих специалистов. Сокращается врачебный персонал медицинских учреждений, работающих в малых городах. Молодежь не идет обучаться и работать по медицинским профессиям с высоким уровнем риска. Насыщение больниц оборудованием и аппаратурой перестает решать проблему качества и доступности медицинской помощи в условиях отсутствия или дефицита квалифицированных кадров.

Улучшения в организации специализированной амбулаторно-поликлинической помощи недостаточны для преодоления

⁷ По результатам исследования НИУ ВШЭ, 2016 г.

обозначившейся тенденции к *росту хронизации заболеваний*: отношение общей заболеваемости к первичной заболеваемости увеличилось с 1,81 в 2005 г. до 2,04 в 2014 г.

Продуктивное время работы медицинского персонала сокращается из-за *растущего избыточного делопроизводства*, составления многочисленных отчетов.

Эффективность использования дорогостоящего медицинского оборудования ниже, чем за рубежом. Число исследований на один компьютерный/магнитно-резонансный томограф на 10–30% меньше, чем в странах ОЭСР. И это при том, что обеспеченность томографами у нас в 2 раза меньше и, следовательно, размер неудовлетворенной потребности в такой диагностике выше. Использование современных медицинских технологий тормозится недостаточным текущим финансированием (не хватает средств на приобретение необходимых для проведения исследований расходных материалов) и неполноценной подготовкой работников (не хватает квалифицированных кадров, способных продуктивно работать на новом оборудовании).

Результативность лечения снижается из-за *недостатка кооперации между разными звеньями оказания медицинской помощи*: диагностическими центрами, поликлиниками, больницами, реабилитационными службами.

Среди *структурных проблем оказания медицинской помощи* необходимо выделить недостаточные в сравнении с имеющимися потребностями уровни развития геронтологической, реабилитационной, медико-социальной помощи, лабораторно-диагностической службы.

Неоправданные *барьеры существуют между системой здравоохранения и системой социального обеспечения*. Федеральным законом «Об основах социального обслуживания граждан» (2013 г.) медицинская деятельность исключена из перечня услуг организаций социального обслуживания. Это ограничивает возможности расширения доступа к услугам здравоохранения по месту жительства.

Уровень квалификации медицинских кадров

Для российских граждан характерна неудовлетворенность квалификацией медицинских кадров, которые оказывают им помощь. По данным сравнительного межстранового исследования

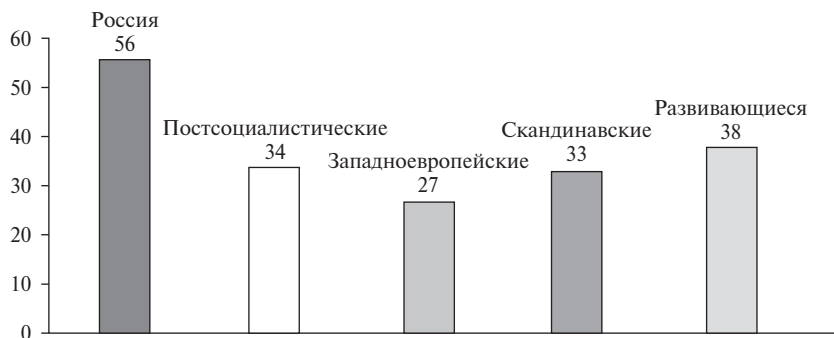


Рис. 1. Доля граждан разных стран, согласных с оценкой, что профессиональный уровень большинства врачей ниже, чем требуется, %

Источник: Данные Международной программы социальных исследований (ISSP), 2008 г.

представлений населения о профессионализме и мотивации медицинских работников, проведенного в 2008 г. в рамках Международной программы социальных исследований (ISSP), в России большинство населения считают, что профессиональные навыки врачей ниже, чем требуется, в то время как в двух десятках других стран, принявших участие в исследовании, примерно две трети населения оценивают профессиональные навыки врачей как достаточные (рис. 1)⁸. Опросы населения, проведенные по заказу НИУ ВШЭ в 2014 и 2017 гг., показывают, что доля российских граждан, согласных с такими оценками, растет (рис. 2).

Это связано с целым рядом причин как объективного, так и субъективного характера. По-видимому, одной из них является сокращение возможностей обучения студентов в режиме участия в оказании реальной медицинской помощи. В регионах происходит выдавливание кафедр медицинских вузов из медицинских организаций, и студенты теряют доступ к больным. В структуре подготовки специалистов для медицины имеются большие лакуны: практически не ведется подготовка специалистов по техническому обеспечению медицины, недостаточны размеры подготовки кадров лабораторной службы, способных работать с но-

⁸ Караева О.С. Представления о справедливости и эффективности в системах здравоохранения различных стран (по данным ISSP) // Вестник общественного мнения. 2014. № 1–2 (117). С. 50–65.

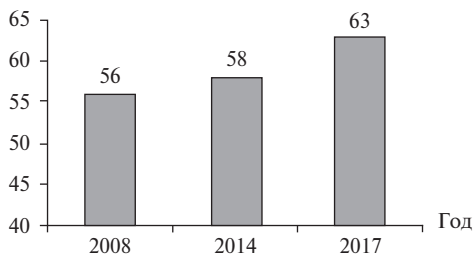


Рис. 2. Доля российских граждан, согласных с оценкой, что профессиональный уровень большинства врачей ниже, чем требуется, %

Источники: Данные Международной программы социальных исследований (ISSP), 2008 г.; опросы взрослого населения, проведенные по заказу НИУ ВШЭ в сентябре–октябре 2014 г., $N = 4500$, и в феврале 2017 г., $N = 4500$.

выми медицинскими технологиями, например, медико-генетическими.

Обращает на себя внимание и тот факт, что в развитых странах подготовка для работы в первичной медицинской помощи (поликлинике) продолжается 2–5 лет, а в России врачи допускаются к работе сразу после окончания вуза. В странах с передовой медициной к работе по сложным специальностям (кардиохирургия, анестезиология и т.п.) после вуза готовят 5–8 лет, а в России такая квалификация присваивается после 2–3 лет подготовки.

2. Вызовы системе здравоохранения

2.1. Оценка состояния здравоохранения российскими гражданами

Состояние здравоохранения вызывает усиливающуюся тревогу в российском обществе. По данным социологических исследований (рис. 3), оно оценивается российскими гражданами как одна из трех наиболее острых проблем страны, причем доля граждан, которые считают проблемы здравоохранения наиболее значимыми в масштабах страны, растет в последние годы самыми высокими темпами (увеличение в 2,4 раза за прошедший год)⁹.

⁹ Данные ВЦИОМ. <<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116014>>.



Рис. 3. Распределение ответов российских граждан о том, какие проблемы россияне считают наиболее значимыми в масштабах страны, декабрь 2016 г., %

Источник: Данные ВЦИОМ. <<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116014>>.

Российские граждане ждут от государства большего сосредоточения сил в первую очередь именно в здравоохранении. По данным социологического опроса взрослого населения страны, проведенного по заказу НИУ ВШЭ в декабре 2016 г., на вопрос о том, на что в первую очередь государство должно направлять больше средств, чем сейчас, респонденты на первое место поставили развитие больницы и поликлиник, повышение зарплат медицинскому персоналу (рис. 4).

Здравоохранение — на первом месте среди задач, на решение которых, по мнению наших граждан, должны нацелить свои

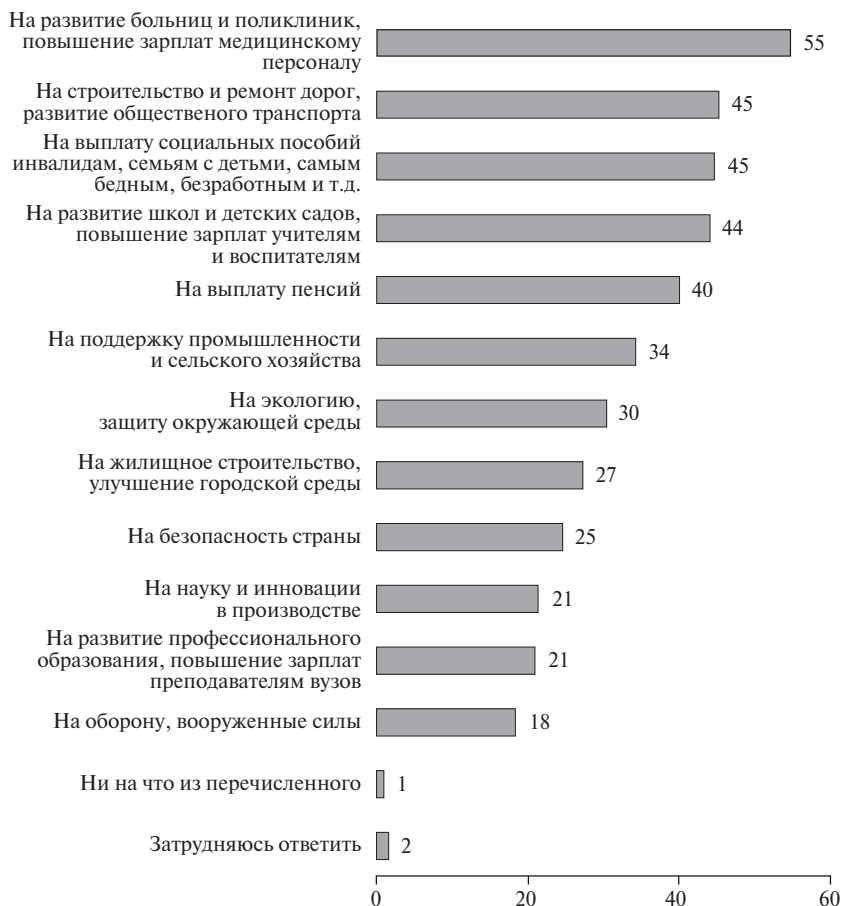


Рис. 4. Распределение ответов российских граждан на вопрос о том, на что в первую очередь государство должно направлять больше средств, чем сейчас, декабрь 2016 г., %

Источник: Исследование НИУ ВШЭ.

усилия организации, осуществляющие общественный контроль, в частности, Общероссийский народный фронт¹⁰.

Адекватный и понятный населению ответ на этот запрос — одно из наиболее важных условий социально-политической стабильности.

¹⁰ Данные ВЦИОМ. <<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115960>>.

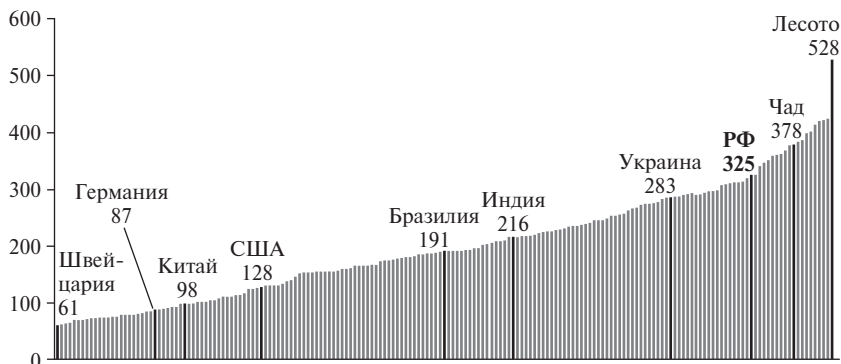


Рис. 5. Коэффициент смертности (вероятность смерти) взрослых мужчин в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 чел. населения в 2015 г.

Источник: WHO. Global Health Observatory Data Repository. <http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=64>.

2.2. Состояние здоровья российского населения

Озабоченность населения состоянием здравоохранения имеет объективные основания: несмотря на то что последнее десятилетие характеризуется активизацией политики государства в сфере охраны здоровья, повышением доступности медицинской помощи и увеличением средней продолжительности ожидаемой жизни при рождении (за последнее десятилетие она выросла на 6 лет — с 65,4 года в 2005 г. до 70,4 года в 2015 г.), сохраняется значительный разрыв между показателями состояния здоровья российских граждан и населения западных стран. По показателю ожидаемой продолжительности жизни Россия занимает 110-е место в мире, а разрыв со странами ЕС (80,9 года в 2014 г.) составляет 10,5 года¹¹. **Особенно тревожна ситуация со смертностью мужчин в трудоспособном возрасте.** По данным Всемирной организации здравоохранения, показатель вероятности умереть для мужчин в возрасте от 15 до 60 лет в России (рис. 5) почти в 2 раза превышает среднеевропейский показатель (325 и 168 на 1000 чел. соответственно, в 2015 г.). **Лишь в 18 африканских странах и воюющей Сирии этот показатель выше, чем в России.** Менее половины взрослых россий-

¹¹ WHO. Global Health Observatory Data Repository. <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>>.

ских граждан оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее (44,4% в 2014 г.)¹², в то время как среди граждан ЕС доля таких оценок составляет две трети (66,9% в 2015 г.)¹³.

2.3. Экономические и технологические вызовы

Ориентация на решительный положительный сдвиг в состоянии здравоохранения — это политический, социальный и экономический императив. Сегодня добиться результата в этом направлении развития лишь за счет расширения существующих практик невозможно: в системе охраны здоровья необходимы технологические и организационно-экономические инновации.

Помимо социальной значимости, в настоящее время при прогнозируемом сокращении численности населения в трудоспособном возрасте ***сбережение трудоспособного населения настоятельно требуется для обеспечения необходимых темпов экономического роста.*** Российское здравоохранение должно способствовать повышению отдачи от человеческого капитала посредством увеличения продолжительности активной трудовой жизни, уменьшения периодов временной нетрудоспособности, реабилитации, сокращения инвалидности.

Налицо углубляющееся технологическое отставание российской системы здравоохранения от здравоохранения западных стран. В странах с современной медициной общераспространенной практикой лечения инфаркта миокарда уже стали тромболизис и стентирование сосудов, а у нас это вошло в массовую практику только в Москве в последние 2 года и до сих пор не стало доступным вмешательством при инфаркте в регионах. В отечественной онкологии все еще доминируют хирургические вмешательства, а современная точно направленная радиотерапия под компьютерным управлением доступна лишь в нескольких регионах. Во многих регионах радиотерапия недоступна или выполняется на устаревших малопроизводительных устройствах. Большинство онкологических больных не получают помощи по современным протоколам, прежде всего из-за недоступности современных лекарств и сопутствующих технологий. Обеспеченность пациентов современными таргетными препаратами, при использовании которых точно поражаются клетки опухоли и практически не страдают окружающие ткани,

¹² По данным исследования НИУ ВШЭ.

¹³ Eurostat Data. <<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>>.

составляет у нас 2–5%¹⁴. Для правильного применения многих современных лекарств необходима лабораторная диагностика, часть из которой недоступна в нашей стране даже применительно к такому распространенному раку, как рак молочной железы.

Глобальный вызов системе здравоохранения предъявляют появление новых технологий и рост индустрии здоровья. Новые медицинские и информационные технологии (молекулярно-генетическая диагностика, биоинформационный анализ геномных и биомаркерных данных, генная терапия, регенеративная медицина, клеточная инженерия, создание биопрепаратов, генно-инженерных вакцин и таргетных лекарственных средств, неинвазивная персональная телемедицина, системы поддержки принятия медицинских решений и др.) создают новые рынки продуктов и услуг индустрии здоровья. Наблюдается быстрый рост оказания дистанционных информационных медицинских услуг через устройства видеоконференцсвязи с применением смартфонов, планшетов, компьютеров, средств mHealth и Интернета вещей (IoT). На основе информационных технологий открываются новые рынки продуктов и услуг индустрии здоровья. По данным наукометрических показателей, услуги биомедицины вместе с IT-индустрией стали лидерами развития технологий экономики знаний и становятся драйверами экономического роста.

Формируется новый дизайн модели и целеполагание системы общественного здравоохранения как динамичной, инновационной, информационной, высококонкурирующей среды общественной и деловой активности. Университетские клиники, группы крупных медицинских центров, страховых, фармацевтических и IT-компаний, отдельные высокоспециализированные центры предлагают все больше трансграничных оздоровительных, медицинских (в том числе высокотехнологичных) услуг, сервисов по обслуживанию и сопровождению пациентов. Высокими темпами растут масштабы медицинского туризма, импорта медицинских услуг, консультирования и лечения за рубежом, производства услуг и товаров здорового образа жизни. Развивается специализация стран по профилям оказания медицинской помощи. Глобальные рыночные игроки из прочих секторов экономики (IT-корпорации) уже вторгаются за рубежом на традиционные поля индустрии здоровья, в систему традиционного общественного здравоохранения, и в перспективе будут поглощать ее.

¹⁴ <<http://kommersant.ru/doc/3143084>>.

Взрывной рост информационных технологий и персональных средств связи порождает новые проблемы для системы здравоохранения:

- широкая доступность информации предъявляет особые требования к ее качеству, достоверности, актуальности и безвредности;
- глобальный охват общества социальными сетями привел к небывалой публичности медицинской деятельности и формированию новых типов сетевых взаимоотношений в системе «врач — пациент»;
- широкое проникновение в сферу биомедицины и здравоохранения непрофессионалов (начиная от стартап-разработчиков «медицинских» устройств и заканчивая шоуменами — ведущими «медицинских» передач и блогов).

Новые технологии приведут к необходимости кардинальных изменений в организации медицинской помощи: ее концентрации в крупных специализированных клинических центрах и многопрофильных медицинских центрах, формированию виртуальных медицинских организаций, замещению многих традиционных медицинских учреждений медицинскими информационными и мониторинговыми системами. Новые технологии приведут к формированию новых организационных структур и экономических отношений в индустрии здоровья.

Новая реальность диктует чрезвычайно высокие квалификационные требования к медицинскому персоналу, менеджерам, организаторам здравоохранения, к квалификации лиц, производящих новые востребованные знания. Необходимым условием их профессиональной деятельности станет постоянное и непрерывное повышение квалификационного уровня, расширение кругозора, междисциплинарность знаний.

Эти мировые процессы неизбежно будут распространяться и на нашу страну. Развитие мировой индустрии здоровья создаст новые возможности ведения здорового образа жизни и получения медицинской помощи для российских граждан и одновременно будет оказывать сильное конкурентное воздействие на отечественные медицинские организации. В последние годы более 100 тыс. российских граждан предпочитали получать современную медицинскую помощь за рубежом, и только в 2015–2016 гг. их число сократилось из-за экономического кризиса и падения курса рубля¹⁵.

¹⁵ <<http://www.finmarket.ru/main/article/4385120>>.

В ближайшей перспективе реальна угроза укрепления в качестве ведущих поставщиков медицинских услуг на российском рынке глобальных рыночных медицинских и IT-корпораций. Перед политикой в сфере здравоохранения встает дилемма: обеспечить технологический прорыв в развитии отечественной системы здравоохранения и стать полноправными участниками глобальной конкуренции за лидерство в медицинских технологиях или оставаться в роли только потребителя достижений мировой индустрии здоровья и смириться с «музеефикацией» отечественных медицинских учреждений.

Технологическое отставание также недопустимо в условиях, когда сфера здравоохранения быстро замещает военную сферу в качестве главной площадки технического прогресса в мире и превращается в крупнейшую отрасль наиболее развитых экономик.

Объем ресурсов, направляемых в сферу здравоохранения в развитых экономиках, превышает половину доли всей промышленности в ВВП¹⁶. Ускоренное развитие индустрии здоровья становится ведущим трендом экономики XXI в. Можно уверенно утверждать, что сдвиг ядра экономики от промышленности к здравоохранению, образованию и науке сыграет в XXI в. точно такую же роль, которую в XIX в. сыграл сдвиг от аграрного сектора к индустриальному. ***Пропустить этот сдвиг, промедлив с необходимыми технологическими и организационными изменениями, означало бы обречь страну на утрату положения великой державы.*** Прорыв, а не просто частичное улучшение положения дел в здравоохранении, как и в образовании, абсолютно необходим.

2.4. Особенности состояния российского здравоохранения

Наряду с глобальными технологическими и экономическими вызовами перед отечественной системой здравоохранения стоят вызовы, обусловленные внутренними проблемами охраны здоровья.

Во-первых, ***особенностью нашей страны является низкая вовлеченность населения в охрану и сбережение собственного здоровья***, в том числе за счет двигательной активности, использования ве-

¹⁶ В 2014 г. доля промышленности в ВВП стран ОЭСР составила 24,2%, а расходы на здравоохранение — 12,4% (The World Bank. World Development Indicators).

рифицированных источников сетевой информации, применения персональных устройств мониторинга состояния здоровья и т.д. Большинство граждан имеют слабую заинтересованность в укреплении здоровья и профилактике заболеваний.

Во-вторых, *старение населения* выступает в качестве долгосрочного фактора усложнения патологий, развития множественных хронических заболеваний и соответствующего роста спроса на услуги здравоохранения. Согласно демографическим прогнозам, наша страна, в отличие от большинства европейских государств, только входит в период ускоренного роста доли и численности пожилых, и за период с 2015 по 2027 г. численность населения в возрасте старше трудоспособного увеличится на 7,2 млн чел.

В-третьих, главными препятствиями для адекватного ответа российского здравоохранения на стоящие перед ним вызовы являются *недостаточность ресурсного обеспечения в сочетании с нереализованностью многочисленных резервов повышения эффективности* использования имеющихся материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

В-четвертых, *формальные правила оказания и финансирования медицинской помощи в значительной степени дополняются неформальными отношениями и теневыми потоками средств*. В сфере здравоохранения все еще широко представлены недостаточно четкие правила распределения ресурсов и обеспечения доступа к ним пациентов. Вокруг неформальных практик сложились довольно устойчивые конфигурации интересов, препятствующих позитивным изменениям.

Отсутствуют надежные стимулы, которые побуждали бы большинство медиков к заинтересованности в реальной оценке качества их работы, изживанию неформальных практик и обеспечению полной прозрачности финансово-экономических отношений в отрасли. Медицинские организации и страховщики слабо мотивированы к повышению эффективности использования ресурсов.

3. Сценарии развития российского здравоохранения

Ответы на стоящие перед российским здравоохранением вызовы могут быть разными. Просматриваются четыре сценария развития этой сферы в период до 2025 г.

3.1. Сценарий 1 «Инерционный»

Государственные расходы на здравоохранение в относительном выражении сохраняются примерно на существующем уровне (3,3% ВВП). Формы организации оказания медицинской помощи и механизмы ее финансирования мало меняются.

При инерционном развитии для достижения целевых показателей повышения оплаты труда медицинских работников, установленных в 2012 г., потребуются продолжить сокращение численности медицинского персонала учреждений здравоохранения, а также уменьшать расходы на лекарственное обеспечение, на ремонт и замену медицинского оборудования, выходящего из строя, и т.д.

Основным содержанием государственной политики станет периодическое «латание дыр»: направление в отдельные сектора дополнительных субсидий для решения обостряющихся проблем с доступностью диагностических исследований, лекарств, скорой помощи и т.д. и снижения социального напряжения. Эффективность использования этих средств окажется невысокой из-за сохранения непрозрачных практик их распределения.

Домохозяйства будут вынуждены нести значительные дополнительные расходы на лечение. Все большая часть среднего класса будет обращаться за медицинской помощью в негосударственный сектор, в котором, в свою очередь, уже к 2025 г. лидирующие позиции могут занять транснациональные компании. Частные расходы на здравоохранение (приобретение лекарств, оплата медицинских услуг и взносы на добровольное медицинское страхование) могут увеличиться с 2,0% ВВП в 2015 г. до 2,4–2,6% ВВП в 2024 г.

При таком сценарии неизбежно перманентное ухудшение доступности и качества бесплатной медицинской помощи для населения. Спонтанное развитие платных медицинских услуг и практик их неформальной оплаты вызовут сокращение обращаемости граждан за медицинской помощью. Это, с одной стороны, будет негативно сказываться на состоянии здоровья населения, а с другой — усиливать социальную напряженность. Недовольство состоянием здравоохранения будет расти практически у всех групп населения.

3.2. Сценарий 2 «Жесткие реформы»

В рамках этого сценария государственные расходы на здравоохранение в относительном выражении сохраняются примерно

на существующем уровне (3,3% ВВП), а государство, сталкиваясь с перспективой ухудшения доступности и качества медицинской помощи, пытается сконцентрировать ресурсы на действиях, дающих наибольшую отдачу. Это может достигаться ценой выборочного отказа от некоторых обязательств и радикального сокращения относительно менее результативных расходов. Целевые показатели повышения оплаты труда медицинских работников, установленные в 2012 г., пересматриваются в сторону их уменьшения и увеличения сроков достижения. Ускоренно осуществляется сокращение сроков пребывания на больничной койке и усиление контроля за обоснованностью госпитализаций, что позволяет сократить персонал стационаров.

Пересматриваются программы лекарственного обеспечения льготных категорий населения и перечни лекарственных средств, приобретаемых за счет государственных средств для льготных категорий населения и лечения пациентов в стационарах, из них исключаются препараты с низкой клинико-затратной эффективностью. Создается единая система амбулаторного лекарственного обеспечения рецептурными препаратами на основе референтных цен с соплатежом со стороны населения в размере разницы между фактической и референтной ценой.

Форсированно реализуются радикальные меры по обеспечению прозрачности распределения финансовых ресурсов в системе здравоохранения и развитию конкуренции между организациями разных форм собственности за участие в оказании помощи по ОМС. Страховые медицинские организации выводятся из системы ОМС, а ее администрирование полностью возлагается на федеральный и территориальные фонды ОМС.

В рамках данного сценария расходы на лечение будут перекладываться на домохозяйства. Средний класс в растущей мере будет обращаться за медицинской помощью в частный сектор, в котором, в свою очередь, уже к 2025 г. лидирующие позиции могут занять транснациональные компании. Частные расходы на здравоохранение увеличатся с 2,0% ВВП в 2015 г. до 2,3–2,5% ВВП в 2024 г. Возможно введение официальных соплатежей населения за получаемую медицинскую помощь (например, в виде фиксированной суммы за каждое посещение врача, за каждый день пребывания в больнице и т.п.).

Данный сценарий вряд ли удалось бы осуществить без серьезных ошибок в планировании предполагаемых им многочислен-

ных конкретных мер. Однако, даже если допустить, что каждая из них будет тщательно проработана, итоги реализации сценария оказались бы далеко не бесспорными с социально-политической точки зрения.

При данном сценарии доступность бесплатной медицинской помощи для населения в целом может обеспечиваться на прежнем среднем уровне. Но произойдут структурные сдвиги в доступности медицинской помощи. В частности, для пациентов с хроническими заболеваниями, а также пациентов с низкими доходами, для которых помещение в стационар было способом экономии средств на лекарства и питание, реформы приведут к ухудшению прежней доступности медицинской помощи.

Кроме того, описанный сценарий чреват ухудшением показателей состояния здоровья граждан, поскольку потребность в объемах медицинской помощи и лекарственных препаратах для стареющего населения будет расти, а технологический уровень государственных медицинских организаций и квалификация работающих в них кадров будут улучшаться медленно, так как сценарий не содержит ни ресурсных, ни институциональных предпосылок более быстрого улучшения.

Риски осуществления этого сценария коренятся в принципиальной невозможности сколько-нибудь безболезненно сочетать нынешний уровень государственного финансирования здравоохранения с предельной конкретизацией гарантий оказания медицинской помощи. Обеспечению высокой эффективности здравоохранения в огромной мере способствовало бы абсолютно четкое, детальное и прозрачное определение того, что именно бесплатно гарантируется каждому гражданину. Проблема в том, что это сразу обнажило бы довольно глубокое фактическое неравенство в доступе к высококачественной бесплатной помощи, которое сложилось еще в советский период и скорее усилилось, чем сократилось в постсоветские годы.

Выравнивание условий получения медицинской помощи для всех граждан не на уровне принципов, а на уровне детальной регламентации применяемых технологий, финансирования и очередности означало бы улучшение ситуации для немалой части населения, например, для проживающих в сельской местности. В то же время оно обернулось бы потерями для многих других граждан. Речь идет отнюдь не только и не столько о тех, кто пользуется преимуществами за счет статуса, личных связей и т.п. (эти люди,

как правило, сразу возместили бы потери за счет личных средств), сколько о миллионах жителей тех субъектов Федерации и городов, в которых исторически сложились относительно более высокие уровни доступности и качества бесплатной помощи. Не говоря уже о проблематичности перемещения кадров и материальных ресурсов здравоохранения, например, из крупнейших городов в отдаленные сельские районы, попытка реализовать такой сценарий, вероятно, вызвала бы социально-политические конфликты.

Основной вывод из рассмотрения гипотетического сценария «Жесткие реформы» состоит в следующем. Как забота об эффективности, так и требования справедливости, в принципе, предполагают максимально полную и прозрачную конкретизацию гарантий бесплатной медицинской помощи. Однако социально-политический императив состоит в том, что добиваться этого необходимо без значимых потерь для тех массовых категорий граждан, для которых за многие десятилетия (как правило, не за один только постсоветский период) сформировались лучшие, по сравнению со средними, условия получения помощи. Это означает, что конкретизация должна рассматриваться, по сути, в качестве развернутого во времени проекта. Расходы на разработку детальных норм составят пренебрежимо малую часть его стоимости, тогда как основная часть стоимости проекта — расходы на повсеместную реализацию поэтапно детализируемых норм, которые не предполагали бы ухудшение положения, например, жителей Москвы.

3.3. Сценарий 3 «Только ресурсы без реформ»

В рамках этого гипотетического сценария государство ставит в качестве наиболее приоритетной задачи выполнение в полном объеме государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи всем гражданам, но воздерживается от существенных институциональных изменений в сфере здравоохранения. Целевые показатели повышения оплаты труда медицинских работников, установленные в 2012 г., достигаются в 2018 г. и сохраняются в последующие годы. Это достигается в основном за счет увеличения ресурсов, направляемых в здравоохранение. По экспертной оценке, для того чтобы обеспечить бесплатное оказание медицинской помощи всем гражданам страны в соответствии с существующими клиническими рекомендациями по диагности-

ке, лечению и профилактике заболеваний, а также для соответствующего оснащения медицинских организаций необходимым оборудованием, расходы государства на здравоохранение должны будут составить не менее 4,9% ВВП в 2024 г.

Такие средства позволят укрепить первичное звено (ликвидировать дефицит врачей в участковой службе и врачей-специалистов в поликлиниках), увеличить объемы помощи в дневных стационарах, высокотехнологичной медицинской помощи, реабилитационной, паллиативной, медико-социальной помощи. Система оказания медицинской помощи будет эволюционировать под воздействием развития телемедицины и растущего использования технологий удаленного мониторинга состояния здоровья. Будет улучшено лекарственное обеспечение пациентов стационаров и граждан, имеющих права на льготное получение лекарственных средств. При этом изменения в формах организации оказания медицинской помощи и механизмах ее финансирования будут незначительными.

При данном сценарии частные расходы на здравоохранение, исчисленные в процентах к ВВП, сохранятся в 2024 г. на существующем уровне — 2,0–2,1%.

Улучшение лекарственного обеспечения граждан, внедрение новых медицинских технологий приведут к росту клинической результативности медицинской помощи и улучшению состояния здоровья населения. Вместе с ростом доступности медицинской помощи это обеспечит сохранение, а возможно, и повышение уровня удовлетворенности населения системой здравоохранения.

Однако вследствие незначительных институциональных изменений клинико-экономическая эффективность использования ресурсов системы здравоохранения будет оставаться низкой. Мотивация участников государственной системы здравоохранения к увеличению ее эффективности будет по-прежнему слабой. Здравоохранение будет сохранять затратный характер и продолжать выступать социальной нагрузкой на экономику. Запросы части населения на получение медицинской помощи в соответствии с новейшими технологиями будут в основном удовлетворяться в форме оказания платных медицинских услуг за счет пациентов.

Не говоря уже об отмеченных недостатках сценария, он предполагает столь быстрое и значительное перераспределение государственных средств в пользу здравоохранения, которое при всей его желательности вряд ли будет осуществлено в ближайшие годы.

3.4. Сценарий 4 «Реформы плюс ресурсы»

Данный сценарий предусматривает решение задач улучшения состояния здоровья населения и обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи за счет разумного объединения усилий государства, работодателей и платежеспособной части граждан в финансировании здравоохранения и поэтапного внедрения новых организационных и финансовых механизмов.

Государственные гарантии бесплатного оказания медицинской помощи остаются неизменными, но продолжается их поэтапная конкретизация в части применяемых технологий и сроков ожидания. Целевые показатели повышения оплаты труда медицинских работников, установленные в 2012 г., достигаются в 2018 г. и сохраняются в последующие годы.

В системе оказания медицинской помощи проводятся структурные преобразования, в первую очередь в участковой службе: разукрупнение участков и преобразование участковой службы из подразделений поликлиник в сеть кабинетов (офисов) врачей общей практики. Увеличиваются объемы высокотехнологичной медицинской помощи, бесплатно предоставляемой населению в рамках программы государственных гарантий.

Проводится пересмотр в сторону уточнения состава государственных программ лекарственного обеспечения льготников и соответствующих перечней лекарственных средств. При этом увеличиваются расходы на улучшение лекарственного обеспечения пациентов стационаров и льготников, а также на реализацию программы лекарственного обеспечения амбулаторного лечения пациентов с определенными заболеваниями при софинансировании государства и населения.

Реализация этих мер потребует роста государственного финансирования здравоохранения до 4,3% ВВП в 2024 г.

В системе финансирования здравоохранения проводятся существенные изменения: вводятся прозрачные правила распределения государственных средств, в первую очередь — распределения объемов медицинской помощи по ОМС с учетом реальных затрат и качества оказываемой медицинской помощи, и на этой основе получают развитие конкурентные механизмы формирования заказов на оказание медицинской помощи. Создаются механизмы обеспечения доступа к новым дорогостоящим медицинским технологиям на основе софинансирования государства

и граждан. Внедряются новые модели финансирования льготного лекарственного обеспечения.

При данном сценарии частные расходы на здравоохранение увеличатся с 2,0% ВВП в 2015 г. до 2,1–2,3% ВВП в 2024 г.

Реализуемые меры приведут к повышению уровня удовлетворенности населения системой здравоохранения и росту ее эффективности. Поддержка внедрения новых технологий и использование новых механизмов софинансирования медицинской помощи, оказываемой на их основе, станет фактором превращения здравоохранения в один из драйверов экономики страны. В системе ОМС увеличится доля объемов медицинской помощи, оказываемой частными медицинскими организациями.

Первый и второй сценарии представляются социально и политически неприемлемыми. Третий сценарий, как отмечено выше, вряд ли реализуем по экономическим причинам: возможность такого значительного перераспределения государственных средств в пользу здравоохранения в среднесрочной перспективе малореалистична. Наиболее приемлемым представляется последний сценарий. Именно он конкретизируется далее набором предлагаемых целевых ориентиров, направлений действий и конкретных мер.

3.5. Предлагаемые целевые ориентиры

Для ответа на стоящие перед российским здравоохранением вызовы должна быть изменена траектория его развития. *Из отрасли, целевая ориентация которой ограничена преимущественно профилактикой и лечением заболеваний, охрана здоровья должна стать интегрированной межотраслевой системой, которая способна не только более эффективно решать медицинские и социальные задачи, но и превратиться в один из главных драйверов роста российской экономики.* Сохраняя миссию оказания гражданам помощи при заболеваниях, здравоохранение должно в большей мере обеспечивать их предотвращение и сохранение здоровья граждан, тем самым содействуя максимизации отдачи от человеческого капитала и усилению экономического и политического веса нашей страны.

Это потребует новых целевых показателей результатов развития отрасли.

Традиционно используемый показатель ожидаемой продолжительности жизни целесообразно дополнить показателями ожи-

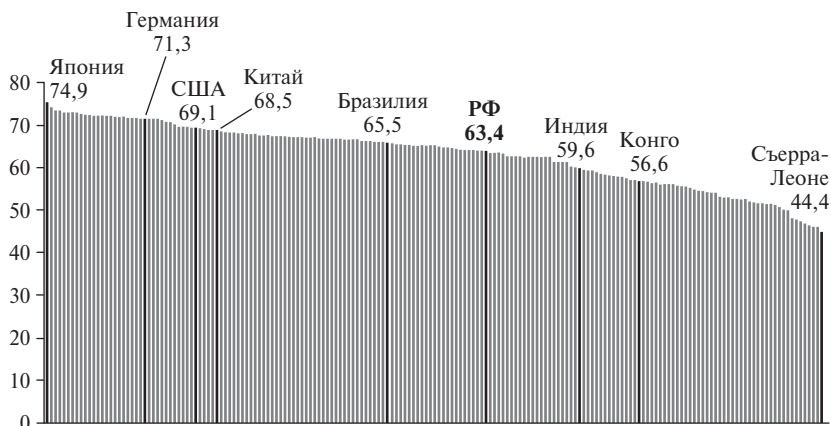


Рис. 6. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни по странам мира в 2015 г., лет

Источник: WHO. Global Health Observatory Data Repository. <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv?lang=en>>.

даемой продолжительности здоровой жизни и индексом активного долголетия. Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (Healthy Life Expectancy), используемый Всемирной организацией здравоохранения, показывает количество лет, которые человек живет без хронических заболеваний, которые бы серьезно осложняли его жизнь и делали его инвалидом. По этому показателю Россия занимает 104-е место в мире (рис. 6).

Индекс активного долголетия (Active Ageing Index) рассчитывается Европейской экономической комиссией ООН. Он состоит из 22 индивидуальных показателей, сгруппированных в четыре субиндекса. Каждый субиндекс характеризует определенную сферу активного долголетия: 1) занятость на рынке труда; 2) участие в жизни общества; 3) независимая, здоровая и безопасная жизнь; 4) создание благоприятных условий для активного долголетия. Значение этого индекса для России соответствует 22-му месту среди стран ЕС (рис. 7).

Вполне реалистичными целевыми ориентирами для развития здравоохранения являются следующие значения указанных показателей в 2024 г.:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении — 76 лет (2015 г. — 71,4 года);

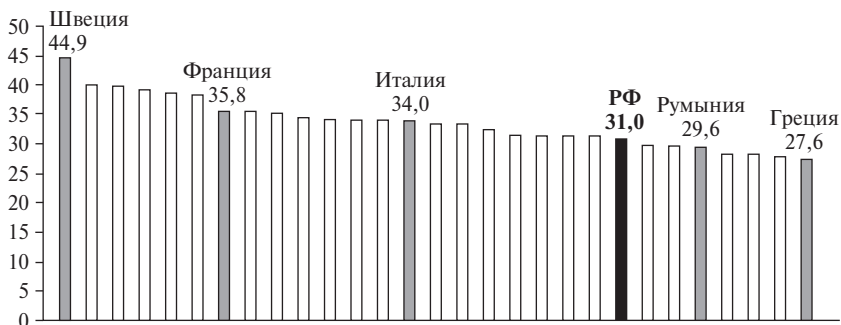


Рис. 7. Индекс активного долголетия в странах ЕС, 2014 г.

Источники: База данных UNECE Statistics Wikis. <<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/П.+Ranking>>; данные по России — расчет НИУ ВШЭ.

- ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении — 68 лет (2015 г. — 63,4 года);
- индекс активного долголетия — 36% (в 2014 г. — 31%).

Рост продолжительности жизни, включая увеличение продолжительности здоровой и активной трудовой жизни, уменьшение периодов временной нетрудоспособности и повышение качества жизни граждан всех возрастов за счет уменьшения бремени заболеваний, может быть обеспечен технологическим развитием здравоохранения, широким использованием биотехнологий, развитием здорового образа жизни, формированием новой модели организации медицинской помощи и новых профессиональных компетенций медицинских кадров.

Основной вклад в **снижение смертности населения в трудоспособном возрасте и прежде всего мужчин** может быть обеспечен за счет профилактики заболеваний, внедрения новой модели первичной медицинской помощи и распространения здорового образа жизни.

Одним из условий существенного увеличения продолжительности здоровой жизни станет целенаправленная синхронизация экономических и технологических изменений с формированием новой социально-психологической атмосферы вокруг темы здоровья. Речь идет об осознании гражданами ответственности за состояние своего здоровья, необходимости собственных усилий по его укреплению и готовности к партнерству с государством в развитии системы здравоохранения.

4. Направления необходимых действий

4.1. Развитие индустрии здоровья на основе новых медицинских технологий

В сфере здравоохранения должен произойти технологический прорыв, выход на принципиально новый технологический уровень решения задач сохранения здоровья. Здравоохранение должно развиваться как индустрия здоровья, использующая новые биомедицинские и информационные технологии.

4.1.1. Поддержка создания новых медицинских технологий

Основными инструментами поддержки создания новых медицинских технологий могут выступать:

- увеличение финансирования фундаментальных исследований в области биомедицины и его организация по грантовому принципу;
- поддержка стартап-проектов в индустрии здоровья, включая:
 - мероприятия по вовлечению общественных профессиональных организаций врачей, ключевых специалистов-клиницистов и организаторов здравоохранения в разработку стартап-проектов, ориентированных на индустрию здоровья;
 - информирование заинтересованных лиц о базовых принципах разработки эффективных и безопасных медицинских устройств;
 - создание системы бизнес-акселераторов на базах крупнейших медицинских вузов;
 - сервисное сопровождение и налоговое стимулирование роста венчурных инвестиций в проекты индустрии здоровья;
- массовая подготовка кадров по разработке медицинской техники и ее эксплуатации в медицинских организациях.

Эти инструменты можно рассматривать в качестве предлагаемых конкретных мер реализации дорожной карты «Хелснет», утвержденной решением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по модернизации экономики и инновационному развитию России от 20 декабря 2016 г., в которой определены цели поддержки развития рынка персонализированных медицинских услуг.

4.1.2. Внедрение инновационных моделей организации оказания медицинской помощи

Новые технологии определяют необходимость перехода к новой модели организации медицинской помощи — к медицине 4П. Это модель, в которой сегодняшняя фокусировка здравоохранения на выявлении и лечении заболеваний замещается фокусировкой на выявлении предрасположенности к развитию заболеваний (П1 — предикция), предотвращении появления заболеваний (П2 — превентивность), индивидуальном подходе к каждому пациенту (П3 — персонализация), мотивированном участии пациента в профилактике заболеваний (П4 — партисипативность).

Движение к новой модели здравоохранения может быть обеспечено изменениями в структуре видов медицинской помощи и в организационных формах их оказания по следующим направлениям:

- на основе новых медико-информационных технологий создание системы дистанционного персонального мониторинга состояния здоровья хронически больных;
- на основе цифровых технологий разработка, внедрение и контроль реализации индивидуальных планов биомедицинских мероприятий;
- концентрация специализированной медицинской помощи в крупных специализированных и многопрофильных клинических центрах;
- развитие виртуальных клиник.

Развитие форм охраны здоровья и оказания медицинской помощи на основе новых медико-информационных технологий может быть обеспечено действиями в следующих направлениях:

- формирование у граждан мотивации и навыков использования новых медико-информационных технологий;
- разработка концепции сквозного («через всю жизнь») формирования и совершенствования у гражданина ИТ-навыков по управлению собственной биомедицинской информацией;
- развитие персонального мониторинга состояния здоровья посредством субсидирования приобретения гражданами, имеющими хронические заболевания, устройств и программ дистанционного контроля состояния здоровья;
- разработка, внедрение и контроль реализации индивидуальных планов биомедицинских мероприятий;

- создание нормативных и материальных условий для скорейшей реализации процесса хранения физическими лицами персональной медицинской информации личного пользования в цифровом виде (персональная электронная карта здоровья, электронный офис здоровья, единое цифровое окно здоровья) и обеспечения безопасности персональных данных;
- развитие телеконсультационной медицинской помощи;
- создание электронных кабинетов для участковых врачей и врачей — узких специалистов с информационными ресурсами по диагностике (включая интерактивные системы консультирования) и лечению пациента;
- развитие виртуальных клиник с контролем по 12 морфофункциональным системам организма человека, в том числе в разных стационарах, амбулаториях и домашних условиях.

4.1.3. Развитие центров экспорта высокотехнологичных медицинских услуг

Россия обладает реальным потенциалом для масштабного увеличения экспорта медицинских услуг, конкурентоспособных по цене и качеству. Этому способствуют:

- традиционно сильные российские клинические школы, признанные на глобальном уровне, фундаментальные и прикладные научные исследования: редактирование генома, биоинформатика, прорывные открытия в офтальмологии, ортопедии, космической медицине и др.;
- лидерские позиции в IT (разработка прикладного программного обеспечения мирового класса), наличие опыта в применении технологий Big Data, необходимых для сервисов персонализированной медицины;
- мощная инфраструктура федеральных клинических центров и медицинских университетов;
- низкие цены на медицинские услуги аналогичного качества по сравнению со странами дальнего зарубежья.

Основными препятствиями для реализации этого потенциала являются неразвитость маркетинга, отсутствие привычного для зарубежных пациентов сервиса и недостаточное владение управленцами сферы здравоохранения теми менеджериальными знаниями и навыками, которые выходят за рамки традиционной деятельности этих медицинских учреждений.

Перспективным направлением развития российского здравоохранения является позиционирование России в мире как нового центра оказания высокотехнологичных медицинских услуг.

Стратегическими направлениями развития экспорта являются:

- медицинские услуги в области нейронаук (neuroscience) в сочетании с образовательными услугами;
- трансграничные диагностические услуги (дистанционная интерпретация результатов лучевых методов исследований, патогистологических препаратов);
- высокотехнологичная хирургия и реабилитация;
- иммунотерапия онкологических заболеваний.

Развитию экспорта может содействовать реализация следующих мероприятий.

- Поддержка на конкурсной основе программ развития ведущих российских клинических центров и реализация проектов государственно-частного партнерства, предусматривающих:
 - оснащение новейшим медицинским оборудованием;
 - обеспечение высокого качества сервисной составляющей медицинских услуг (на условиях государственно-частного партнерства);
 - внедрение новых форм организации управления.
- Создание центра трансграничного медицинского обслуживания в России, обеспечивающего разработку и осуществление маркетинговой стратегии развития экспорта медицинских и образовательных услуг ведущими российскими клиническими центрами.
- Внедрение новых IT-технологий взаимодействия клиентов (пациентов) и страховых медицинских организаций с персоналом российских клинических центров, включая обучение персонала для работы с зарубежными пациентами.

4.2. Развитие здорового образа жизни

4.2.1. Расширение вовлеченности населения в занятия физкультурой и спортом, повышение информированности населения об основных элементах и принципах здорового образа жизни

1. Создание Фонда конкурсной поддержки региональных, местных и гражданских инициатив в области развития здорового образа жизни. Такие инициативы в немалом числе возникают на

уровне регионов, поселений, локальных сообществ и отдельных групп граждан. Они рождаются в государственных и муниципальных органах, в учебных заведениях, медицинских учреждениях, организациях культуры, на предприятиях и в НКО. Разнообразие в данном случае адекватно самой задаче, поскольку потенциал унифицированных, централизованно планируемых мер по развитию здорового образа жизни объективно ограничен. В то же время инициативы зачастую нуждаются в материальной и информационной поддержке, которая при небольших затратах способна приносить высокий эффект, в том числе за счет распространения инициативы за пределы территории, на которой она появилась. Поддержка могла бы оказываться на конкурсной основе, причем решения в этом случае должны приниматься прозрачно при участии представителей общественности. Данному подходу соответствует формат фонда, в управлении которым могли бы совместно участвовать представители государства и общественности, а финансирование которого складывалось бы из сравнительно небольших взносов государства и пожертвований социально ответственного бизнеса.

Предметом поддержки могли бы стать, например, следующие виды инициатив:

- обеспечение доступности для граждан с разным уровнем доходов инфраструктуры для занятий физкультурой и спортом (обустройство спортивных площадок, специальных пешеходных и веломаршрутов, организация недорогого проката инвентаря и оборудования в парках и т.д.);
- приближение фитнес-сервисов к местам проживания людей;
- создание условий для бесплатных занятий массовым спортом в жилых кварталах городов;
- популяризация занятий физической культурой и спортом.

2. Развитие физического воспитания школьников и учащейся молодежи. Включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах общеобразовательных школ.

3. Субсидирование работающему населению платных занятий спортом: установление налоговых вычетов по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом. Механизм предоставления льготы аналогичен льготам по расходам на образование и медицинскую помощь: льготируются документированные расходы на приобретение абонемента/клубной карты

в учреждении, оказывающем соответствующие услуги. Работник может получить льготу как на собственные занятия, так и для ребенка.

4. Широкая пропаганда личной ответственности граждан за состояние своего здоровья.

4.2.2. Продолжение антиалкогольной политики

1. Ужесточение временных ограничений розничной торговли спиртными напитками: целесообразно установить запрет продаж, начиная с 22 часов (сейчас — с 23).

2. Дальнейшее поэтапное увеличение акцизов на водку и другие крепкие алкогольные напитки опережающими темпами в сравнении с акцизами на слабоалкогольные напитки.

3. Увеличение акцизов на слабоалкогольные напитки пропорционально индексу потребительских цен.

4. Периодический (раз в 2–3 года) пересмотр величины штрафов за нетрезвое вождение и за употребление алкогольных напитков в общественных местах. Сейчас штраф за нетрезвое вождение — 30 тыс. руб. (меньше средней месячной зарплаты), штраф за употребление алкоголя в общественных местах — 1 тыс. руб. Практика развитых стран — штрафы на уровне от 10 до 50% среднего годового дохода и от 10 до 30% месячного дохода соответственно.

5. Постепенное ограничение числа точек продажи алкоголя в пределах отдельных территорий (регионов, городов). В России в 2011 г. была одна торговая точка на 500 чел.; после этого запретили торговлю в ларьках и малых павильонах. Для сравнения в Скандинавских странах одна точка на 20–30 тыс. чел. (Швеция, Норвегия), одна точка на 10 тыс. чел. в США. В качестве ориентира до 2035 г. предлагается принять одну точку на 10 тыс. населения (в среднем по стране).

4.2.3. Последовательная реализация мер по снижению распространенности табакокурения и обеспечению защиты населения от последствий пассивного курения

1. Регулярный мониторинг потребления табачной продукции для получения достоверных данных о реальном положении дел с курением и пассивным курением в России.

2. Повышение доступности для различных групп населения и работодателей информации о вреде курения и антитабачном законодательстве.

3. Усиление контроля за соблюдением действующего антитабачного законодательства.

4. Увеличение акцизной составляющей цены табачной продукции в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

5. Стимулирование работодателей к введению на предприятиях мер, направленных на борьбу с курением работников.

6. Регулярная оценка эффективности проводимых мер антитабачной политики с использованием показателей охвата населения, отклика (доля запомнивших информацию о вреде курения, доля предпринявших действия после получения информации и т.д.).

4.3. Обеспечение доступности качественных медицинских услуг

4.3.1. Структурные изменения в системе оказания медицинской помощи и формирование интегрированного здравоохранения

Проводимые в последние годы мероприятия по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности требуют продолжения по следующим направлениям:

- развитие профилактики заболеваний, включая повышение эффективности диспансеризации;
- завершение формирования во всех регионах трехуровневой модели организации медицинской помощи: 1) амбулаторно-поликлинические учреждения, участковые, районные и городские больницы; 2) межрайонные центры; 3) региональные центры оказания специализированной медицинской помощи; определение рациональных маршрутов движения пациентов между уровнями;
- развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи, включая увеличение объемов медицинской помощи в дневных стационарах;
- повышение требований к обоснованности госпитализаций;
- разработка и обновление клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике заболеваний с учетом требований доказательной медицины.

Вместе с тем продолжения этих мер будет недостаточно для повышения доступности и качества медицинской помощи, необходимого для достижения поставленных целей развития здравоохранения. Нужны дополнительные меры, предпринимаемые в следующих направлениях.

1. Преодоление дефицита участковых врачей и переход к общеврачебной модели участковой службы. Это наиболее эффективный способ увеличения масштабов профилактики заболеваний, снижения потребности в вызовах скорой помощи и уменьшения уровня госпитализации.

В действующей модели участковой службы врач-терапевт, как и врач-педиатр, выступают специалистами по нескольким самым простым заболеваниям и операторами примитивных схем маршрутизации пациентов. Такой функционал участкового врача, с одной стороны, делает эту профессию малопривлекательной, а с другой — является в современных условиях препятствием для повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи. Решение этих проблем предлагается обеспечить переходом от терапевтической к общеврачебной модели организации участковой службы. Международные сопоставления свидетельствуют, что в странах с сильной общей врачебной практикой относительно ниже объемы специализированной помощи в расчете на одного жителя, ниже показатели общей смертности и смертности от наиболее распространенных заболеваний.

Новая, общеврачебная модель участковой службы могла бы иметь следующие черты.

- Параллельно функционируют два типа врачей общей практики: для взрослых и для детей. Сохраняется основополагающий принцип отечественной системы здравоохранения — раздельное оказание медицинской помощи для детей и взрослых.
- Врач общей практики выполняет значительно более широкий набор лечебно-профилактических функций по сравнению с участковым врачом-терапевтом и педиатром. В практике европейских стран на уровне врача общей практики начинается и заканчивается лечение 85–95% заболеваний — без направления к специалистам (в России, по самым оптимистичным оценкам, — 70%). Пациентам с несложными заболеваниями не нужно выстаивать очереди к узким специалистам: они могут получить всю необходимую помощь у одного врача.
- Врач общей практики обладает большими знаниями и возможностями для того, чтобы направлять пациентов на консуль-

тацию к нужным специалистам, взаимодействовать с ними в ведении сложных и множественных заболеваний и таким образом координировать оказание пациентам помощи на других этапах лечения.

- Врач общей практики имеет *меньшее по численности прикрепленное население*, чем участковый терапевт и участковый педиатр, что дает ему *возможность больше* времени уделять хроническим больным и *заниматься профилактикой заболеваний*.
- Ряд функций участковых врачей передается среднему медицинскому персоналу (посещение хронически больных на дому, постоянные коммуникации с ними и членами их семей, проведение санитарного просвещения, оформление документации и отчетов и проч.).
- В сельской местности, малых городах, новых районах крупных городов создаются индивидуальные и групповые общеврачебные практики (центры общей практики), оснащенные современным оборудованием. Это приблизит первичную помощь к месту жительства людей и укрепит сельское здравоохранение.
- Врачи общей практики, в случае их готовности работать самостоятельно, могут быть организационно выделены из состава поликлиник и получить хозяйственную автономию, а в перспективе стать отдельными хозяйствующими субъектами.

Реорганизация действующей модели участковой службы должна происходить не одновременно, а постепенно, эволюционным путем — участковые педиатры и терапевты по мере выхода на пенсию замещаются врачами общей практики. Но их численность должна расти темпами, опережающими естественное выбытие участковых врачей, что позволит провести разукрупнение участков.

Трансформация терапевтической модели участковой службы в общеврачебную модель приведет к увеличению числа помощников (фельдшеров и медицинских сестер), приходящихся на одного врача участковой службы.

Переход на модель общей врачебной практики — это фактор повышения эффективности системы здравоохранения в целом: улучшится качество первичной медико-санитарной помощи, включая профилактику заболеваний, их раннее выявление и своевременное лечение. Это в первую очередь позитивно скажется на состоянии здоровья населения в трудоспособном возрасте и снизит потребность в специализированной помощи.

2. Создание восстановительной помощи в качестве отдельного структурного звена в системе оказания и финансирования медицинской помощи. Отказ от практики использования в российских больницах коек хирургического профиля одновременно для интенсивного лечения (в первые несколько дней госпитализации) и для восстановительного лечения до момента выписки пациентов. Это предполагает создание отделений восстановительного лечения в больницах и отдельных реабилитационных стационаров. Эти преобразования позволят сконцентрировать дорогостоящие ресурсы хирургических отделений на оперативном лечении и интенсивной терапии и в конечном итоге сформировать сеть стационаров кратковременного пребывания (в основном хирургического профиля) и стационаров для долгосрочного лечения и реабилитации. Такая реструктуризация даст возможность приблизить среднее время пребывания в хирургических стационарах к современным мировым стандартам (5–6 дней), а последующее долечивание пациентов проводить на менее ресурсоемких койках реабилитационных отделений и реабилитационных стационаров, а затем в амбулаторном звене реабилитации — с использованием менее дорогого оборудования и с более широким участием среднего медицинского персонала.

В качестве составной части восстановительного лечения должна получить развитие геронтологическая помощь, оказываемая врачами-геронтологами в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в специализированных геронтологических отделениях многопрофильных больниц и реабилитационных стационаров.

3. Создание и реализация программ ведения хронических больных и профилактики обострений заболеваний (программ управления хроническими заболеваниями). Такие программы должны разрабатывать в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении для решения следующих задач:

- повысить интенсивность наблюдения за выделенными группами больных с хроническими заболеваниями с наиболее высокими рисками обострений;
- повысить уровень медицинского обслуживания пожилых людей;
- стабилизировать общие затраты, связанные с рисками обострения хронических заболеваний и их перерастания в стадию «катастрофических» состояний;

- стимулировать более активное участие хронически больных в выполнении врачебных назначений.

Целевыми показателями программ управления хроническими заболеваниями могут выступать:

- снижение уровня госпитализации по выделенным хроническим заболеваниям;
- снижение числа койко-дней на одного больного в разрезе выделенных хронических заболеваний;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи на одного больного в разрезе выделенных хронических заболеваний;
- увеличение доли хронически больных с устойчивым улучшением состояния здоровья.

Основными мероприятиями программ управления хроническими заболеваниями могут стать:

- разработка и постоянное обновление реестров хронических больных, их закрепление за участковыми врачами или междисциплинарными группами медицинских работников, возложение на них ответственности за ведение этих больных с установленными целевыми показателями;
- заключение индивидуальных договоров между хроническими больными и медицинскими организациями, устанавливающих взаимные обязательства по выполнению конкретного набора лечебных мероприятий на установленный срок, меры самоподдержки больных, санкции и поощрения за нарушение и соблюдение назначений врача, возможность диалога с помощью электронных средств;
- дистанционный мониторинг состояния пациентов и онлайн-консультирование;
- участие штатных врачей больниц в организации послебольничного лечения пациентов обслуживания посредством обучения и консультирования врачей поликлиник, выборочного контроля за выполнением рекомендаций после выписки больного из стационара.

В качестве необходимых действий на федеральном уровне по обеспечению условий для реализации программ управления хроническими заболеваниями следует осуществить:

- организацию апробации программ управления хроническими заболеваниями и разработку модельных программ для их широкого внедрения;

- массовую подготовку патронажных медицинских сестер;
- массовую подготовку медсестер с правом самостоятельного ведения определенных категорий больных;
- введение новых, интегрированных методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, основанных на общем тарифе на этапы интенсивной помощи и реабилитации. Это создаст стимулы к повышению качества интенсивной помощи (возвращение в стационар с осложнениями не будет оплачиваться как новый случай лечения), а также усилит координацию различных медицинских служб и обеспечит преемственность их действий.

4. Усиление координации и преемственности в оказании медицинской помощи:

- формирование клинических рекомендаций по лечению заболеваний с акцентом на обеспечение последовательных действий врачей и среднего медицинского персонала на разных этапах лечения;
- разработка регламентов действий врачей поликлиник после завершения госпитализации больных, устанавливающих жесткие правила обеспечения преемственности лечения и реабилитации, более тесные коммуникации врачей поликлиник и стационаров.

5. Изменение порядка разработки и пересмотра клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике заболеваний с учетом экономических возможностей их использования. Введение международной экспертизы проектов клинических рекомендаций.

6. Увеличение объемов оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам.

7. Обеспечение доступности неотложной и специализированной помощи жителям отдаленных территорий с малым количеством проживающих путем развития региональной санитарной авиации для соблюдения требований «золотого часа».

8. Территориальное планирование согласованного развития государственной и ведомственных систем здравоохранения с перспективой интеграции ведомственных медицинских организаций в территориальные системы здравоохранения. Инструментом такого планирования могут стать территориальные программы развития здравоохранения. Законодательно должны быть установлены

обязанность субъектов Российской Федерации разрабатывать такие программы и обязанность участия в этом процессе федеральных органов власти, государственных и негосударственных организаций, являющихся учредителями медицинских организаций.

9. Развитие форм интеграции медицинской и социальной помощи:

- разрешение медицинским организациям оказывать социальную помощь с выделением социальных коек и оплатой такой помощи из бюджетов и личных средств пациентов;
- разрешение учреждениям социальной защиты оказывать определенные виды медицинской помощи (паллиативную помощь и т.п.);
- перепрофилирование части коечного фонда учреждений здравоохранения в сельских районах, не обеспеченного объемами медицинской помощи по программе государственных гарантий, в койки социальной направленности с применением механизмов государственно-частного партнерства.

В результате реализации мероприятий по повышению эффективности системы оказания медицинской помощи, включая сокращение числа вызовов скорой медицинской помощи, уровня госпитализации и средней длительности госпитализации за счет развития профилактики заболеваний, перехода к общеврачебной модели участковой службы, внедрения программ управления хроническими заболеваниями, в 2024 г. может быть обеспечена внутрисистемная экономия в размере не менее 0,1% ВВП.

Создание сети стационаров, дифференцированных по степени интенсивности лечения (стационаров с высокой интенсивностью лечения и короткими сроками пребывания и стационаров для долгосрочного лечения и реабилитации), может позволить получить в 2024 г. внутрисистемную экономию также в размере около 0,1% ВВП.

4.3.2. Развитие кадрового потенциала

Повышению социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников может содействовать реализация следующих мер.

1. Сохранение после 2018 г. уровня оплаты труда врачей не менее 200% от средней зарплаты по экономике региона, среднего медицинского персонала — 100% и обеспечение его строгой увязки с интенсивностью и качеством выполняемой ими работы.

2. Повышение заработной платы врачей общей практики до 250% от средней по экономике региона. Это необходимый инструмент привлечения и закрепления персонала общих врачебных практик.

3. Повышение оплаты труда врачей ведущих клинических и научных центров до уровня 350% от средней зарплаты по экономике региона. Такой уровень оплаты труда необходим для укрепления социального статуса врачей, оказывающих инновационную по своему характеру медицинскую помощь, предотвращения перетока высококвалифицированных специалистов в другие страны, стимулирования роста их профессионального мастерства и ослабления мотивации к получению неформальной оплаты от пациентов.

4. Реализация программы строительства служебного жилья для медицинских работников, в том числе для врачей, фельдшеров и медицинских сестер общей (семейной) практики, а также врачей-специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях в сельской местности и малых городах.

5. Реализация информационных и социально-культурных мер, направленных на восстановление доверия пациента к медицинским работникам, уважения к медицинской деятельности.

Совершенствование медицинского образования:

1. Изменения в структуре подготовки медицинских кадров для устранения дефицитов в кадровом составе медицинских организаций:

- расширение целевого приема студентов с обязательствами работы по дефицитным специальностям;
- регулирование структуры приема в ординатуру с акцентом на подготовку врачей по специальности «Общая врачебная практика» и других дефицитных специальностей (гематологи, проктологи, ревматологи и др.), в том числе приема на внебюджетные места.

2. Реализация программ обучения управленцев сферы здравоохранения экономике и менеджменту.

3. Создание нормативной и методической базы, обеспечивающей постоянное обновление программ медицинских вузов и учреждений дополнительного образования с целью своевременного и полноценного учета новейших достижений мировой медицинской науки и медицинских технологий.

4. Существенно более широкое привлечение ведущих зарубежных специалистов к обучению и повышению квалификации

врачей и организаторов здравоохранения в интересах интенсификации обмена знаниями и навыками. Создание системы независимой аккредитации российских врачей, проводимой с участием, в том числе, зарубежных медиков.

5. Введение экономических механизмов, повышающих заинтересованность ведущих медицинских клиник в предоставлении клинической базы для обучения студентов, включая формирование тарифов в системе ОМС, отражающих реальный вклад медицинских клиник в процесс обучения, предоставление существенных надбавок персоналу, участвующему в этом процессе, бюджетное финансирование расширения образовательных аудиторий и их технического оснащения.

6. Создание новых университетских клиник и организация в них практической стажировки студентов на рабочих местах.

7. Проведение внешней аттестации преподавателей медицинских вузов с участием в том числе зарубежных специалистов.

8. Обеспечение широкого участия преподавателей медицинских вузов в международных образовательных программах.

9. Увеличение срока послевузовской подготовки врачей на 3–5 лет.

4.3.3. Создание системы эффективного лекарственного обеспечения

1. Расширение использования принципов доказательной медицины в государственных программах и в работе медицинских учреждений:

- рационализация лекарственной терапии (использование только клинически эффективных лекарств), предусматриваемой стандартами/клиническими рекомендациями оказания медицинской помощи при заболеваниях; исключение из госзакупок препаратов, не имеющих доказанной клинической эффективности;
- пересмотр перечней лекарственных средств, используемых в программах льготного лекарственного обеспечения, на основе последовательного применения оценок сравнительной клинико-экономической эффективности.

2. Расширение практики финансирования государством лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении. С этой целью может быть принят ряд новых программ, в том чис-

ле предусматривающих при необходимости совместное финансирование приобретения лекарств государством и пациентом.

- Реализация программы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, а также ишемической болезни с целью контроля давления и профилактики осложнений в виде стенокардии, инфарктов и инсультов. Программа может предусматривать сооплату пациентами части стоимости лекарственных средств из установленного в ее рамках перечня препаратов, снижающих кровяное давление. Остальная часть стоимости оплачивается из бюджетных средств.
- Реализация программы лекарственного обеспечения пациентов после инфаркта, инсульта и операций на сосудах. Программа может предусматривать сооплату лекарств для пациентов, перенесших инфаркт, инсульт и операции на сосудах и возмещение части стоимости из бюджетных средств.
- Реализация программы лекарственного обеспечения пациентов с установленным набором хронических заболеваний (бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких, диабетом и др.). При этом пациенты оплачивают только часть стоимости лекарств. Процент сооплаты должен зависеть от цены препарата и заболевания.

3. Улучшение лекарственного обеспечения пациентов при стационарном лечении за счет увеличения затрат на лекарственное обеспечение в составе тарифов на оплату законченных случаев стационарного лечения. Это расширит возможности применения эффективной лекарственной терапии в больничных учреждениях.

4. Пересмотр состава государственных программ лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Определение категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение по наличию определенных заболеваний и установление для них запрета на выход из программы; монетизация прав на льготное обеспечение по другим основаниям (социальный статус).

5. Переход к модели финансирования льготного лекарственного обеспечения на основе механизма референтных цен, определяющих максимальный размер возмещения цены препарата за счет государства.

6. Снижение порога предельной отпускной цены на воспроизведенный лекарственный препарат (дженерик).

7. Регулярный пересмотр регистрируемых предельных цен на импортируемые лекарственные препараты на основе цен в референтных странах.

8. Внедрение в практику государственных закупок лекарственных средств механизма разделения рисков и разделения расходов.

4.4. Повышение эффективности системы финансирования здравоохранения

Финансовое обеспечение государственных гарантий оказания медицинской помощи должно и в дальнейшем осуществляться за счет государственных средств. Содержание гарантий должно обновляться, но, в силу прогнозируемой исключительно быстрой модернизации медицинских технологий, государство вряд ли сможет сразу вслед за появлением всех наиболее значимых дорогостоящих инноваций обеспечивать их общедоступность на бесплатной основе. Практически неизбежным в таких обстоятельствах становится выбор между: а) длительной консервацией устаревающих методов профилактики и лечения; б) не вполне прозрачными, потенциально коррупциогенными схемами доступа к новым технологиям; в) частичным использованием рыночных механизмов их освоения в сочетании со льготами для наиболее нуждающихся граждан. Следует учитывать, что немалая часть населения готова платить за доступ к комфортному лечению и высоким технологиям, в том числе используя так называемый медицинский туризм.

Формы финансирования здравоохранения должны измениться, чтобы обеспечить эффективное использование увеличивающихся финансовых потоков. От распределительной системы финансирования медицинских услуг, прикрытой страховыми одедами, нужно будет перейти к системе, обеспечивающей страхование здоровья и мотивацию ее участников к росту эффективности.

Выход из существующей ситуации неэффективного равновесия экономических интересов участников системы здравоохранения и переход к новой модели финансирования целесообразно осуществить таким образом, чтобы дать возможность как медицинским организациям, так и гражданам безболезненно адаптироваться к изменениям, а государственным органам — провести

детальную подготовительную работу, в том числе пилотную апробацию нововведений.

На *первом этапе*, который может занять 2 года, следует изменить правила взаимодействия между этими участниками без изменений в их конфигурации в системе финансирования. Необходимо реализация мер по повышению доказательности государственного финансирования медицинской помощи и прозрачности использования финансовых и материальных ресурсов медицинскими учреждениями. Они должны сократить масштабы неэффективных затрат ресурсов.

1. Создание систем персонифицированного учета в стационарах фактических затрат лекарственных средств и медицинских расходных материалов (тест-системы, реагенты, контрастные вещества, одноразовый инструментарий, перевязочные средства и т.д.). Это необходимая мера для повышения прозрачности использования финансовых и материальных ресурсов медицинскими учреждениями и ограничения возможностей хищений.

2. Повышение доказательности государственного финансирования медицинской помощи:

- внедрение новых методов расчета тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, обеспечивающих точное отражение необходимых затрат;
- введение детализированных прозрачных правил распределения объемов медицинской помощи по ОМС с учетом реальных затрат и качества оказываемой медицинской помощи, развитие на этой основе конкурентных механизмов формирования заказов на оказание медицинской помощи;
- развитие института оценки сравнительной клинико-экономической эффективности медицинских технологий (в том числе новых лекарственных препаратов); создание нескольких центров оценки медицинских технологий; установление обязательности использования сравнительных оценок клинико-экономической эффективности медицинских технологий при формировании списков лекарственных препаратов, выступающих предметом закупок за счет государственных средств, при разработке и пересмотре стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях.

Одновременно должна произойти доработка обсуждаемых научной общественностью в настоящее время предложений о мерах,

которые позволили бы придать системе ОМС большую гибкость. Не анализируя здесь детали этих предложений, следует отметить, что их объединяет ориентация на:

- развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;
- повышение эффективности использования государственных и частных средств, направляемых на здравоохранение;
- расширение возможностей участия граждан в финансировании медицинской помощи сверх государственных гарантий.

Вместе с тем реализацию даже наиболее убедительных предложений в такой социально чувствительной сфере, как здравоохранение, целесообразно проводить сначала в формате пилотных проектов, как правило, на уровне небольшого числа регионов. Апробация с помощью таких проектов новых механизмов взаимодействия участников системы финансирования здравоохранения (государственных органов, фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний, медицинских организаций, граждан) могла бы составить содержание *второго этапа* преобразований, который, по-видимому, займет 3—4 года.

На *третьем этапе* продолжительностью 2—3 года может осуществляться широкое внедрение тех новых механизмов финансирования, которые в наибольшей мере оправдают себя в ходе реализации пилотных проектов. В последующие годы целесообразно проводить тонкую настройку финансовых механизмов для достижения новой точки эффективного равновесия интересов.

Научное издание

**Здравоохранение: современное состояние
и возможные сценарии развития**

Доклад НИУ ВШЭ

Подписано в печать 08.04.2017. Формат 60×88 1/16
Гарнитура Newton. Усл. печ. л. 3,4. Уч.-изд. л. 2,65
Тираж 500 экз. Изд. № 2110. Заказ №

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»
101000, Москва, ул. Мясницкая, 20
Тел.: (495) 772-95-90 доб. 15285

