



ЦЕНТР
СТРАТЕГИЧЕСКИХ
РАЗРАБОТОК

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ
КАПИТАЛ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НЕОБХОДИМЫЕ ОТВЕТЫ НА ВЫЗОВЫ ВРЕМЕНИ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

МОСКВА
ФЕВРАЛЬ 2018

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

ШИШКИН СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

(руководитель авторского коллектива)
доктор экономических наук,
директор Центра политики в сфере здравоохранения, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

БОЯРСКИЙ СЕРГЕЙ ГЕОРГИЕВИЧ

кандидат медицинских наук, доцент кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

ВЛАСОВ ВАСИЛИЙ ВИКТОРОВИЧ

доктор медицинских наук,
профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, вице-президент Общества специалистов доказательной медицины, член экспертного комитета по медицинским исследованиям Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения

ЗАСИМОВА ЛЮДМИЛА СЕРГЕЕВНА

кандидат экономических наук,
доцент департамента прикладной экономики НИУ ВШЭ

КОЛОСНИЦЫНА МАРИНА ГРИГОРЬЕВНА

кандидат экономических наук, профессор департамента прикладной экономики НИУ ВШЭ университете в Санкт-Петербурге

КУЗНЕЦОВ ПЕТР ПАВЛОВИЧ

доктор медицинских наук,
профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

ОВЧАРОВА ЛИЛИЯ НИКОЛАЕВНА

доктор экономических наук,
директор Института социальной
политики НИУ ВШЭ

СТЕПАНОВ ИЛЬЯ МИХАЙЛОВИЧ

директор Центра новых технологий
управления бюджетными услугами
Института государственного
и муниципального управления
НИУ ВШЭ

ХОРХИНА НАТАЛЬЯ АЛЕКСЕЕВНА

кандидат педагогических наук,
доцент департамента прикладной
экономики НИУ ВШЭ

ШЕВСКИЙ ВЛАДИМИР ИЛЬИЧ

заслуженный врач РФ,
консультант НИУ ВШЭ

ШЕЙМАН ИГОРЬ МИХАЙЛОВИЧ

кандидат экономических наук,
профессор кафедры управления
и экономики здравоохранения
НИУ ВШЭ

ЯКОБСОН ЛЕВ ИЛЬИЧ

доктор экономических наук, первый
проректор НИУ ВШЭ, профессор
департамента прикладной
экономики, научный руководитель
Центра исследований гражданского
общества и некоммерческого
сектора

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ.....	5
2. РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ.....	6
2.1. Состояние здоровья российских граждан.....	6
2.2. Расходы на здравоохранение.....	8
2.3. Система здравоохранения в оценках российских граждан.....	8
2.4. Проблемы организации и оказания медицинской помощи.....	11
2.5. Проблемы системы финансирования здравоохранения.....	13
2.6. Новые экономические и технологические вызовы.....	14
3. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	17
4. НАПРАВЛЕНИЯ НЕОБХОДИМЫХ ДЕЙСТВИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	24
4.1. Технологический прорыв в здравоохранении.....	24
4.1.1. Поддержка создания новых медицинских технологий.....	24
4.1.2. Внедрение инновационных моделей организации оказания медицинской помощи.....	25
4.1.3. Развитие центров экспорта высокотехнологичных медицинских услуг.....	26
4.2. Развитие здорового образа жизни.....	28
4.2.1. Расширение вовлеченности граждан в занятия физкультурой и спортом, повышение их информированности об основных элементах и принципах здорового образа жизни.....	28
4.2.2. Продолжение антиалкогольной политики.....	30
4.2.3. Последовательная реализация мер по снижению распространенности табакокурения и обеспечению защиты населения от последствий пассивного курения.....	31
4.2.4. Содействие распространению здорового питания.....	31
4.3. Обеспечение доступности качественных медицинских услуг.....	32
4.3.1. Структурные изменения в системе оказания медицинской помощи и формирование интегрированного здравоохранения.....	32
4.3.2. Развитие кадрового потенциала.....	40
4.3.3. Создание системы эффективного лекарственного обеспечения.....	42
4.4. Повышение эффективности систем управления и финансирования здравоохранения.....	44
5. РЕСУРСЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	52

1.

ВВЕДЕНИЕ

Успехи развития России в будущем во многом зависят от динамики развития человеческого капитала. На его качество в первую очередь влияют системы образования и здравоохранения. Лидерство в мировой экономике в будущем будет все в большей мере определяться конкурентоспособностью страны на глобальных рынках образовательных и медицинских технологий и услуг.

Сейчас положение России в этих областях трудно назвать выигрышным. По основным показателям состояния здоровья граждан мы проигрываем всем развитым странам, сферу здравоохранения люди рассматривают как наиболее желаемое направление государственных инвестиций. Меры, связанные с повышением качества и доступности медицинской помощи, находятся в числе самых насущных ожиданий граждан от госполитики. И такие меры должны войти в состав ее главных приоритетов на 2018–2024 гг.

2.

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ

2.1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН

Современное состояние российской системы здравоохранения вызывает неоднозначную оценку. Средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении существенно выросла в последнее десятилетие: с 65,4 года в 2005 году до 71,9 года в 2016 году и, по предварительной оценке, достигла 72,6 года в 2017 году. Это выше среднемирового уровня (71,4 года в 2015 г.)¹, но сохраняется значительный разрыв — примерно 8 лет — с европейскими странами (80,6 года в 2015 году)².

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 (*рисунок 1*) почти в 2 раза превышает среднеевропейский показатель (в 2015 г. — 325 и 168 на 1 000 соответственно). Лишь в 18 африканских странах и воюющей Сирии этот показатель выше, чем в России.

Менее половины взрослых российских граждан оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее (42% в 2017 г.)³, в то время как среди граждан ЕС доля таких оценок превышает две трети

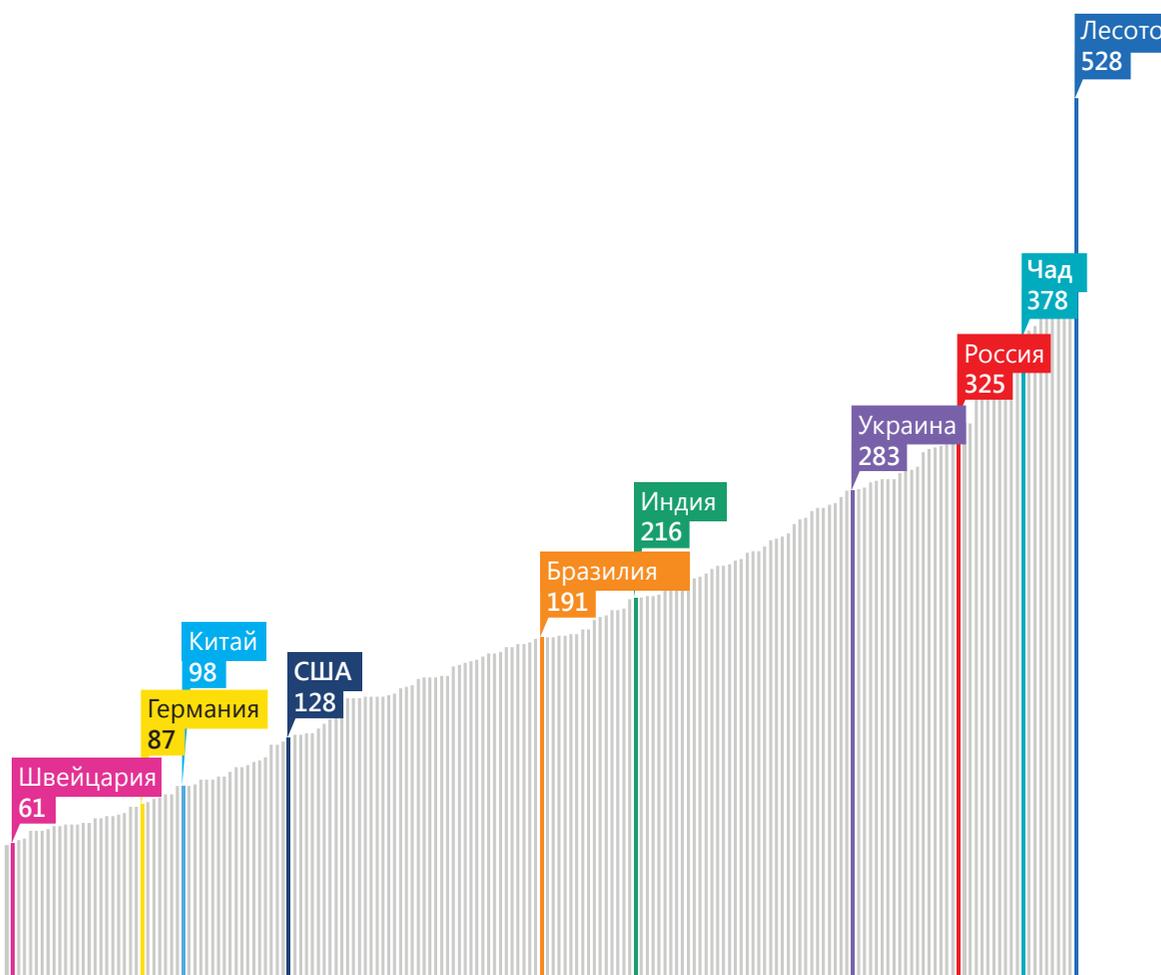
¹ WHO. *Global Health Observatory data repository*. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>

² Eurostat data. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

³ По данным исследования НИУ ВШЭ.

(68% в 2016 г.)⁴. Хуже в сравнении с западными странами у нас обстоит дело с вовлеченностью населения в охрану и сбережение собственного здоровья, в том числе за счет двигательной активности, использования верифицированных источников сетевой информации, применения персональных устройств мониторинга состояния здоровья и т. д. Продолжает нарастать 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.

Рисунок 1. Коэффициент смертности (вероятность смерти) взрослых мужчин в возрасте от 15 до 60 лет на 1 000 человек населения в 2015 г.



Источник: WHO. Global Health Observatory data repository. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=64

⁴ Eurostat data. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

2.2. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

По ежегодным суммарным государственным и частным расходам на здравоохранение наша страна находится на уровне развивающихся государств (в России в последние годы — 5-6% ВВП; в Бразилии — 8-9%, в Китае — 5%, в Индии — 4%), но заметно отстает от уровня развитых (Канада — 10% ВВП, Германия — 11%, Франция — 11%). Пересчитанный по паритету покупательной способности объем ежегодных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (1 414 \$ в 2015 г.) в России немного превышает уровень Бразилии (1 392 \$) и в 1,9 раза — уровень Китая (762 \$), но уступает уровню Великобритании почти втрое (4 145 \$), а Германии — в 4 раза (5 357 \$)⁵.

При сопоставимом пакете гарантий оказания медицинской помощи гражданам российские госрасходы на здравоохранение (в последние годы — примерно 3,2-3,4% ВВП) заметно ниже уровня расходов в странах ЕС (7,2% ВВП)⁶ и ОЭСР (6,5% ВВП)⁷.

2.3. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОЦЕНКАХ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН

Здоровье устойчиво занимает *первое место в приоритетах россиян*, опережая безопасность, стабильный заработок, экологию и др., а удовлетворенность доступностью медицинской помощи, напротив, является наименьшей среди характеристик удовлетворенности жизнью⁸.

Состояние системы здравоохранения вызывает тревогу в российском обществе, и степень этой тревоги усиливается. Именно сферу здравоохранения россияне считают одной из трех основных проблем страны (*рисунок 2*), причем доля граждан, которые называют проблемы здравоохранения наиболее значимыми, растет в последние годы самыми высокими темпами (увеличение в 2,4 раза в 2014–2016 гг.)⁹.

Российские граждане ждут от государства большего сосредоточения сил в первую очередь именно в здравоохранении. Согласно опросу ВЦИОМ в ноябре 2016 г., здравоохранение занимает первое место в ответах на вопрос, на чем в своей деятельности следует в первую очередь сосредоточиться Общероссийскому народному

⁵ WHO. Global Health Expenditure Database. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>

⁶ WHO. European health for all database (HFA-DB) <http://data.euro.who.int/hfad/>

⁷ OECD Factbook. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook_18147364

⁸ Опрос ВЦИОМ, октябрь 2017. <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116472>

⁹ Опросы ВЦИОМ, декабрь 2014 — декабрь 2016. <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116014>

фронту¹⁰. А согласно исследованию НИУ ВШЭ (рисунок 3, опрос проводился в декабре 2016 г.), развитие больниц и поликлиник и повышение зарплат медицинскому персоналу с большим отрывом занимают в представлениях граждан первое место среди задач, на решение которых государство должно направлять больше средств, чем сейчас.

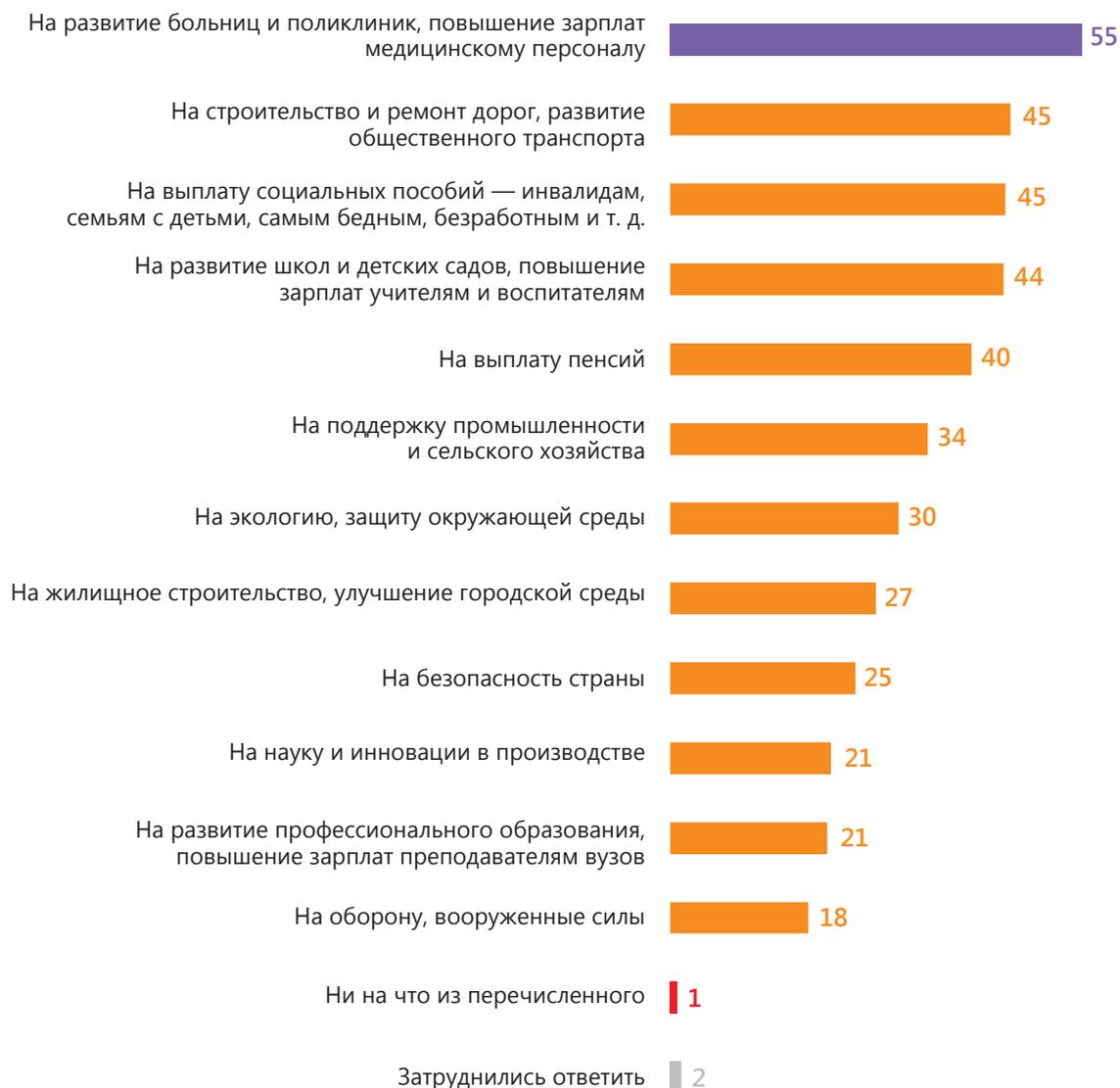
Рисунок 2. Распределение ответов российских граждан о том, какие проблемы они считают наиболее значимыми в масштабах страны, декабрь 2016 г., %



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

¹⁰ Опрос ВЦИОМ, ноябрь 2016. <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115960>

Рисунок 3. Распределение ответов российских граждан на вопрос о том, на что в первую очередь государство должно направлять больше средств, чем сейчас (можно было выбрать от 1 до 5 ответов), декабрь 2016 г., %



Источник: исследование НИУ ВШЭ

Какие проблемы российского здравоохранения отмечают россияне в первую очередь? Самые «больные» вопросы – недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей, недоступность медицинской помощи из-за дороговизны лекарств и медицинских услуг, недостаточность современного оборудования (рисунок 4).

Рисунок 4. Распределение ответов российских граждан на вопрос о том, какие проблемы российского здравоохранения должны решаться в первую очередь (можно было выбрать от 1 до 3 ответов), %



Источник: опрос ВЦИОМ, ноябрь 2017. <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534>

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

2.4. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Главными препятствиями для адекватного ответа российского здравоохранения на ожидания граждан являются **недостаточность ресурсного обеспечения в сочетании с нереализованностью многочисленных резервов повышения эффективности использования имеющихся материальных, трудовых и финансовых ресурсов.**

Системе оказания медицинской помощи присущи проблемы, которые не решаются долгое время:

- низкое качество первичной медико-санитарной помощи, прежде всего оказываемой в участковой службе. Измеренный по 25 показателям уровень развития участковой службы в России заметно ниже, чем во всех постсоветских странах Европы¹¹. Соответственно, в России относительно выше показатели уровня госпитализации, числа койко-дней на одного жителя, объемов скорой медицинской помощи;
- дефицит кадров первичного звена: не хватает 30% участковых терапевтов и 10% участковых педиатров. 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;
- недостаточные в сравнении с имеющимися потребностями уровни развития геронтологической, реабилитационной, медико-социальной помощи, лабораторно-диагностической службы;
- при существующих медицинских технологиях и участковой службе сохраняется дефицит узких специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в частности, гематологов — 14%, проктологов — 31%, ревматологов — 69%;
- недостаток компетенций медицинских кадров. Происходит устойчивое снижение уровня квалификации медицинских кадров, которые готовит система профессионального образования;
- слабая мотивация медиков к повышению качества медицинской помощи;
- недостаток кооперации между разными звеньями оказания медицинской помощи: диагностическими центрами, поликлиниками, больницами, реабилитационными службами.

Использование современных технологий тормозится недостаточным текущим финансированием и неполноценной подготовкой работников, прежде всего — врачей. С середины XX века в стране до последнего времени не была создана система послеузовской подготовки врачей, адекватная современным требованиям. 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.

¹¹ По результатам исследования НИУ ВШЭ, 2016 г.

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.

2.5. ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Недостаток государственного финансирования порождает разрыв между гарантиями бесплатного лечения и реальными практиками получения медицинской помощи за плату и создает серую зону взаимоотношений между медиками и пациентами. Основная часть российских граждан получает медицинскую помощь бесплатно. Так, по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, в 2016 г. 85% граждан, обратившихся за амбулаторной помощью, получили ее без какой-либо оплаты; полностью бесплатно лечились 75% пациентов стационаров. Но из-за недофинансирования здравоохранения возможности получения качественной медицинской помощи существенно различаются для жителей разных регионов и разных типов населенных пунктов. Следствием недофинансирования становится неформальное рacionamento гарантированного набора бесплатных медицинских услуг их поставщиками, что подрывает доверие к общественному здравоохранению.

Создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и другие изменения в механизмах финансирования здравоохранения, которые произошли за последнюю четверть века, не привели к формированию у участников этой системы (органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых медицинских организаций, государственных медицинских учреждений) достаточной мотивации к повышению эффективности использования ресурсов.

Практики распределения между медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи по ОМС непрозрачны и не основаны на сравнении результатов деятельности медицинских организаций. Органы здравоохранения и фонды ОМС направляют основные средства на поддержание государственных медицинских учреждений. Только 1,1% расходов ОМС в 2016 г. приходилось на частные клиники.

Страховые медицинские организации в системе ОМС должны играть роль контролера качества услуг здравоохранения, отстаивать интересы пациента, но на деле их оценки не влияют на менеджмент медучреждений. По сути, страховые компании являются простыми трансляторами средств ОМС в медицинские учреждения безотносительно к результатам лечебно-профилактической работы.

Формальные правила оказания и финансирования медицинской помощи в значительной степени дополняются неформальными отношениями и теневыми потоками средств. Сфера здравоохранения все еще характеризуется недостаточно четкими правилами 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.

2.6. НОВЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ

Долгосрочными факторами роста потребности в медицинской помощи выступают старение населения и сокращение численности граждан в трудоспособном возрасте.

Согласно демографическим прогнозам, наша страна входит в период ускоренного роста доли и численности пожилых людей и сокращения численности граждан в трудоспособном возрасте. За период с 2015 г. по 2027 г. численность населения в возрасте, старше трудоспособного, увеличится на 7,2 млн чел., а численность занятых в экономике может уменьшиться на 5,6 млн чел.

Старение населения означает усложнение патологий, развитие множественных хронических заболеваний и соответствующий рост потребности в оказании медицинской помощи.

При прогнозируемом уменьшении численности граждан в трудоспособном возрасте настоятельной потребностью становится **сбережение трудоспособного населения 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.

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.

Между тем налицо углубляющееся технологическое отставание российского здравоохранения от здравоохранения западных стран. Так, 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 три 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 субъектах РФ радиотерапия недоступна или выполняется на устаревших малопродуктивных 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, составляет у нас 2-5%¹². 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.

Разработка и внедрение новых технологий тормозится дефицитом кадров, обладающих необходимыми компетенциями для создания медицинской техники и ее эксплуатации в медорганизациях.

Развитие мировой индустрии здоровья будет оказывать усиливающееся 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 рубля¹³. 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 полноправным участником глобальной конкуренции за лидерство в медицинских технологиях или оставаться в роли только потребителя достижений мировой индустрии здоровья и смириться с технологическим отставанием 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. Новые медицинские и информационные технологии (молекулярно-

¹² <http://kommersant.ru/doc/3143084>

¹³ <http://www.finmarket.ru/main/article/4385120>

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. По данным наукометрических показателей, услуги биомедицины вместе с IT-индустрией стали лидерами развития технологий экономики знаний и становятся драйверами экономического роста.

Объем ресурсов, направляемых в сферу здравоохранения в развитых экономиках, превышает половину доли всей промышленности в ВВП¹⁴. Ускоренное развитие индустрии здоровья становится ведущим трендом экономики XXI века. Можно уверенно утверждать, что сдвиг ядра экономики от промышленности к здравоохранению, образованию и науке сыграет в XXI веке точно такую же роль, которую в XIX веке 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.

Рост потребностей в медицинской помощи вместе с удорожанием новых медицинских технологий будут требовать роста государственных затрат на здравоохранение не менее чем на 1,8% ВВП (с 3,2% в 2016 г. до 5% в 2035 г.). Соответственно, предстоит сделать нелегкий выбор между следующими вариантами действий: а) отказ от адекватного повышения расходов, чреватый глубоким долговременным отставанием и массовым недовольством населения; б) увеличение государственного финансирования отрасли в реальном выражении в 1,8 раза в 2024 г. и в 3 раза в 2035 г.; в) разумное объединение усилий государства, работодателей и платежеспособной части граждан. Наиболее приемлемым представляется последний вариант, предполагающий в том числе развитие как обязательного медицинского страхования (неактуарного), так и рыночного добровольного медицинского страхования (актуарного).

¹⁴ В 2014 г. доля промышленности в ВВП стран ОЭСР составила 24,2%, а расходы на здравоохранение — 12,4%. (The World Bank. World Development Indicators).

3.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

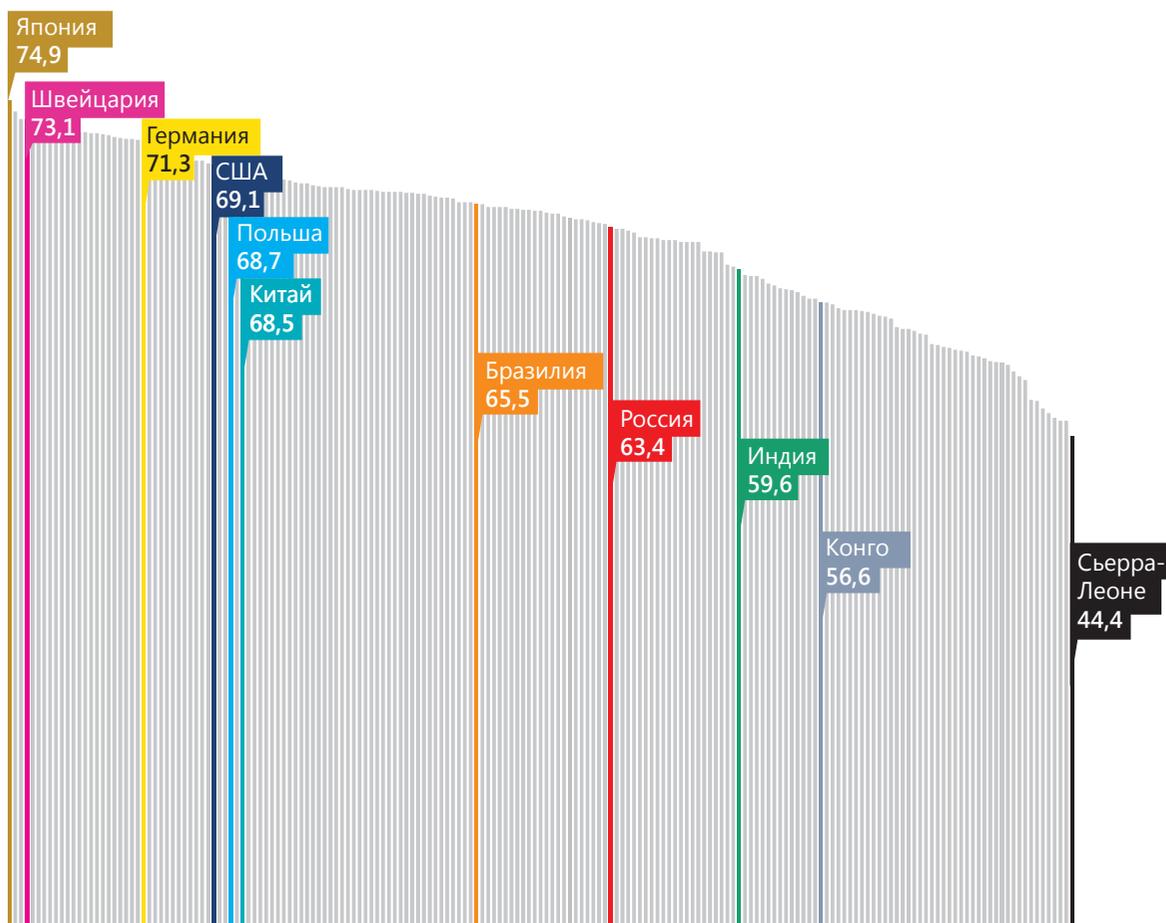
Увеличение продолжительности жизни и укрепление здоровья российских граждан является главной целью развития здравоохранения.

Достижение этой цели при тех вызовах, которые стоят перед российским здравоохранением, требует изменения траектории его развития. Из отрасли, ориентация которой ограничена преимущественно выявлением и лечением заболеваний, охрана здоровья должна стать интегрированной межотраслевой системой, которая способна не только более эффективно решать медицинские и социальные задачи, но и быть одним из главных драйверов роста российской экономики. Сохраняя миссию оказания гражданам помощи при заболеваниях, здравоохранение должно в большей мере обеспечивать их предотвращение и сохранять здоровье 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 ожидаемой 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 место в мире (рисунок 5).

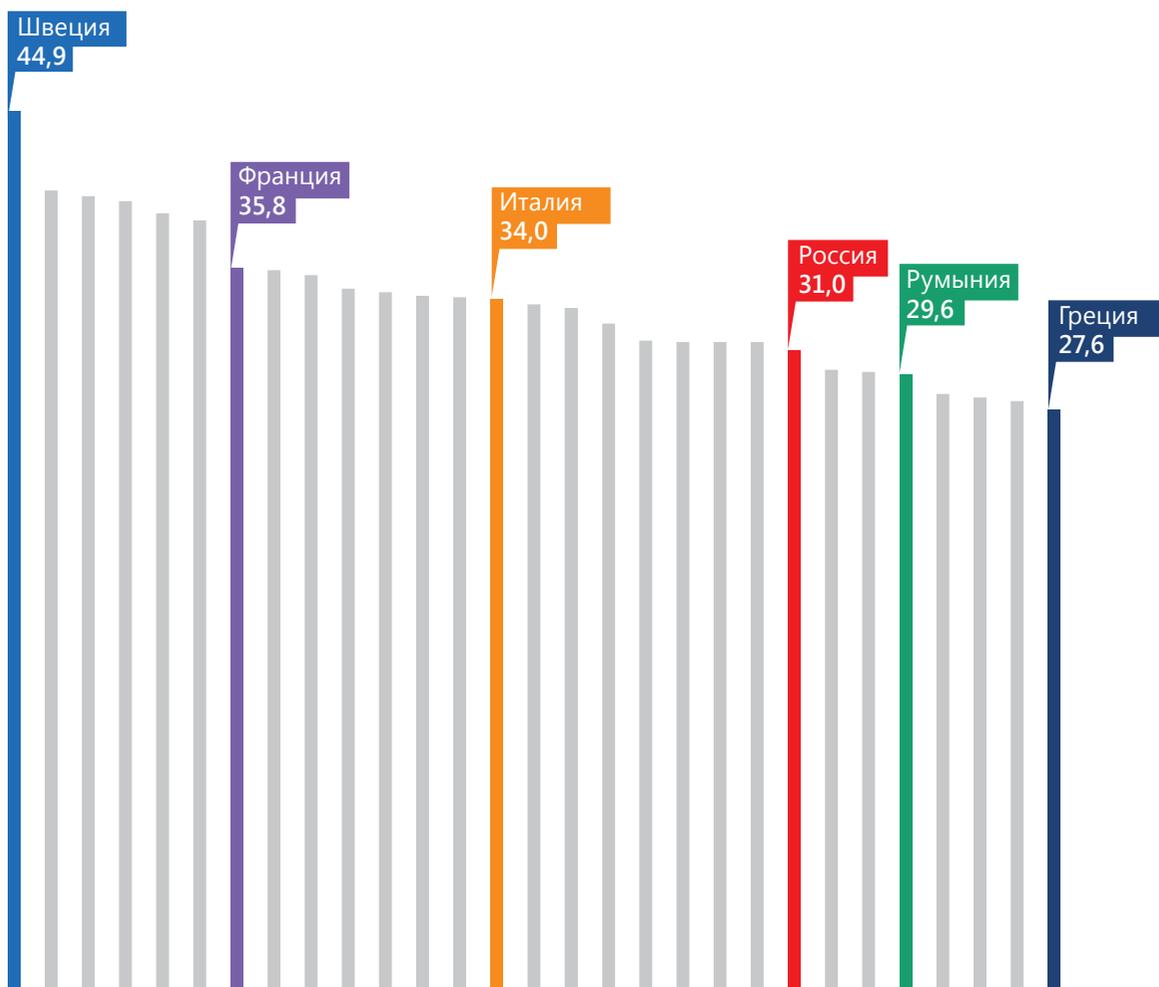
Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни по странам мира в 2015 г., лет



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

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 месту среди стран ЕС (рисунок 6).

Рисунок 6. Индекс активного долголетия в странах ЕС, 2014 г.



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

Введение таких показателей в статистическую отчетность потребует создания новой системы сбора данных для их расчета и может быть осуществлено в 2019 г. Предлагаемые целевые значения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни и индекса активного долголетия представлены в *таблице 1*.

Таблица 1. Главные целевые показатели развития здравоохранения в России на период до 2035 г.

	2016	2024	2035
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	71,4	76	81
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, лет	63,4*	68	73
Индекс активного долголетия, %	31,8	38,5	48

*2015 г.

Цель развития здравоохранения в период 2018–2035 гг. конкретизируется также следующими подцелями:

- расширение масштабов вовлечения населения в здоровый образ жизни;
- ускорение развития российской индустрии здоровья, повышение конкурентоспособности на глобальном рынке и вхождение в число лидеров в развитии медицинских и медико-информационных технологий;
- повышение доступности качественной медицинской помощи для российских граждан.

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

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. **Цифровизация здравоохранения становится магистральным направлением его развития.** В разработке и внедрении этих технологий наша страна должна выйти на лидерские позиции в мире.

Новые технологии определяют **необходимость развития нового направления в здравоохранении — медицины 4П**, в которой сегодняшняя фокусировка на выявлении и лечении заболеваний замещается фокусировкой на следующие направления: выявление предрасположенности к развитию заболеваний (П1 — предикция); предотвращение появления заболеваний (П2 — превентивность); индивидуальный подход к каждому пациенту (П3 — персонализация); мотивированное участие пациента в профилактике заболеваний (П4 — партисипативность).

Повышение доступности и результативности медицинской помощи требует формирования новой модели организации оказания медицинской помощи на основе развития медицины 4П, широкого применения медико-информационных технологий и эффективного сочетания различных уровней и условий оказания медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, реабилитационной, паллиативной).

Движение к новой модели будет обеспечено изменениями в структуре медицинской помощи и в организационных формах ее оказания, которые должны включать:

- разукрупнение врачебных участков и переход к общеврачебной модели участковой службы с более широким набором лечебно-профилактических функций;
- обеспечение доступности доврачебной медицинской помощи для сельских жителей — развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов;
- развитие функциональной специализации врачей и среднего медицинского персонала в оказании первичной медико-санитарной помощи;
- увеличение роли среднего медицинского персонала в профилактике заболеваний и лечебно-диагностическом процессе;
- создание системы дистанционного персонального мониторинга состояния здоровья хронически больных;
- развитие телемедицины и виртуальных клиник;
- концентрация специализированной медицинской помощи в крупных специализированных и многопрофильных клинических центрах;
- расширение использования санитарной авиации для обеспечения доступности неотложной и специализированной помощи жителям отдаленных территорий;

- создание реабилитационной помощи в качестве отдельного структурного звена медицинской помощи;
- создание системы оказания паллиативной медицинской помощи тяжелобольным гражданам;
- развитие медико-социальной помощи.

Удорожание услуг здравоохранения и лекарств за счет внедрения новых медицинских технологий и препаратов потребует, с одной стороны, увеличения доли ВВП, которую государство направляет в эту сферу, а с другой стороны — переключения на новые модели финансирования здравоохранения, мотивирующие население и работодателей к расширению профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Финансовое обеспечение государственных гарантий оказания медицинской помощи будет осуществляться за счет государственных средств. Содержание гарантий будет обновляться, но в силу прогнозируемого исключительно быстрого обновления 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 отсталых методов профилактики и лечения, б) не вполне прозрачными, потенциально коррупциогенными схемами доступа к новым технологиям и 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 посредством так называемого медицинского туризма. Вместе с тем формирование новых страховых механизмов, рассчитанных на привлечение средств обеспеченной части населения на основе предварительного страхового платежа, в ближайшие годы будет осложняться неготовностью населения делать такой платеж при отсутствии проблем со здоровьем.

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.

Для достижения поставленных целей необходима реализация мер в следующих приоритетных направлениях:

- 1) технологический прорыв в здравоохранении;
 - 2) развитие здорового образа жизни;
 - 3) обеспечение доступности качественных медицинских услуг, в первую очередь первичной медико-санитарной помощи;
 - 4) создание эффективной системы лекарственного обеспечения;
 - 5) развитие кадрового потенциала;
 - 6) повышение эффективности системы финансирования здравоохранения.
-

4.

НАПРАВЛЕНИЯ НЕОБХОДИМЫХ ДЕЙСТВИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.1. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОРЫВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

4.1.1. Поддержка создания новых медицинских технологий

Основными инструментами поддержки создания новых медицинских технологий будут выступать:

- разработка и реализация государственной программы развития биомедицины, включая увеличение финансирования фундаментальных медицинских исследований и его организацию по грантовому принципу (2018–2024 гг.);
- разработка и реализация государственной программы поддержки стартапов в индустрии здоровья (2018–2024 гг.), включая:
 - мероприятия по вовлечению общественных профессиональных организаций врачей, ключевых специалистов-клиницистов и организаторов здравоохранения в разработку стартапов, 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 (весь период).

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.

Таблица 2. Ожидаемые результаты

	2015	2018	2024	2035
Количество патентов в области медицины и фармацевтики, выданных зарубежными патентными ведомствами российским компаниям	517	614	1 500	11 000

4.1.2. Внедрение инновационных моделей организации оказания медицинской помощи

В рамках утвержденного Правительством Российской Федерации приоритетного проекта «Электронное здравоохранение» (2017–2025 гг.) запланировано осуществление мероприятий по развитию медицинских информационных систем и телемедицины, в т. ч.:

- создание нормативных и материальных условий для 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;
- создание многоуровневой системы телемедицинских консультаций медицинских работников;

- создание электронных кабинетов для участковых врачей и узких специалистов с информационными ресурсами по диагностике (включая интерактивные системы консультирования) и лечению пациента.

Действия по развитию форм охраны здоровья и оказания медицинской помощи на основе новых медико-информационных технологий требуют существенного расширения в следующих направлениях (2019–2024 гг.):

- разработка концепции сквозного («через всю жизнь») формирования и совершенствования у гражданина IT-навыков по управлению собственной биомедицинской информацией;
- формирование у граждан мотивации и навыков использования новых медико-информационных технологий;
- развитие персонального мониторинга состояния здоровья посредством субсидирования приобретения гражданами, имеющими хронические заболевания, устройств и программ дистанционного контроля состояния здоровья;
- развитие виртуальных клиник с контролем по 12 морфофункциональным системам организма человека, в том числе в разных стационарах, амбулаториях и домашних условиях.

Таблица 3. Ожидаемые результаты

	2016	2024	2035
Численность граждан, использующих технологии дистанционного контроля состояния здоровья, млн чел.	–	13,8	44,1
Численность пациентов с хроническими заболеваниями, получивших субсидии на приобретение приборов для дистанционного контроля состояния здоровья, млн чел.	–	2,9	9

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 персонифицированной 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 менеджерскими 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 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 будет содействовать реализация следующих мероприятий (2018–2024 гг.):

- поддержка на конкурсной основе программ развития (разработки и внедрения новых медицинских технологий) 20-25 центров экспорта высокотехнологичных медицинских услуг;
- реализация проектов государственно-частного партнерства в развитии ведущих российских клинических центров, предусматривающих:

- оснащение новейшим медицинским оборудованием;
- обеспечение высокого качества сервисной составляющей медицинских услуг;
- 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 работе с зарубежными пациентами.

Таблица 4. Ожидаемые результаты

	2018	2024	2035
Доходы 25 российских клинических центров от экспорта медицинских услуг, млрд долл.	0,008	0,175	0,75
Объем экспорта медицинских услуг организациями всех форм собственности, млрд долл.	0,07	3,6	15

4.2. РАЗВИТИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

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

1. Создание Фонда конкурсной поддержки региональных, местных и гражданских инициатив области развития здорового образа жизни (2018 г.).

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

ни 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. Включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах общеобразовательных школ (2018 г.). На первом этапе предполагается разработка специальной программы учебной дисциплины и методических материалов, подготовка школьных учителей, впоследствии — проведение занятий на постоянной основе.
 3. Субсидирование работающему населению платных занятий спортом: установление налоговых вычетов по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом (с 2019 г.). Механизм предоставления льготы аналогичен льготам по расходам на образование и медицинскую помощь: льготируются документированные расходы на приобретение абонеента / клубной карты в учреждении, оказывающем соответствующие услуги. Работник может получить льготу как на собственные занятия, так и на занятия ребенка.
 4. Широкая пропаганда личной ответственности граждан за состояние своего здоровья (весь период).

Таблица 5. Ожидаемые результаты

	2016	2024	2035
Доля взрослого населения (16 лет и старше), регулярно (не реже раза в неделю) занимающегося физкультурой и спортом (в т. ч. фитнесом), %	29	45	65
в том числе среди работающего населения	25	35	45

4.2.2. Продолжение антиалкогольной политики

1. Ужесточение временных ограничений розничной торговли спиртными напитками: в 2018 г. 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 (2018–2024 гг.).
3. Увеличение акцизов на слабоалкогольные напитки пропорционально индексу потребительских цен (2018–2024 гг.).
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 употребления алкоголя в общественных местах — 1 тыс. рублей. 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) (2018–2024 гг.). В России в 2011 г. была 1 торговая точка на 500 человек; после этого запретили торговлю в ларьках и малых павильонах. Для сравнения в скандинавских странах 1 точка на 20-30 тыс. человек (Швеция, Норвегия), в США — 1 точка на 10 тыс. человек. В качестве ориентира до 2035 года следует принять 1 точку на 10 тыс. населения (в среднем по стране).

Таблица 6. Ожидаемые результаты

	2016	2024	2035
Потребление алкоголя (объем продаж в розничной торговле) в литрах чистого спирта на душу взрослого населения в год	8,1	7,5	7
Соотношение крепких и слабых алкогольных напитков в потреблении алкоголя в пересчете на чистый спирт	40:60	35:65	25:75

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 (весь период).
2. Повышение доступности для различных групп населения и работодателей информации о вреде курения и антитабачном законодательстве (весь период).
3. Усиление контроля за соблюдением действующего антитабачного законодательства (2018–2020 гг.).
4. Увеличение к 2024 г. акцизной составляющей цены табачной продукции в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
5. Стимулирование работодателей к введению на предприятиях мер, направленных на борьбу с курением работников (увеличение штрафов за несоблюдение законодательства о запрете курения на рабочих местах; содействие организациям во внедрении программ, направленных на отказ от курения: повышение информированности руководителей предприятий об ответственности за несоблюдение законодательства о борьбе с курением и о пользе внедрения программ по отказу от курения) (весь период).
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.) (весь период).

Таблица 7. Ожидаемые результаты

	2017	2024	2035
Доля курящих среди взрослого населения (16 лет и старше), %	32	25	17
Доля курящих среди молодежи 18–24 лет, %	25	22	15

4.2.4. Содействие распространению здорового питания

1. Формирование национальной системы управления качеством пищевой продукции и реализация предусмотренного Стратегией повышения качества пищевой

продукции в Российской Федерации до 2030 года комплекса мер по обеспечению качества пищевой продукции как важнейшей составляющей укрепления здоровья (2019–2022 гг.).

2. Создание системы мониторинга неинфекционных факторов риска заболеваний и качества питания населения с использованием биомаркеров (2018–2019 гг.).
3. Восстановление системы подготовки квалифицированных кадров в области питания и создание национальной межведомственной системы просвещения по вопросам здорового питания (2020–2022 гг.).
4. Введение требований к предприятиям пищевой промышленности, торговли и общественного питания об обязательности йодирования поваренной соли и обогащения муки и других пищевых продуктов витаминами и солями железа (2019 г.).

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;
- обеспечение территориальной доступности медицинской помощи на основе единых требований к размещению медицинской инфраструктуры;
- завершение формирования во всех регионах трехуровневой модели организации медицинской помощи и определение рациональных маршрутов движения пациентов между уровнями:
 - 1) амбулаторно-поликлинические учреждения; участковые, районные и городские больницы;
 - 2) межрайонные центры;

- 3) региональные центры оказания специализированной медицинской помощи;
- 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. Обеспечение доступности доврачебной медицинской помощи для сельских жителей, проживающих в мелких и отдаленных населенных пунктах

На основе инвентаризации сети фельдшерско-акушерских пунктов необходимо во всех регионах разработать планы развития сети фельдшерско-акушерских пунктов, которая обеспечивает нормативы транспортной и географической доступности доврачебной помощи для сельского населения. Для выполнения существующих нормативов потребуются создать в 2018–2024 гг. 5,8 тыс. новых фельдшерско-акушерских пунктов.

2. Преодоление дефицита участковых врачей, разукрупнение врачебных участков 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.

Численность участковых врачей, составляющая в 2016 г. 70,8 тыс. (в т. ч. 25,9 тыс. участковых педиатров, 35,4 тыс. участковых терапевтов и 9,5 тыс. врачей общей практики) должна увеличиться до 86 тыс. в 2024 г. и до 92 тыс. в 2035 г. Это позволит уменьшить численность жителей в расчете на один врачебный участок с 2 074 в 2016 г. до 1 720 в 2024 г. и 1 600 в 2035 г.

В действующей модели участковой службы терапевт, как и педиатр, выступает специалистом по нескольким самым простым заболеваниям и оператором 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 данных проблем будет обеспечено 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

- *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 консультацию 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.).*
- *Возможна специализация отдельных функций участковых врачей и передача их другим специалистам (врачам неотложной помощи, врачам-дежурным, врачам по проведению посещений на дому, врачам, ведущим маломобильных больных).*

- 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 будет происходить эволюционным путем — участковые педиатры и терапевты будут по мере выхода на пенсию замещаться врачами общей практики.* Но их численность будет расти темпами, опережающими естественное выбытие участковых врачей, что позволит провести разукрупнение участков. Удельный вес врачей общей практики в общем числе врачей участковой службы увеличится с 13,4% в 2016 г. до 60% в 2024 г. и составит 100% в 2035 году. В 2019–2024 гг. будут построены 5,3 тыс. новых центров общеврачебной практики.

Трансформация терапевтической модели участковой службы в общеврачебную модель приведет к увеличению числа помощников (фельдшеров и медицинских сестер), приходящихся на 1 врача участковой службы. Численность среднего медицинского персонала в расчете на одного участкового врача, равная сейчас 2,5, составит 3,7 в расчете на одного врача общей практики. Это создаст предпосылки к повышению результативности его труда.

Переход на модель общей врачебной практики — 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.

3. Создание и реализация программ ведения больных с хроническими заболеваниями и профилактики обострения заболеваний (программ управления хроническими заболеваниями) (2018–2021 гг.). Такие программы должны разрабатываться в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении для решения следующих задач:

- повысить интенсивность наблюдения за группами больных с хроническими заболеваниями с наиболее высокими рисками обострений (гипертония, ишемическая болезнь сердца, диабет второго типа [инсулинонезависимый], хроническая обструктивная болезнь легких, астма);

- 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 больных с хроническими заболеваниями в выполнении врачебных назначений.

Целевыми показателями программ ведения больных с хроническими заболеваниями будут 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 больных с хроническими заболеваниями с устойчивым улучшением состояния здоровья.

Основными мероприятиями программ ведения больных с хроническими заболеваниями являются:

- разработка и постоянное обновление реестров больных с хроническими заболеваниями, 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 больными с хроническими заболеваниями 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 посредством обучения и консультирования врачей поликлиник.

На федеральном уровне в качестве необходимых действий по обеспечению условий для реализации программ ведения больных с хроническими заболеваниями следует осуществить:

- апробацию программ ведения больных с хроническими заболеваниями и разработку модельных программ для их широкого внедрения (2018–2019 гг.);
- массовую подготовку патронажных медицинских сестер (2019–2024 гг.);
- массовую подготовку медсестер с правом самостоятельного ведения определенных категорий больных (2019–2024 гг.);
- введение новых, интегрированных методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, основанных на общем тарифе на этапы интенсивной помощи и реабилитации (2019–2020 гг.). 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 (законченным случаем лечения будет пациент, прошедший курс долечивания).

4. Обеспечение доступности неотложной и специализированной помощи жителям отдаленных территорий с малым количеством проживающих путем развития региональной санитарной авиации для соблюдения требований «золотого часа» (2017–2024 гг.).

5. Увеличение объемов оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам. Число пациентов, которым будет бесплатно оказана медицинская помощь, включая использование новых дорогостоящих медицинских технологий (высокотехнологичная медицинская помощь), увеличится в 1,3 раза к 2024 г. и в 1,6 раза в 2035 г.

6. Создание реабилитационной медицинской помощи в качестве отдельного структурного звена в системе оказания и финансирования медицинской помощи

Отказ от практики использования в российских больницах коек хирургического профиля одновременно и 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. Путем структурных изменений в коечном фонде число больничных коек восстановительного лечения будет увеличено с 12,8 на 100 тыс. чел. населения в 2015 г., до 40 в 2024 г. и до 70 в 2035 г.

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 проводить на менее ресурсоемких койках реабилитационных отделений и реабилитационных стационаров и затем продолжать в амбулаторном звене.

В качестве составной части восстановительного лечения будет обеспечено развитие геронтологической помощи, оказываемой врачами-геронтологами в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в специализированных геронтологических отделениях многопрофильных больниц и реабилитационных стационаров.

7. Создание системы оказания паллиативной медицинской помощи тяжелобольным гражданам

Удовлетворение существующей в российском обществе значительной потребности в уходе за тяжелобольными пациентами требует создания большого числа хосписов, количество коек в которых должно достигнуть в 2024 г. 15 на 100 тыс. взрослого населения и 2 на 100 тыс. детского населения. Объемы паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях должны вырасти с 0,054 койко-дней на одного жителя в 2015 г. до 0,13 в 2024 г.

8. Усиление координации и преемственности в оказании медицинской помощи

- Формирование клинических руководств по лечению заболеваний с акцентом на обеспечение последовательных действий врачей и среднего медицинского персонала на разных этапах лечения (2018–2021 гг.).
- Разработка регламентов действий врачей поликлиник после завершения госпитализации больных, устанавливающих четкие правила обеспечения преемственности их лечения и реабилитации, коммуникации врачей поликлиник и стационаров; размещение указанных регламентов в электронных личных кабинетах пациентов (2018–2019 гг.).

9. Изменение порядка разработки и пересмотра клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике заболеваний с учетом экономических возможностей их использования (2018 г.). Введение международной экспертизы проектов клинических рекомендаций (2019 г.).

10. Территориальное планирование согласованного развития государственной и ведомственных систем здравоохранения с перспективой интеграции ведомственных медицинских организаций в территориальные системы здравоохранения. Инструментом такого планирования должны 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, расположенных в этих регионах (2018 г.).

11. Перепрофилирование части коечного фонда учреждений здравоохранения, не обеспеченного объемами медицинской помощи по программе государственных гарантий, **в койки социальной направленности** с применением механизмов государственно-частного партнерства (2018–2024 гг.).

Таблица 8. Ожидаемые результаты

	2016	2024	2035
Численность жителей в расчете на один врачебный участок, чел.	2 074	1 720	1 600
Численность врачей участковой службы на 10 000 человек населения	4,61	5,08	6,25
Удельный вес врачей общей практики в общем числе врачей участковой службы, %	13,4	60	100
Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, реализующих программы ведения пациентов с хроническими заболеваниями, %	–	40	80
Число пациентов, которым бесплатно оказана высокотехнологичная медицинская помощь, тыс.	967	1 300	1 500

Реализация 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 и внедрения программ ведения больных с хроническими заболеваниями, может обеспечить в 2024 г. внутрисистемную экономию в размере 165,8 млрд руб. (0,11% 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), позволит получить в 2024 г. внутрисистемную экономию в размере 112 млрд руб. (0,08% ВВП).

4.3.2. Развитие кадрового потенциала

1. Обновление профессиональных компетенций медицинских работников

- Создание системы независимой аккредитации российских врачей, проводимой в том числе с участием зарубежных медиков (2018–2020 гг.).
- Внедрение новой системы непрерывного дополнительного профессионального образования с использованием модульных образовательных программ с правом выбора курсов (модулей), а также расширение перечня и типов организаций, обладающих правом реализации программ последипломного медицинского образования путем включения в него ведущих медицинских центров (2018–2020 гг.).
- Реализация программ обучения управленцев сферы здравоохранения экономике и менеджменту (2018–2024 гг.).

2. Повышение уровня трудовой мотивации и социального статуса медицинских работников

- 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.
- Повышение заработной платы врачей общей практики к 2035 г. до 250% от средней по экономике региона. Это необходимый инструмент привлечения и закрепления персонала общих врачебных практик.
- Повышение оплаты труда врачей ведущих клинических и научных центров к 2024 г. до уровня не менее 240% от средней зарплаты по экономике региона, а к 2035 г. — до 350%. Такой уровень оплаты труда необходим для укрепления социального статуса врачей, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, предотвращения перетока высококвалифицированных специалистов в другие страны, стимулирования роста их профессионального мастерства и ослабления мотивации к получению неформальной оплаты от пациентов.
- Усиление дифференциации должностных окладов медицинских работников в зависимости от профессиональной категории для усиления мотивации к росту профессионального уровня (2018–2024 гг.).
- Реализация программы строительства служебного жилья для медицинских работников, в т. ч. для врачей, фельдшеров и медицинских сестер общей (семей-

ной) практики, а также врачей-специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях в сельской местности и малых городах (весь период).

- Реализация информационных и социально-культурных мер, направленных на восстановление доверия пациента к медицинским работникам, уважения к медицинской деятельности (2018–2020 гг.).

3. Реорганизация медицинского образования

- Изменения в структуре подготовки медицинских кадров для устранения дефицитов в кадровом составе медицинских организаций (2018–2024 гг.):
 - расширение целевого приема студентов с обязательством 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 в рамках приема на внебюджетные места.
- 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 (2018 г.).
- Существенно более широкое привлечение ведущих зарубежных специалистов и российских медиков, получивших профессиональное образование за рубежом, к обучению и повышению квалификации врачей и организаторов здравоохранения в интересах интенсификации обмена знаниями и навыками (весь период).
- 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 (2019–2020 гг.).
- Создание новых университетских клиник и организация в них практической стажировки студентов на рабочих местах (2018–2022 гг.).

- Проведение внешней аттестации преподавателей медицинских вузов с участием зарубежных специалистов (с 2020 г.).
- Обеспечение широкого участия преподавателей медицинских вузов в международных образовательных программах (весь период).
- Увеличение срока послевузовской подготовки врачей на 3-5 лет (2025–2035 гг.).

Таблица 9. Ожидаемые результаты

	2016	2018	2024	2035
Зарботная плата врачей общей практики в % от средней по экономике региона	155*	200	200	250
Зарботная плата врачей ведущих клинических и научных центров в % от средней по экономике региона	155*	200	240	350
Число служебных квартир, предоставленных медицинским работникам, тыс.	–	5,1	14,2	14,2

* Средняя заработная плата врачей в государственных и муниципальных медицинских организациях.

4.3.3. Создание системы эффективного лекарственного обеспечения

1. *Расширение использования принципов доказательной медицины в государственных программах и в работе медицинских учреждений (весь период):*

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

2. *Реализация программы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении гипертонии и ишемической болезни сердца с целью контроля давления и профилактики осложнений в виде стенокардии, инфарктов и инсультов. Программа предусматривает сооплату пациентами 50% стоимости лекарственных средств из установленного в ее рамках перечня препаратов, снижающих кровяное*

давление. Остальная часть стоимости оплачивается из государственных средств. В первый год реализации программы (2019 г.) число ее участников составит 4,5 млн чел с последующим расширением охвата и включением в нее всех больных указанными заболеваниями (23,1 млн чел.) в 2024 г.

3. *Реализация программы лекарственного обеспечения пациентов после инфаркта, инсульта и операций на сосудах* — с 2019 г. Программа предусматривает предоставление пациентам, перенесшим инфаркт, инсульт и операции на сосудах, лекарств на условиях 50%-ной сооплаты. Включению в эту программу ежегодно подлежит 120 тыс. человек.

4. *Реализация программы лекарственного обеспечения пациентов с установленным набором хронических заболеваний* (бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких, диабетом и др.) (с 2021 г.) Пациенты будут оплачивать часть стоимости лекарств. Процент сооплаты будет зависеть от цены препарата и заболевания.

5. Улучшение лекарственного обеспечения пациентов при стационарном лечении за счет роста размера затрат на лекарственное обеспечение в составе тарифов на оплату законченных случаев стационарного лечения (2019–2024 гг.). Это расширит возможности применения эффективной лекарственной терапии в больничных учреждениях (весь период).

6. *Пересмотр состава государственных программ лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.* Определение категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, только по наличию определенных заболеваний; отмена для таких категорий граждан права на монетизацию их льгот по лекарственному обеспечению. Это обеспечит последовательную реализацию принципа солидарности участия в программах лекарственного обеспечения и будет способствовать финансовой устойчивости данных программ. Для тех категорий граждан, которые сейчас имеют льготы по другим основаниям (социальный статус), они должны быть монетизированы.

7. *Переход к модели финансирования льготного лекарственного обеспечения на основе механизма референтных цен, определяющих максимальный размер возмещения цены препарата за счет государства* (2020–2023 гг.).

8. Снижение порога предельной отпускной цены на воспроизведенный лекарственный препарат (дженерик) (2018 г.).

9. Регулярный пересмотр регистрируемых предельных цен на импортируемые лекарственные препараты на основе цен в референтных странах (весь период).

10. Внедрение в практику государственных закупок лекарственных средств механизма разделения рисков и разделения расходов (2018 г.).

11. В перспективе предстоит сформировать распространяющуюся на все население систему лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении широкого круга заболеваний. Она станет частью системы обязательного медицинского страхования.

Таблица 10. Ожидаемые результаты

	2019	2020	2021	2024
Численность граждан, получающих препараты для амбулаторного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по льготным ценам, млн чел.	4,57	11,15	15,71	23,22
Численность граждан, получающих препараты для амбулаторного лечения бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких, диабета и других хронических заболеваний, млн чел.	–	–	3,03	6,24

4.4. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Главным средством повышения эффективности системы управления здравоохранением является усиление прозрачности ее функционирования. Для этого предстоит создать систему контроля за деятельностью органов исполнительной власти в сфере здравоохранения со стороны профессионального медицинского сообщества, а также гражданского общества.

Необходимы также развитие системы независимой оценки качества медицинской помощи, установление единых требований к сбору статистических данных о результативности работы медицинских организаций всех форм собственности и к их публикации в интернете.

Формы финансирования здравоохранения должны будут измениться, чтобы обеспечить эффективное использование увеличивающихся финансовых потоков. **От страховой по названию, но распределительной, по сути, системы финансирования медицинских услуг нужно 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 планируется 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 пилотное внедрение нововведений.

На первом этапе (2018–2019 гг.) следует сфокусироваться на повышении доказательности государственного финансирования медицинской помощи и прозрачности использования финансовых и материальных ресурсов:

1. Создание систем персонализированного учета в стационарах фактических затрат лекарственных средств и медицинских расходных материалов (тест-системы, реагенты, контрастные вещества, одноразовый инструментарий, перевязочные средства и т. д.) (2018–2019 гг.). Это необходимая мера для повышения прозрачности использования финансовых и материальных ресурсов медицинскими учреждениями и для 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 (2018 г.);
- постепенное преодоление практики установления индивидуальных тарифов оплаты медицинской помощи из средств ОМС для отдельных медицинских организаций (2019–2021 гг.);
- введение 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 (2018 г.);
- определение более прозрачных критериев выделения субсидий страховым медицинским организациям из средств территориального фонда ОМС (2018 г.);
- систематическое проведение сравнительной оценки результативности деятельности однотипных медицинских организаций; обеспечение доступности полученных оценок для населения и всех участников системы ОМС (весь период);
- развитие института оценки сравнительной клинико-экономической эффек-

тивности медицинских технологий (в т. ч. 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, разработки и пересмотра стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях (2018–2020 гг.).

На втором этапе (2020–2023 гг.) целесообразно перейти к внедрению способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, усиливающих мотивацию медицинских организаций к повышению эффективности, содействующих развитию конкуренции между медицинскими организациями, и провести апробацию в нескольких пилотных регионах новых механизмов финансирования.

3. Совершенствование способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС:

- введение системы разделения финансовой ответственности страховых медицинских организаций и медицинских организаций за превышение фактических объемов помощи над плановыми;
- усиление экономических стимулов для поликлиник к расширению профилактики, более эффективному ведению больных с хроническими заболеваниями, замещению части стационарной помощи амбулаторной за счет расширения числа регионов, использующих метод «поликлиника — фондодержатель», при котором поликлиника является покупателем части объемов стационарной помощи; обеспечение участия поликлиник в планировании объемов стационарной помощи и скорой медицинской помощи;
- переход к оплате по интегрированному тарифу сложных случаев стационарного лечения, требующих оказания реабилитационной помощи. Применение данного способа оплаты предполагает определение законченного случая лечения с учетом реабилитационных мероприятий и оплату этого случая с учетом совокупных затрат, что позволит повысить комплексность оказания медицинской помощи;
- увеличение инвестиционной составляющей в тарифе ОМС на медицинские услуги (посредством повышения порога стоимости основных средств, включаемой в состав тарифа), достижение на этой основе равных экономических условий участия в ОМС для частных и государственных организаций.

Изменения в способах оплаты медицинской помощи должны сочетаться с устранением административных препятствий для участия медицинских организаций всех форм собственности в оказании медицинской помощи по ОМС, а так-

же высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС.

4. *Продолжение конкретизации содержания государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам* посредством установления реалистичных предельных сроков ожидания различных видов плановой медицинской помощи (в частности, дорогостоящих методов диагностики, обращения к узким специалистам) и формирование системы по управлению сроками ожидания (организованных очередей).

5. *Усиление регулирования участия государственных и муниципальных медицинских организаций в оказании платных медицинских услуг.* Развитие системы финансирования здравоохранения должно расширять возможности получения платных медицинских услуг для обеспеченной части населения без ущерба для возможностей получения бесплатной медицинской помощи для основной части населения. Решению этой задачи будет способствовать реализация следующих мер:

- доведение до каждой медицинской организации обоснованных заданий на оказание медицинской помощи по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; выполнение этих заданий в предшествующий период является условием предоставления платных услуг;
- установление четких требований в отношении условий и пропорций времени использования медицинского и диагностического оборудования для оказания бесплатной и платной медицинской помощи;
- выделение в составе медицинских организаций отделений (кабинетов) по оказанию платных медицинских услуг, выделение персонала, занятого оказанием только платных медицинских услуг, и установление для остальной части персонала временных рамок участия в приеме платных больных;
- развитие новых форм оказания медицинской помощи на платной основе, включая:
 - комплексные платные услуги по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в т. ч. расширенные объемы профилактических мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием здоровья, координация оказания медицинской помощи в других звеньях и т. д.;
 - оплата применения (по желанию пациента) оригинальных лекарственных препаратов, препаратов, не предусмотренных стандартами лечения, исполь-

зования более качественных изделий, имплантируемых в организм человека, лучших расходных материалов и т. д. Пациент оплачивает только разницу в стоимости между желаемым лекарством/изделием/расходным материалом и нормативом, заложенным в стандарт помощи. Оставшаяся часть средств оплачивается за счет средств государственного здравоохранения. Предлагаемый механизм позволит увеличить доступность качественной медицинской помощи для граждан;

- пересмотр правил регулирования тарифов на платные медицинские услуги, оказываемые в государственных и муниципальных медицинских организациях: расширение состава затрат, включаемых в расчет тарифов на платные услуги, включая возмещение износа медицинского и прочего оборудования, а также расходы на рекламу.

Формирование более развитого рынка платных медицинских услуг, оказываемых как в частных, так и в государственных и муниципальных медицинских организациях, со временем создаст условия для введения новых страховых механизмов сочетания государственного и частного финансирования здравоохранения. Население должно осознать преимущества предварительного страхового платежа по сравнению с прямой оплатой медицинской помощи в ходе развития рынка платных медицинских услуг.

6. Апробация в пилотных регионах новых механизмов финансирования, предназначенных для решения следующих задач:

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

Для апробации предлагаются следующие механизмы:

- A.** Разделение финансовых рисков между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями: передача страховым медицинским организациям финансовой ответственности за риски превышения фактических затрат по оказанию медицинской помощи застрахованным над плановыми и предоставление страховым медицинским организациям права на получение возможной экономии переданных им средств. Предлагаемый механизм обеспечит экономическую заинтересованность страховых медицинских организаций

в более эффективном использовании средств ОМС (снижение приписок, необоснованных госпитализаций, несвоевременной выписки пациентов и т. д.).

- Б. Предоставление застрахованным по ОМС права свободного выбора медицинской организации из числа участников ОМС для получения медицинской помощи и использование средств ОМС на основе последовательной реализации принципа «Деньги следуют за пациентом». Предлагаемый механизм создаст условия для конкуренции между медицинскими организациями разных форм собственности и станет фактором роста эффективности их деятельности.
- В. Использование частных средств для получения застрахованными по ОМС медицинской помощи в частных медицинских организациях по рыночным ценам. Часть цены возмещается из системы ОМС по установленным в ней тарифам. Пациент оплачивает разницу между рыночной ценой медицинской услуги и тарифом ее оплаты по ОМС. Предлагаемый механизм расширяет возможности для граждан получать более качественную медицинскую помощь.
- Г. Персонафикация использования части средств ОМС для частичной оплаты амбулаторной помощи¹⁵:
 - формирование персонафицированных медицинских сберегательных счетов с размещением на них специально выделенных государством финансовых средств; финансирование персонафицированной части средств ОМС осуществляется в дополнение к общей части, которая будет продолжать формироваться в прежнем порядке;
 - использование персонафицированной части средств ОМС для частичной оплаты пациентами амбулаторной помощи в дополнение к общей части средств ОМС, которая будет использоваться для оплаты помощи в прежних объемах и в прежнем порядке. Тариф на оплату за счет средств персонафицированной части устанавливается в размере фиксированного платежа за одно посещение;
 - при недостатке средств персонафицированной части оплата амбулаторной помощи застрахованным осуществляется за счет общих средств ОМС без ограничения объемов необходимой амбулаторной помощи;
 - неиспользованные средства на персонафицированном счете могут использоваться держателем счета для оплаты некоторых видов медицинских расходов (рецептурные лекарственные препараты, платные медицинские услуги).

¹⁵ *Использованы предложения В. С. Назарова и Н. А. Авксентьева.*

Предлагаемый механизм финансирования позволит повысить ответственность населения за состояние своего здоровья, снизить число необоснованных обращений за медицинской помощью, а также уменьшить остроту проблем приписок и неформальных платежей в амбулаторном звене.

Д. Обеспечение доступа к новым дорогостоящим медицинским технологиям в начальный период их внедрения, когда они еще не включены в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, на основе их сооплаты пациентами и государством. Предлагаемый механизм позволит увеличить объемы оказания медицинской помощи на основе новых технологий в период их внедрения и сделать их более доступными для граждан по сравнению с получением такой помощи как платных услуг.

Е. Выделение в системе обязательного медицинского страхования двух режимов с добровольным переходом граждан из одного режима в другой:

- ОМС-1 — сохраняется действующая система ОМС, в т. ч. единая для всех застрахованных базовая программа ОМС;
- ОМС-2 — предоставляются индивидуальные возможности для застрахованных расширить страховую программу за более высокий страховой взнос.

Расширенные страховые программы в ОМС-2 могут включать:

- использование медицинских услуг, лекарственных средств, имплантов, изделий медицинского назначения, которые не предусмотрены стандартами оказания медицинской помощи и клиническими руководствами;
- дополнительное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях;
- дистанционный мониторинг состояния здоровья и онлайн-консультирование;
- дополнительный сервис при оказании медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях (например, отдельные палаты, отдельный сестринский пост);
- расширение возможностей выбора медицинской организации и врача;
- комфортное лечение в частных медицинских организациях.

Предлагаемый механизм позволит гражданам использовать солидарные формы финансирования медицинской помощи, предполагающие предварительный пла-

теж застрахованного в общий фонд страховых средств, распределяемый в зависимости от потребности в медицинской помощи. ОМС-2 расширяет возможности получения качественной медицинской помощи при снижении затрат по сравнению с оплатой услуг в момент их оказания.

Пилотная реализация указанных механизмов финансирования может быть проведена в нескольких субъектах РФ в 2019–2023 гг.

На третьем этапе (2024–2026 гг.) будет обеспечено широкое внедрение оправдавших себя новых механизмов финансирования. В последующие годы будет проводиться тонкая настройка финансовых механизмов для достижения новой точки эффективного равновесия интересов.

5.

РЕСУРСЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В *таблицах 11 и 12* представлены показатели государственного финансирования здравоохранения, необходимые для реализации предлагаемых действий. Такое финансирование может быть обеспечено за счет бюджетного маневра, который предусматривается Стратегией развития России в 2018–2024 г. и на период до 2035 г., разработанной в ЦСР.

Таблица 11. Государственные расходы на здравоохранение по функциональным направлениям, % ВВП

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024 к 2017
Всего	3,33	3,55	3,65	3,7	3,86	3,91	3,94	3,99	+0,66
Поддержка технологического прорыва и обновление основных средств медицинских учреждений	0,18	0,18	0,2	0,21	0,24	0,24	0,25	0,26	+0,08
Расходы на первичную медико-санитарную помощь	0,24	0,25	0,29	0,3	0,32	0,35	0,35	0,36	+0,12
Формирование здорового образа жизни	–	0,01	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	+0,04
Обеспечение потребности в высокотехнологичной медицинской помощи	0,21	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,28	+0,07
Расходы на лекарственное обеспечение	0,55	0,56	0,58	0,59	0,68	0,69	0,7	0,7	+0,15
Расходы на обеспечение уровня оплаты труда, предусмотренного Указом Президента РФ №597 от 07.05.2012 ¹⁶	1,77	1,95	1,95	1,95	1,96	1,96	1,96	1,97	+0,2

¹⁶ Оценка необходимых размеров дополнительных государственных расходов на оплату труда медицинского персонала по сравнению с 2017 г. на уровне 200% от среднего размера оплаты труда в экономике для врачей и 100% — для среднего и младшего медицинского персонала. Расчет сделан при прогнозе сохранения численности врачей, среднего и младшего медицинского персонала и прочего персонала на уровне 2017 г. и при условии неумножения прочих затрат на оказание медицинской помощи (расходов на лекарственное обеспечение пациентов, медицинские расходные материалы и т. д.).

Таблица 12. Прирост государственных расходов на здравоохранение по функциональным направлениям по сравнению с размером государственных расходов в 2017 г., млрд руб. в номинальном выражении

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Поддержка технологического прорыва	1,1	2,6	4,8	9,9	13,9	18,1	23
Обновление основных средств медицинских учреждений	–	23,1	48	83,2	102,8	119,5	153,3
Формирование здорового образа жизни	9,8	33,2	44,2	47,3	51	54,8	59
Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи	39,8	53,4	68,9	98,6	145,4	155,7	181,9
Увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи	7	12,3	26,2	41,1	49,9	71,9	101,6
Улучшение лекарственного обеспечения	10	31,2	51,1	156,7	186,9	207,2	228,3
Расходы на обеспечение уровня оплаты труда, предусмотренного Указом Президента РФ №597 от 7.05.2012	315,4	443	607,4	784,2	963	1 153,2	1 357,1
Всего	383,1	598,8	850,6	1 221	1 512,9	1 780,4	2 104,2



ЦЕНТР
СТРАТЕГИЧЕСКИХ
РАЗРАБОТОК

125009, Москва, ул. Воздвиженка, дом 10

тел.: **(495) 725 78 06, 725 78 50**

e-mail: **info@csr.ru**

web: **csr.ru**



ЦЕНТР
СТРАТЕГИЧЕСКИХ
РАЗРАБОТОК

125009, Москва, ул. Воздвиженка, дом 10

тел.: **(495) 725 78 06, 725 78 50**

e-mail: **info@csr.ru**

web: **csr.ru**