



РАНХиГС

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В. С. Назаров
Н. А. Авксентьев
Н. Н. Сисигина

Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии



| Издательский дом ДЕЛО |

Москва | 2019

УДК 614.2
ББК 51.1
Н19

Об авторах:

Назаров В. С. — к.э.н., заместитель директора по науке Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС

Авксентьев Н. А. — научный сотрудник Лаборатории исследований демографии, миграции и рынка труда Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС

Сисигина Н. Н. — научный сотрудник Международной лаборатории экономики реформы здравоохранения Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС

Назаров, В. С., Авксентьев, Н. А., Сисигина, Н. Н.

Н19 Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии / В. С. Назаров, Н. А. Авксентьев, Н. Н. Сисигина. — М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. — 100 с. — (Научные доклады: социальная политика).

ISBN 978-5-7749-1443-2

В докладе рассматриваются наиболее острые и актуальные проблемы системы здравоохранения России, среди которых выделены вызовы, характерные для большинства развитых стран в период становления общественного здравоохранения, структурные проблемы, присущие отечественному здравоохранению в течение многих лет, а также новые вызовы, связанные с необходимостью внедрения инновационных медицинских технологий. На основе международного опыта решения сопоставимых проблем проводится анализ целей и задач государственной политики в сфере здравоохранения, поставленных Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204, дается оценка степени их достижимости, ответственности актуальным для нашей страны проблемам.

ISBN 978-5-7749-1443-2

УДК 614.2
ББК 51.1

© ФГБОУ ВО «Российская академия
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации», 2019

Содержание

Введение	5
1. Современные вызовы для отечественной системы здравоохранения	9
1.1. Вызовы, характерные для стран с развивающейся моделью здравоохранения	9
1.2. Структурные проблемы отечественного здравоохранения	18
1.3. Вызовы, связанные с необходимостью внедрения передовых инновационных технологий в систему оказания медицинской помощи	21
2. Опыт решения сопоставимых проблем в зарубежных странах	24
2.1. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний	24
2.2. Лекарственное обеспечение	26
2.3. Проблемы организации медицинской помощи	28
2.4. Финансовое обеспечение здравоохранения	44
2.5. Структурные проблемы	52
2.6. Развитие эффективных инноваций	55
3. Сценарии развития системы здравоохранения России	57
3.1. Анализ государственной политики в области здравоохранения	58
3.2. Дополнительные предложения по развитию здравоохранения в России	67
Заключение	88
Список литературы	91

Введение

За последние годы развитие системы здравоохранения в России позволило достичь существенных результатов. По сравнению с началом 2000-х годов к 2017 году ожидаемая при рождении продолжительность жизни увеличилась почти на восемь лет¹, смертность от болезней системы кровообращения снизилась примерно на 35%, младенческая смертность — на 60%, смертность населения в трудоспособном возрасте — на 40%. Хотя достижению данных результатов способствовало и общее улучшение социально-экономических условий жизни россиян, не следует преуменьшать также вклад системы здравоохранения, для иллюстрации которого можно сосредоточиться на более частных примерах успеха.

Например, реформа системы обязательного медицинского страхования (ОМС), проведение которой было начато с принятия Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ, позволила создать правовые условия для обеспечения конкуренции между медицинскими организациями разных форм собственности, сгладить межтерриториальные различия в финансовом обеспечении здравоохранения, закрепить ведущую роль пациента в процессе выбора медицинских организаций для получения

¹ Здесь и далее по сравнению с 2002 годом по данным Росстата.

помощи, внедрить в систему здравоохранения независимый контроль качества оказания медицинской помощи, осуществляемый силами страховых медицинских организаций. Все это способствовало росту качества и доступности медицинской помощи для населения¹.

Другой пример: за период 2006–2016 годов объем высокотехнологичной помощи, оказанной гражданам, вырос более чем в 16 раз и составил 962 тыс. случаев [2]. При этом значительная часть видов высокотехнологичной медицинской помощи сегодня включена в базовую программу обязательного медицинского страхования, что позволяет обеспечивать ее оказание в большом числе учреждений здравоохранения различных форм собственности: не только федеральной, но и региональной, а в ряде случаев и частной.

Достигнут определенный прогресс в области лекарственного обеспечения. Созданная в 2008 году федеральная программа обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами (получившая распространенное название «Семь нозологий») позволила существенно повысить доступность дорогостоящих лекарств для больных онкогематологическими заболеваниями, гемофилией, рассеянным склерозом и рядом других заболеваний, требующих дорогостоящего и в ряде случаев продолжительного лечения, при котором крайне важным является стабильное и регулярное применение лекарственной терапии. Например, до момента создания программы в Российской Федерации в зависимости от региона только 25–50% пациентов с гемофилией обеспечивались необходимыми препаратами. Лечение проводилось преимущественно стационарно при возникновении кровотечений [3]. В настоящий момент практически все больные гемофилией получают лекарственное лечение за счет средств федеральной программы, в результате чего количество госпитализаций радикально сократилось, а пациенты получили возможность жить полноценной жизнью. Другими немаловажными преимуществами программы стали использование медицинского (а не социального) критерия для отбора льготополучателей, ведение персонифицированного реги-

¹ Более детальный анализ преимуществ и недостатков модели ОМС, внедряемой с 2010 года, представлен, например, в [1].

стра пациентов, получающих лекарственное обеспечение за счет средств программы, соблюдение баланса между бюджетом программы и объемом взятых гарантий.

Вместе с тем в настоящее время в отечественном здравоохранении существует множество нерешенных вопросов, без ответа на которые построение по-настоящему пациентоориентированной системы охраны здоровья представляется невозможным. В *первом разделе* данного доклада будет представлен анализ наиболее актуальных и острых проблем для системы здравоохранения России. В соответствии с природой их возникновения и наличием в мировой практике подходов к их решению мы условно разделили вызовы для отечественного здравоохранения на три группы. В первую очередь будут рассмотрены вызовы, характерные для развитых стран в период становления общественного здравоохранения. Впоследствии они были более или менее успешно преодолены, что позволяет как минимум частично заимствовать опыт развитых стран для решения данных проблем.

Далее рассматриваются структурные проблемы организации отечественного здравоохранения, характерные для нашей страны на протяжении долгого времени. К таким проблемам прежде всего относятся вызовы, связанные с наличием кадровых дисбалансов в российской системе здравоохранения и с низким уровнем доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, в особенности на удаленных территориях.

В конце первого раздела будут рассмотрены проблемы, связанные с необходимостью внедрения инновационных технологий в систему оказания медицинской помощи. Соответствующие проблемы стоят перед всеми странами, и без адекватного ответа на данные вызовы обеспечение дальнейшего поступательного развития здравоохранения в современном мире, в том числе в России, не представляется возможным.

Во *втором разделе* будут рассмотрены возможные варианты ответа на актуальные для России вызовы, известные из обширного мирового опыта организации системы здравоохранения. Как будет показано, спектр возможных решений очень широкий, что является следствием наличия определенных особенностей здравоохранения как отрасли экономики [4]:

- непредсказуемость и неотложность потребности в медицинской помощи, высокий уровень индивидуального риска, следствием чего становится потребность в страховании медицинских расходов;
- информационная асимметрия между потребителем и поставщиком медицинской помощи;
- возможность влияния на результат оказания услуги внешних факторов (индивидуальных особенностей организма, сопутствующих заболеваний), ограничивающая возможности оценки качества услуги конечным потребителем;
- высокая концентрация предложения в силу значимых барьеров входа на рынок;
- наличие нерыночных по природе услуг (например, помощь неимущим) и услуг, предоставляемых рынком в неоптимальном объеме (например, профилактика и лечение инфекционных заболеваний).

В результате таких особенностей в мире до сих пор не существует универсальной модели здравоохранения, которая была бы способна одинаково эффективно функционировать независимо от формы государственного устройства, сложившихся экономических и политических условий, общественных норм и установок. В каждой стране происходит непрерывный процесс поиска наиболее оптимальной для ее условий модели здравоохранения, состоящей из десятков и даже сотен элементов, и основной задачей для России является выбор наиболее подходящих для наших институциональных условий элементов и мер.

Наконец, в *третьем разделе* будет проведен анализ целей и задач государственной политики в сфере здравоохранения, поставленных майским указом Президента РФ [5], дана оценка степени их достижимости и обоснованности, соответствия актуальным для нашей страны проблемам. Далее в данном разделе будет проведен независимый анализ мер, рекомендованных к реализации национальным проектом в сфере здравоохранения, а также предложены дополнительные сценарии развития здравоохранения в России, направленные на построение в нашей стране современной и успешной системы здравоохранения.

1. Современные вызовы для отечественной системы здравоохранения

1.1. ВЫЗОВЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТРАН С РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ МОДЕЛЬЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К данной группе проблем относятся вызовы, исторически появившиеся в момент решения первоначальной задачи системы здравоохранения — обеспечение всеобщего охвата населения. Среди наиболее важных из них следует отметить высокую смертность россиян от болезней системы кровообращения, отсутствие полного охвата населения государственным здравоохранением (в части амбулаторного лекарственного обеспечения рецептурными лекарственными препаратами), наличие неразрешенных противоречий в организации отечественного здравоохранения, прежде всего агентских проблем, а также проблем, связанных с недостаточным размером и неудовлетворительной структурой расходов на здравоохранение, отсутствием системного подхода к финансированию дорогостоящих медицинских технологий за счет государственной системы здравоохранения.

1.1.1. СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Несмотря на значительное снижение смертности населения России от болезней системы кровообращения, произошедшее за период 2003–2016 годов

(сокращение стандартизированных коэффициентов смертности для обоих полов составило около 50% [6, 7]), смертность населения России до сих пор остается высокой. В частности, смертность от болезней системы кровообращения в России больше, чем в любой из стран ОЭСР (рис. 1.1). Смертность от болезней системы кровообращения в России также занимает первое место в структуре смертности населения от всех причин (в большинстве развитых стран на первое место вышли новообразования) и на сегодняшний день соответствует уровню развитых стран, наблюдавшемуся в 1960–1970-е годы.

Исходя из изложенного, ясно, что снижение смертности от болезней системы кровообращения должно стать основной задачей системы здравоохранения России в ближайшем будущем, так как, во-первых, это позволит существенно сократить демографические потери и, во-вторых, представляется реальным с учетом накопленного мирового опыта по решению данной проблемы.

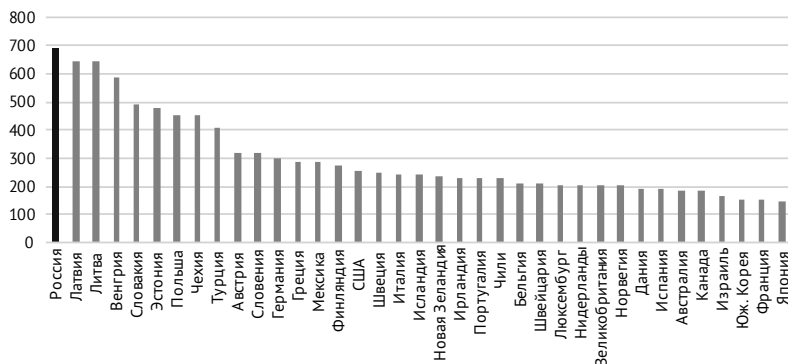


Рис. 1.1. Смертность населения от болезней системы кровообращения в России и странах ОЭСР в 2015 (или ближайшем) году, случаев на 100 тыс. стандартного населения обоих полов

Источник: расчеты авторов по материалам ОЭСР [6].

1.1.2. ОТСУТСТВИЕ ПОЛНОГО ОХВАТА НАСЕЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ (В ЧАСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ)

Несмотря на всеобъемлющие гарантии в области оказания медицинской помощи, в области лекарственного обеспечения гарантии в России являются ограниченными. В условиях стационара лекарственное обеспечение предоставляется бесплатно по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), однако по общему порядку амбулаторное лекарственное обеспечение финансируется за счет средств пациента.

При этом в большинстве развитых стран лекарственное обеспечение рецептурными препаратами рассматривается как неотъемлемая часть государственных гарантий в области здравоохранения и характеризуется всеобщим охватом и широкими перечнями субсидируемых лекарственных препаратов. В итоге расходы на рецептурные лекарственные препараты в расчете на одного человека населения (рис. 1.2) в большинстве стран ОЭСР, для которых доступны такие данные, существенно превышают российский уровень — около 100 долларов США.

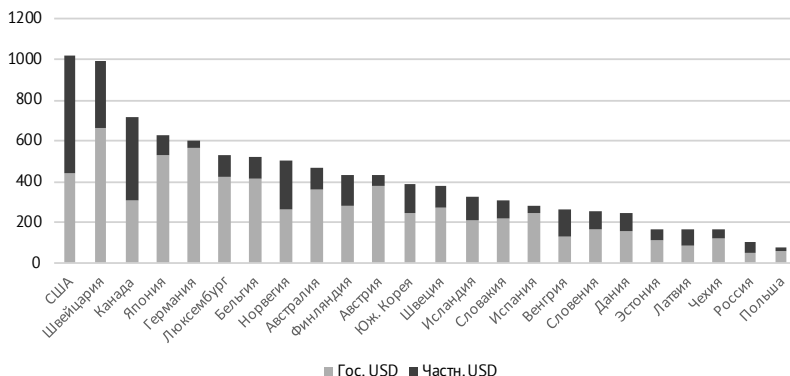


Рис. 1.2. Подушевые расходы на рецептурные лекарственные препараты в России и странах ОЭСР в 2017 (или ближайшем) году, долл. США на 1 чел. населения

Источник: расчеты авторов на основе данных [6, 8].

Кроме того, имеются значительные различия в распределении источников финансирования расходов на рецептурные лекарства: в России доля государственных расходов составляет 46,2%, в то время как в большинстве стран ОЭСР — 66% и более, а в Германии, Испании, Австрии и Японии — более 85%. Фактически среди рассматриваемых стран только в Канаде и США доля государственных расходов на рецептурное лекарственное обеспечение ниже, чем в России. Это связано с тем, что в этих странах также отсутствует всеобщая государственная система амбулаторного лекарственного обеспечения, однако в отличие от России значительная доля населения США и Канады участвует в программах частного или специализированного государственного лекарственного страхования.

Отсутствие полноценной системы льготного лекарственного обеспечения в России снижает доступность лекарств для нуждающегося в них населения, нарушает принцип солидарности, ухудшает клинические исходы лечения и, как следствие, снижает эффективность расходов на здравоохранение.

Отсутствие полноценной системы амбулаторного лекарственного обеспечения в России также приводит к увеличению доли лиц, проживающих за чертой бедности. Согласно нашим расчетам, основанным на данных российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ), после учета расходов на приобретение лекарственных средств доля домохозяйств, находящихся за чертой бедности, существенно увеличивается. Среди домохозяйств с детьми доля бедных возрастает с 28 до 30%, домохозяйств с инвалидами — с 9 до 12%, домохозяйств с пенсионерами — с 8 до 10% (табл. 1.1).

В настоящее время также действует ряд программ льготного лекарственного обеспечения, которые охватывают около 19% населения: федеральная программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС), федеральная программа обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами, а также региональная льгота. Вместе с тем данные программы характеризуются рядом существенных проблем.

В частности, в региональных программах используются непрозрачные критерии включения лекарственных препаратов и определения получателей льгот, наблюдаются значитель-

Таблица 1.1. Увеличение уровня бедности вследствие необходимости приобретения лекарств

Показатель	Все домохозяйства	Домохозяйства с детьми	Домохозяйства с инвалидами	Домохозяйства с пенсионерами
Число домохозяйств в выборке	3217	1050	455	2055
Доля домохозяйств с подушевым доходом ниже ПМ, %	14	28	9	8
Доля домохозяйств за чертой бедности после учета расходов на приобретение лекарств, %	15	30	12	10
Увеличение уровня бедности после учета расходов на лекарства, п. п.	1,7	1,6	2,4	2,0
Увеличение уровня бедности после учета расходов на лекарства, %	12,6	5,8	26,2	25,0

Источник: расчеты авторов на основе данных РМЭЗ НИУ ВШЭ.

ные различия в финансировании программ между субъектами РФ и, как следствие всего вышеперечисленного, значительные территориальные различия в составе и доступности льгот.

Программа ОНЛС подвержена отрицательному отбору: население имеет право выйти из нее в обмен на получение ежемесячной денежной выплаты, в результате чего при неизменном нормативе расходов на одного человека в программе остались только нуждающиеся в лекарствах лица. Более того, значительная часть льгот, предусмотренная программой ОНЛС, включена в состав региональных программ, что позволяет льготникам одновременно получать выплаты за счет отказа от ОНЛС и льготы в натуральной форме за счет средств бюджета субъекта РФ, то есть происходит дублирование льгот.

Программа обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами, в свою очередь, требует актуализации, так как в силу появления воспроизведенных препаратов стоимость части включенных в нее лекарств существенно снизилась по сравнению с моментом создания программы. В результате сегодня такие лекарства не являются высокочувствительными и могут быть предоставлены иными способами. Одновременно на рынок вышли новые препараты, применяющиеся для лечения данных нозологий во второй линии терапии, которые могут быть включены в данную программу¹.

1.1.3. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

На сегодняшний день в российской системе здравоохранения основным является региональный уровень, так как именно на нем определяется большинство параметров системы здравоохранения: отбор и распределение объемов помощи между медицинскими организациями, выбор способов оплаты медицинской помощи, реализация полномочий учредителя большинства медицинских организаций и т. д. При этом основным агентом, определяющим данные параметры в системе ОМС, которая является главным источником финансирования собственно медицинской помощи, является Комиссия по разработке территориальной программы ОМС (далее — Комиссия).

¹ В качестве примера можно рассмотреть терапию хронического миелолейкоза с использованием иматиниба. В настоящее время его доступность в основном обеспечивается за счет программы «Семь нозологий». Средняя стоимость месяца терапии в расчете на одного больного за счет средств программы в 2018 году составляет 10 268 рублей, что на 85% дешевле стоимости месяца терапии с использованием оригинального препарата (гливек) — 66 405 рублей, который был единственным доступным вариантом иматиниба в момент создания программы. Вместе с тем примерно у 35–40% пациентов со временем развивается резистентность или непереносимость к иматинибу. Для таких пациентов разработаны препараты нового поколения: нилотиниб и дазатиниб, стоимость месяца лечения которыми во второй линии терапии составляет около 165 тыс. рублей, в результате чего они в настоящее время не могут быть включены в программу.

Формально в ее состав на паритетных началах входят представители:

- органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- территориального фонда ОМС;
- страховых медицинских организаций;
- медицинских организаций;
- медицинских профессиональных некоммерческих организаций и ассоциаций, профсоюзов медицинских работников.

Однако фактически Комиссия контролируется органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, так как он одновременно является учредителем других ее участников: территориального фонда ОМС и большинства медицинских организаций. Очевидно также, что орган исполнительной власти имеет некоторое влияние на профессиональные медицинские сообщества, так как их члены в своем большинстве являются работниками подведомственных ему организаций.

Из этого следует вывод, что реализация полномочий, предоставленных законом Комиссии, осуществляется в интересах органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, которые в целом могут не совпадать с общественными. В частности, орган власти может быть заинтересован в поддержке неэффективных отраслевых форматов, решений или практик. Кроме того, в такой конфигурации отраслевые интересы, как правило, превалируют над общественными, что приводит к снижению эффективности расходования средств.

Данная ситуация дополнительно усугубляется тем фактом, что порядок реализации полномочий Комиссии законом не установлен, а обязательная методика распределения объемов помощи между медицинскими организациями, в которой бы учитывалась их эффективность, отсутствует. В итоге используемая Комиссией методика определения объемов и тарифов на медицинскую помощь является непрозрачной и в ряде случаев непоследовательной.

Прочие участники системы ОМС также не обладают достаточной мотивацией для повышения собственной эффективности. Так, за исключением достаточно формального представительства в Комиссии, страховые организации не имеют

рычагов влияния на распределение объемов помощи и установление тарифов на ее оплату, при этом мотивация к получению такого влияния у них также отсутствует, так как в силу отсутствия страхового принципа их собственный доход в основном формируется за счет расходов на ведение дел — доли от переданных им в управление средств ОМС¹ и не связан с объемом расходов на оплату медицинской помощи застрахованным лицам. При этом реализация полномочий страховых организаций, в которых они обладают достаточной финансовой мотивацией — проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, — может быть признана достаточно эффективной: в 2016 году в результате наложения финансовых санкций на медицинские организации страховые организации зачислили в свой доход 3 млрд рублей, а в целевые средства ОМС — 45 млрд рублей [7].

Доход медицинской организации зависит прежде всего от решения Комиссии, а результаты и качество деятельности медицинской организации влияют на него лишь во вторую очередь и в той степени, которая учитывается Комиссией при распределении объемов.

Непрозрачность и замкнутость системы не позволяют пациентам активно участвовать в процессе повышения эффективности. Вместе с тем создание личного кабинета застрахованного и вскрытые с его помощью многочисленные нарушения со стороны медицинских организаций показывают эффективность подобного участия.

1.1.4. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В течение большей части современного этапа развития здравоохранения в России наша страна сталкивается с вызовами, связанными с постоянным удорожанием медицинских технологий. При этом в отличие от зарубежных стран, где удорожание технологий приводило к увеличению расходов на здраво-

¹ В большинстве субъектов РФ норматив расходов на ведение дел установлен на уровне 1% от средств ОМС. Общий объем расходов на ведение дел в России в 2016 году составил около 15 млрд рублей.

охранение как в абсолютном (доллары США по ППС на одного гражданина), так и в относительном (% ВВП) выражении и требовало принятия мер сдерживания роста расходов, в России начиная с 2000 года роста расходов в % ВВП практически не наблюдалось (рис. 1.3).

В итоге, несмотря на определенные успехи в развитии здравоохранения, наблюдавшиеся на протяжении последних 15 лет, это приводит к серьезному недофинансированию отрасли, в результате которого оказывать медицинскую помощь в соответствии с современными и наиболее клинически эффективными подходами к лечению в ряде случаев оказывается невозможным.

Отдельную проблему также представляет собой сложившаяся структура расходов на здравоохранение. В отличие от зарубежных стран, где в среднем около 70–75% расходов являются государственными, в России доля государственных расходов составляет 55–60%, а остальные финансируются из частных источников, прежде всего из личных средств граждан. Это отражает серьезные проблемы с доступностью помощи в государственном сегменте здравоохранения, в первую очередь с амбулаторным лекарственным обеспечением. Кроме того, согласно ряду оценок, до 30% расходов граждан на платную ме-

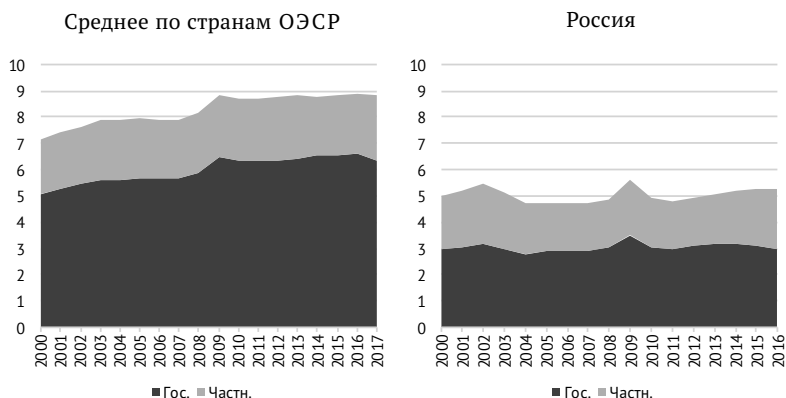


Рис. 1.3. Расходы на здравоохранение в России и странах ОЭСР, % ВВП

Источник: [6].

дицинскую помощь являются теневыми [9], что также подрывает эффективность формальной системы здравоохранения.

По мнению ряда экспертов, еще одной проблемой, связанной с финансированием здравоохранения, является отсутствие системного подхода к определению пороговой величины затрат в расчете на единицу эффективности медицинских технологий (так называемого порога готовности платить). В результате при практически неизменных расходах в долях ВВП каждый год в состав государственных гарантий включаются технологии, характеризующиеся неудовлетворительным соотношением «затраты/эффективность», когда размер расходов за дополнительную единицу эффекта, выраженную, например, в дополнительных годах жизни пациента по сравнению со стандартной терапией, оказывается слишком высоким и может достигать десятков миллионов рублей (см., например, [10]). Хотя применение некоторых таких технологий в рамках государственной системы здравоохранения может считаться оправданным, если они предназначены для лечения ранее неизлечимых заболеваний и состояний или позволяют существенно повысить продолжительность или качество жизни больных, финансирование большей части технологий с неудовлетворительным соотношением затрат и эффективности приводит к снижению доступности других, более затратно-эффективных методов лечения, что ухудшает клинические исходы лечения для большинства пациентов.

1.2. СТРУКТУРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К данной группе вызовов относятся проблемы, являющиеся достаточно уникальными для России и нехарактерными для большинства развитых стран как минимум начиная с послевоенного периода. Данные проблемы в основном носят хронический характер, однако часть из них является актуальной для отечественной системы здравоохранения уже многие десятки лет, а другая часть обострилась лишь недавно. С нашей точки зрения, наиболее актуальными из таких проблем на сегодняшний день являются вопросы кадрового обеспечения и территори-

альной доступности первичной медико-санитарной помощи для всего населения нашей страны.

1.2.1. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

На рис. 1.4 представлено международное сопоставление обеспеченности населения врачами. Видно, что обеспеченность врачами в России является достаточно высокой: почти 40 против 33 врачей на 10 тыс. человек населения в среднем по странам ОЭСР. Традиционно более высокую обеспеченность врачами в России принято объяснять низкой плотностью населения и необходимостью поддержки сети медицинских организаций на селе. Однако в действительности известно, что мощность амбулаторно-поликлинических организаций в расчете на 10 тыс. человек населения на селе почти в три раза ниже, чем в городской местности, то есть сравнительно высокая обеспеченность врачами в России объясняется иными причинами, нежели низкой плотностью населения: например, нерациональным планированием кадрового обеспечения здравоохранения.

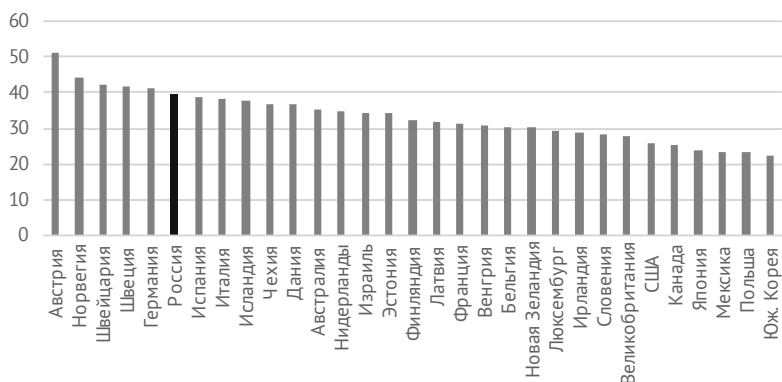


Рис. 1.4. Обеспеченность населения врачами в России и странах ОЭСР в 2015 (или ближайшем) году, врачей на 10 000 чел. населения

Источник: [6].

В частности, в России долгое время сохраняются следующие диспропорции:

- дефицит врачей в амбулаторном звене при избытке в стационаре;
- дефицит врачей в сельской местности при избытке в городской;
- дефицит врачей определенных специальностей — терапевтов, педиатров при имеющемся избытке специалистов по «популярным» направлениям: акушеров-гинекологов, стоматологов и др.

Одной из причин высокой нормативной обеспеченности может служить тот факт, что многие процедуры и медицинские манипуляции, которые в других системах здравоохранения выполняет врач общей практики, в России осуществляют несколько специалистов.

У населения вызывает нарекание то обстоятельство, что участковый терапевт, выступающий врачом первичного контакта, до сих пор часто не обладает достаточной квалификацией, чтобы предоставлять сколь-либо специализированную медицинскую помощь, что приводит к снижению качества лечения при первом обращении и неэффективному использованию кадровых ресурсов медицинских организаций.

В итоге при сравнительно высокой обеспеченности населения России врачами нередки ситуации, в которых врачей не хватает.

1.2.2. Территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи

За последние годы территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи в нашей стране несколько снизилась. Преследуя цель повышения эффективности расходов на здравоохранение, региональные органы исполнительной власти активно принимали решения о реорганизации сети медицинских организаций на малонаселенных территориях, в результате чего число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций) в сельской местности за период 2005–2016 годов

сократилось с 7495 до 4890 организаций. Хотя одновременно наблюдался достаточно существенный рост мощности амбулаторного звена в сельской местности (с 132 до 151 тыс. посещений в смену на 10 000 человек сельского населения), он оказался неравномерным [7]. В итоге на 2 июля 2018 года в Российской Федерации 788 населенных пунктов с населением свыше 100 человек находились вне зоны доступности медицинской организации или ее структурного подразделения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [11].

1.3. ВЫЗОВЫ, СВЯЗАННЫЕ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ВНЕДРЕНИЯ ПЕРЕДОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Помимо решения указанных выше проблем для обеспечения поступательного развития здравоохранения России также необходимо соответствовать мировой повестке. На сегодняшний день задачи системы здравоохранения выходят далеко за рамки собственно лечения заболеваний. Кроме того, в современной системе охраны здоровья граждан решаются задачи по профилактике, недопущению заболеваний, внедряются инновационные технологии персонализированной медицины, происходит изменение модели взаимодействия пациентов и медицинского персонала: из пассивного субъекта оказания медицинской помощи пациент становится активным участником процесса. Развитие указанных направлений позволяет существенно увеличить вклад системы здравоохранения в улучшение здоровья граждан, рост продолжительности жизни, в том числе активной, и, как следствие, ускорить экономический рост.

Вместо диагностики и стандартизированного лечения заболеваний новая медицина «4П»¹ предлагает досимптоматическое предсказание, профилактику и при необходимости персонализированное воздействие на конкретные причины

¹ «4П» расшифровывается как предиктивная (предсказательная, англ. predictive), превентивная (профилактическая, англ. preventive), персонализированная (англ. personalized), партисипативная (партнерская, англ. participatory).

развития патологий на основе вовлечения пациента в процесс лечения [12].

Центральным элементом новой модели должен стать постоянный мониторинг индивидуальных характеристик человеческого организма, определяющих особенности развития и протекания заболеваний. Несмотря на то что медицина «4П» не ограничивается учетом только генетических данных, именно расшифровка человеческого генома предоставляет врачам доступ к наиболее обширному массиву информации, стоимость получения которого за последние годы сократилась на несколько порядков (рис. 1.5).

По наиболее смелым прогнозам, развитые страны могут достигнуть всеобщего охвата расшифровкой генома уже в ближайшие 5–10 лет. Процедура расшифровки будет осуществляться при рождении или даже в дородовом периоде. Отдельные эксперты допускают возможность коррективки генома человеческого зародыша при выявлении негативных генетических мутаций [14].

Полученные данные будут использоваться для составления индивидуального профиля генетических рисков (повышенного уровня предрасположенности к определенным заболеваниям) и разработки механизмов их профилактики, при выявлении

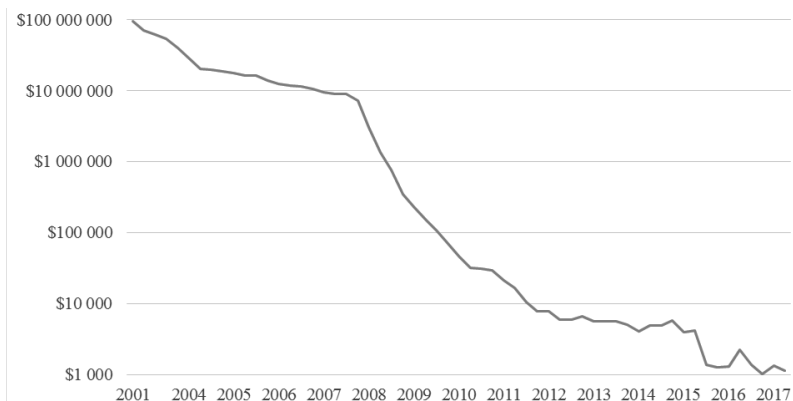


Рис. 1.5. Стоимость секвенирования генома, 2001-2017 гг., долл. США

Источник: [13].

заболеваний, имеющих генетическую или смешанную природу, для подбора или разработки персонализированных методов лечения. Ожидается, что целевая профилактика и ранняя диагностика заболеваний, оптимизация выбора лечения позволят совершить новый прорыв в области здоровья населения при одновременном сокращении расходов на здравоохранение [15].

Более скептическая позиция заключается в признании эффективности отдельных методов генетической медицины, применение которых должно быть ограничено определенными клиническими (наличие генетически обусловленных особенностей развития и протекания заболевания, действия лечения) и экономическими условиями (меньшая стоимость по сравнению с традиционными методами диагностики и лечения). Поэтому при внедрении инновационных технологий в российскую систему здравоохранения необходимо соблюдать осторожность.

При текущих условиях финансового обеспечения здравоохранения (см. раздел 1.1.4) Россия не может позволить себе внедрять современные технологии в здравоохранение исключительно ради собственно обеспечения процесса внедрения инноваций. В нынешних условиях внимание заслуживают лишь наиболее затратно-эффективные технологии, которые приводят либо к снижению расходов в здравоохранении, например, путем устранения дублирования в предоставлении медицинских услуг, автоматизации процесса оказания медицинской помощи и т. д., либо к существенному и доказанному улучшению исходов лечения при небольшом увеличении финансирования. Такие технологии позволят ускорить темпы совершенствования отечественного здравоохранения в соответствии с принципами догоняющего развития.

Однако, к сожалению, большинство инновационных технологий, в том числе персонализированной медицины, дистанционного наблюдения показателей здоровья пациентов и другие, данным критериям не отвечают. Их возможное внедрение ляжет дополнительным грузом на отечественную систему здравоохранения, в которой до сих пор не решены все задачи более ранних этапов развития, и приведет к усилению дисбаланса между объемом гарантий в сфере охраны здоровья и имеющемуся ресурсному обеспечению здравоохранения.

2. Опыт решения сопоставимых проблем в зарубежных странах

Как уже было неоднократно отмечено, большинство проблем, с которыми сегодня сталкивается система здравоохранения России, были успешно преодолены во многих зарубежных странах. Между тем способы решения таких проблем могут существенно различаться, а эффективность одних и тех же решений в разных государствах является неодинаковой в связи с различиями в исходном состоянии системы охраны здоровья граждан, социально-экономических условиях, институциональных особенностях разных стран. Поэтому для выработки оптимальных подходов к решению актуальных для нашей страны проблем имеет смысл проанализировать мировой опыт решения сопоставимых проблем, а также провести оценку степени вариативности используемых в зарубежной практике подходов.

2.1. СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В развитых странах сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и ее смещение к более старшим возрастам стали результатом так называемой сердечно-сосудистой революции кон-

ца 1960–1970-х годов. Сердечно-сосудистую революцию часто рассматривают как четвертую фазу эпидемиологического перехода¹, ставшую возможной благодаря одновременному развитию новых медицинских технологий и изменению отношения общества к здоровью: улучшению качества окружающей среды, повышению безопасности труда и быта, распространению здорового образа жизни. Страны Центральной и Восточной Европы оказались не способны заимствовать новую модель здравоохранения, что стало основным фактором накопления разрыва в продолжительности жизни населения в период 1965–1990-х годов [16].

Ключевыми составляющими успеха сердечно-сосудистой революции общепризнанно являются [17]:

- обеспечение всеобщего доступа граждан к современным профилактическим мерам, включая регулярный мониторинг и лекарственную терапию групп риска с использованием препаратов для контроля артериального давления, уровня холестерина, сахара в крови, антиагрегантной терапии с использованием аспирина;
- меры, направленные на изменение образа жизни населения (отказ от потребления алкоголя и курения табака, ведение активного образа жизни, здоровое питание и т. д.).

Примером успешной целенаправленной политики по изменению образа жизни может служить проект «Северная Карелия» в Финляндии (1972 г.). На момент начала проекта смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Финляндии была самой высокой в мире, а в выбранном для пилотного проекта регионе — наиболее высокой на территории страны. Основной причиной повышенного риска являлись негативные поведенческие привычки: высокий уровень потребления насыщенных жиров (сливочного масла, цельного молока, жирных видов мяса) и распространение курения [18].

¹ 1-я стадия эпидемиологического перехода — заболевания и голод, 2-я стадия — снижающаяся пандемия инфекционных заболеваний, 3-я стадия — дегенеративные и профессиональные заболевания, 4-я стадия — отложенные дегенеративные заболевания.

Ключевой особенностью проекта стало создание всеохватывающей среды продвижения здорового образа жизни. Медицинские специалисты проводили обучение пациентов, вели их регулярное наблюдение и предлагали профилактические меры. СМИ организовали масштабную информационную кампанию¹. Общественные организации и местные лидеры были привлечены к распространению нового образа жизни среди населения². Местные пищевые компании расширили производство продуктов с пониженным содержанием жиров, а супермаркеты проводили регулярные дни здоровья, в ходе которых потребители могли измерить давление и уровень холестерина в крови, а также получить консультацию диетолога. В результате проекту удалось коренным образом изменить поведенческие привычки населения³. Итоговое снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за 1969–2006 годы среди наиболее уязвимой категории населения — мужчин в возрасте 35–64 лет — составило 80%, от онкологических заболеваний (преимущественно за счет заболеваний, связанных с табакокурением) — 67% [18, 19].

2.2. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

В подавляющем большинстве развитых стран лекарственное обеспечение рассматривается как неотъемлемая составляющая права на медицинскую помощь. Единственной страной с развитыми государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи, не предоставляющей гражданам лекарственное

¹ Только в местной прессе за 1972–1976 годы было опубликовано более 1,5 тыс. статей, посвященных проекту.

² В частности, женские организации региона пересмотрели содержание кулинарных курсов в пользу более здоровых блюд. Представители профессиональных организаций и групп по интересам были вовлечены в распространение информации о проекте и мониторинг его реализации на местном уровне.

³ В частности, распространение регулярного потребления сливочного масла к началу 2000-х годов сократилось с 86% мужского и 82% женского населения до 10% и 4% соответственно. Доля населения, потребляющего овощи семь дней в неделю, выросла с 10 до 26% среди мужчин и с 12 до 47% среди женщин [18].

обеспечение при лечении в амбулаторных условиях, является Канада.

Необходимость оплачивать лекарства снижает приверженность амбулаторному лечению и, как следствие, повышает затраты на дорогостоящую стационарную и скорую медицинскую помощь. По данным опроса населения, 1 из 10 жителей Канады вынужден отказываться от приема или сокращать объем курса лекарственного препарата по финансовым соображениям¹, тогда как в странах с всеобщим лекарственным обеспечением и наиболее низкими уровнями сооплаты данная проблема затрагивает лишь 2–3% населения [21]. Доля госпитализаций, вызванных отказом от приема или сокращением приема назначенных лекарственных средств, оценивается на уровне 5,4% [22].

Дополнительным негативным эффектом отказа от государственного участия в лекарственном обеспечении становится рост цен на лекарственные препараты. Отдельные разрозненные покупатели не способны оказать эффективное давление на фармацевтические компании в целях снижения стоимости лекарственных препаратов. Стоимость воспроизведенных препаратов в Канаде оценивается на 79% выше средних и на 445% выше минимальных значений среди стран ОЭСР, оригинальных препаратов — в среднем на 30% выше по сравнению со странами сопоставимого уровня экономического развития [23].

В качестве временного компромиссного решения в Канаде предлагается ввести единый национальный план страхования катастрофических расходов, за счет которого будут возмещаться расходы на лекарственные средства, превышающие 5% дохода домохозяйства [24]. В перспективе Канада планирует ввести всеобщее гарантированное лекарственное обеспечение [20].

¹ При этом в Канаде действуют региональные страховые планы, предоставляющие лекарственное обеспечение наиболее уязвимым категориям больных (бедным, пожилым, больным определенными заболеваниями). В совокупности за счет бюджетных средств покрывается 42% расходов на рецептурные лекарства, приобретаемые через аптечную сеть (2014 г.) [20].

2.3. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В отличие от вызовов, рассмотренных выше, единого подхода к решению проблем в области организации медицинской помощи в настоящий момент нет. Глобально существует четыре развилки, в рамках которых решаются вопросы выбора покупателя медицинской помощи в системе здравоохранения, а также обеспечивается мотивация основных участников здравоохранения: покупателя, поставщика и потребителя.

2.3.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ПОКУПАТЕЛЯ

В роли покупателя гарантированной медицинской помощи могут выступать (в порядке увеличения численности представляемых потребителей — рыночной силы) [25]:

- отдельные индивиды;
- работодатели;
- благотворительные организации;
- медицинские организации;
- страховые организации (ОМС, ДМС);
- фонды ОМС;
- независимый национальный покупатель (национальный фонд ОМС, обособленное государственное агентство);
- органы государственной власти (на государственном, региональном или местном уровне).

Покупатели, обладающие большей рыночной силой, характеризуются более высокой финансовой стабильностью, лучшими возможностями организации экспертного контроля качества и эффективности оказанной медицинской помощи, сдерживания цен на медицинские услуги, а также более низкими административными издержками. Однако рост рыночной силы также сопровождается снижением заинтересованности покупателя в наилучшем удовлетворении потребностей обслуживаемого населения. Наиболее резкое ухудшение пациентоориентированности происходит при переходе от покупателей, конкурирующих за потребителя (страховых организаций, медицинских организаций), к безальтернативным покупателям,

прикрепление к которым определяется формальными характеристиками (территориальные или профессиональные фонды ОМС, независимый национальный покупатель или органы государственной власти).

В качестве основного покупателя в современных развитых системах здравоохранения обычно выступают конкурирующие страховые организации, независимый национальный покупатель или органы государственной власти. Все перечисленные типы покупателей обладают достаточным уровнем рыночной силы для обеспечения финансовой стабильности и организации экспертного контроля качества и эффективности оказанной медицинской помощи, но различаются по способности сдерживать цены на медицинские услуги и уровню административных издержек. Кроме того, перечисленные основные покупатели характеризуются специфическими механизмами собственной ответственности и доступными рычагами воздействия на медицинские организации (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Основные типы покупателей медицинской помощи

Тип	Конкуренция за потребителей	Ответственность	Рычаги управления поставщиками	Уровень адм. издержек
Конкурирующие страховые организации	Есть	Рыночная	Рыночные переговоры (средняя рыночная сила)	Высокий
Независимый национальный покупатель	Нет	Административная / политическая	Рыночные переговоры (максимальная рыночная сила)	Средний
Органы государственной власти	Нет	Административная / политическая	Прямое управление подведомственными организациями	Низкий

Источник: составлена авторами.

Таким образом, конкурирующие страховые организации являются единственным современным типом покупателя, сохраняющим непосредственную заинтересованность в удовлетворе-

нии потребностей прикрепленного населения и оптимизации расходов на покупку медицинской помощи, но обладают наименьшими сравнительными возможностями для сдерживания расходов и создают наиболее высокие административные издержки. Сохранение (Швейцария, США) или внедрение конкуренции между страховыми организациями (Германия, Нидерланды) является основным трендом развития современных страховых систем [26–29].

Другим важным преимуществом страховых организаций является покупка медицинской помощи на открытом рынке, что предоставляет им возможность отбора лучших поставщиков. Страховые системы здравоохранения часто устанавливают прямой запрет страховщикам на владение собственными медицинскими организациями (дореформенная система Нидерландов [29]) или ограничение доли собственных поставщиков в структуре покупаемой медицинской помощи (Колумбия [30]¹).

Органы государственной власти обычно являются одновременно покупателем и собственником медицинских организаций, предоставляющих гарантированную медицинскую помощь. Это дает им наилучшие возможности для сдерживания расходов на оплату медицинской помощи и сокращения административных издержек, но ограничивает выбор поставщиков. Кроме того, ответственность органов государственной власти наступает лишь в случае вмешательства вышестоящих органов и, как правило, применяется в исключительных случаях. Низкая эффективность покупки медицинской помощи (в том числе обусловленная ограниченным выбором государственных поставщиков или установлением заниженных тарифов на оплату медицинской помощи) обычно не ведет к применению санкций. Для стимулирования выбора лучших поставщиков многие государственные системы здравоохранения провели реформы, направленные на разделение покупателя и поставщика в форме перехода к обособленному покупателю (большинство стран Центральной и Восточной

¹ Не более 30% расходов покупателя на оплату медицинской помощи.

Европы¹), реже — в форме передачи полномочий покупателя медицинским организациям (Англия, см. ниже) или автономизации государственных учреждений здравоохранения (отдельные страны Восточной Европы).

В отличие от органов государственной власти независимый национальный покупатель (национальный фонд ОМС, обособленное государственное агентство) действует на открытом рынке медицинской помощи, что предоставляет ему расширенный выбор поставщиков. В теории независимый покупатель также сохраняет преимущества монополиста в части получения более выгодных условий покупки и более низких административных издержек по сравнению с множественными страховыми организациями, но аналогично государственным органам не несет прямой ответственности перед потребителями. На практике данная модель оказалась неустойчивой. Большинство стран Центральной и Восточной Европы (Венгрия, Латвия, Литва, Польша) предпочли подчинить покупателя министерству здравоохранения в целях лучшего сдерживания затрат [31].

Привлечение прочих типов покупателей в современных развитых системах здравоохранения носит дополнительный характер. Индивидуальный потребитель сохраняет функции покупателя в части медицинской помощи, не являющейся жизненно важной (косметические услуги, лекарственные препараты, направленные на улучшение качества жизни). Все страховые и отдельные государственные системы здравоохранения также предоставляют индивидам право выбора поставщика конкретных услуг в рамках государственных гарантий при сохранении за основным покупателем обязанностей по оплате и контролю качества таких услуг. Данная политика направлена на повышение удовлетворенности потребителей и создание

¹ Среди стран Центральной и Восточной Европы (не считая республик бывшей Югославии, где традиция ОМС в социалистический период не прерывалась) фонды ОМС были созданы в Албании, Болгарии, Венгрии, Польше, Словакии, Румынии, Чехии. Из стран — бывших республик СССР страховые фонды были созданы в Киргизии, Литве, Молдавии, России, Эстонии. В нескольких бывших республиках СССР был выбран вариант создания обособленного государственного агентства: в Армении, Грузии [31].

стимулов для медицинских организаций к повышению качества и комфорта обслуживания.

Организация предоставления медицинской помощи работодателем на базе собственных медицинских организаций, финансируемых за счет прибыли организации, была характерна для ранних этапов становления общественного здравоохранения. Современные развитые страны полагают неприемлемым риск использования работодателем информации о здоровье работника в своих интересах и стремятся к замещению прямой организации медицинской помощи работодателем предоставлением независимого ДМС [25]. Тем не менее прямая организация медицинской помощи работодателем может сохраняться для удаленных территорий, где отсутствует частный рынок медицинской помощи (военные базы, удаленные предприятия по добыче полезных ископаемых).

Благотворительные организации могут привлекаться к оказанию помощи, не входящей в состав государственных гарантий (в том числе помощи лицам без документов) или фактически не предоставляемой в рамках общественного здравоохранения из-за нехватки средств [32]. Преимуществами благотворительных организаций в роли покупателя являются большая гибкость по сравнению с государственными и квазигосударственными покупателями и лучшая ориентированность на нужды потребителя за счет отсутствия коммерческих интересов, характерных для частных покупателей (требования к платежеспособности клиентов, предоставление только помощи с доказанной медицинской и экономической эффективностью).

Специализированные фонды ОМС, прикрепление к которым определяется профессиональным статусом или территорией проживания, применялись на ранних стадиях становления ОМС в целях обеспечения всеобщего охвата и лучшей балансировки бюджетов фондов. Данная модель покупки является устаревшей и сохраняется отдельными странами (Австрия) преимущественно в силу традиции [33]. Большинство европейских страховых систем (Бельгия, Германия, Нидерланды, Швейцария) преобразовали специализированные страховые фонды в конкурентные страховые организации в целях

усиления заинтересованности покупателей в удовлетворении потребителей [35].

Политика передачи полномочий покупателя гарантированной государством медицинской помощи отдельным медицинским организациям (общеврачебным практикам — фондодержание) проводилась в Англии в 1991–1997 годах в целях воссоздания конкуренции между медицинскими организациями Национальной службы здравоохранения. Позднее полномочия покупателя были переданы специализированным территориальным организациям врачей, что де-факто стало переходом к модели независимого покупателя. Причиной отказа от первоначальной модели стала недостаточная квалификация отдельных врачей для организации закупок медицинской помощи и связанные с ней высокие административные и временные издержки. На практике подавляющее большинство врачей-фондодержателей продолжали покупать медицинскую помощь у поставщиков, с которыми взаимодействовали ранее в рамках государственной системы [34].

2.3.2. Мотивация покупателя

Заинтересованность покупателя в удовлетворении потребностей прикрепленного населения может обеспечиваться рыночными (спрос и цена услуг, финансовый результат) или административно-политическими механизмами (формальные санкции, отстранение руководства от должности).

Механизмы рыночной ответственности характерны для конкурирующих страховых организаций, финансовый результат которых непосредственно определяется численностью привлеченных клиентов, стоимостью предлагаемых страховых услуг и расходами на оплату медицинской помощи. Возможными механизмами рыночной ответственности являются:

- предоставление населению права свободного выбора покупателя гарантированной медицинской помощи. Применяется в большинстве западноевропейских страховых систем (Бельгия, Швейцария, Нидерланды с 1992 г., Германия с 1996 г.). Классические государственные системы основаны на жестком прикреплении потребителя к конкретному поку-

пателю, что может объяснять устойчиво более низкий уровень удовлетворенности населения [35];

- предоставление покупателю права самостоятельно устанавливать цены на свои услуги. В большинстве страховых систем стоимость ОМС регулируется централизованно в целях сохранения гарантированной доступности страховых услуг. В Нидерландах страховые организации самостоятельно устанавливают страховую премию в фиксированном размере, поступления от которой не подлежат перераспределению. Государство устанавливает ставку страховых взносов в виде процента от заработной платы, средства которых перераспределяются между страховыми организациями [29]. В Швейцарии размер страховой премии полностью определяется страховыми компаниями и может существенно варьироваться¹ [26];
- предоставление покупателю права согласовывать стоимость и распределение объемов оказываемых услуг с поставщиками медицинской помощи. В большинстве страховых систем сохраняются национальные или региональные прејскуранты на оплату медицинской помощи, часто согласуемые в ходе переговоров между ассоциациями страховых организаций и врачей, отдельными крупными больницами. Исключение составляют Нидерланды, где страховым компаниям предоставлено право свободного согласования тарифов на прямых рыночных переговорах между отдельными страховыми организациями и поставщиками [29].

Таким образом, на практике большинство страховых систем целенаправленно ограничивают возможности реализации рыночной ответственности страховых организаций в целях сохранения доступности ОМС и свободы выбора медицинской организации для потребителя. Наиболее полно принципы рыночной ответственности реализованы в Нидерландах и Швейцарии. Для государственного покупателя медицин-

¹ В 2015 году средний размер ежемесячной страховой премии составлял 406 швейцарских франков, при этом 5% населения являлись держателями страховых планов с премией, превышающей 529 швейцарских франков, 5% — с премией менее 328 швейцарских франков [26].

ской помощи механизмы рыночной ответственности не применимы.

В отличие от рыночных механизмов реализация административно-политической ответственности носит опосредованный характер. Ответственность наступает по решению вышестоящих органов управления на основе результатов внешнего контроля и может сопровождаться значительным временным лагом. Критерии реализации и формы ответственности определяются национальным законодательством или внутренними актами органов управления в сфере здравоохранения. Сложность объективной оценки роли покупателя в ухудшении результатов системы здравоохранения предопределяет редкое применение данных форм ответственности и, как следствие, более слабую мотивацию, формируемую ими для покупателя.

Политическая, реже административная ответственность является основным инструментом мотивации государственного покупателя медицинской помощи. В страховых системах административная ответственность применяется для контроля сфер деятельности, где рынок может создавать некорректные стимулы (например, уклонение от обслуживания лиц с высоким уровнем индивидуального медицинского риска).

2.3.3. Мотивация поставщика

Заинтересованность поставщика в удовлетворении потребностей обратившихся пациентов (как медицинских, так и сопутствующих немедицинских) и оптимизации расходов на оказание медицинской помощи также может быть обеспечена рыночными и административными механизмами.

Рыночными механизмами мотивации поставщика являются:

1. Предоставление пациенту или покупателю права свободного выбора поставщика. Большинство страховых систем сохраняют свободный выбор поставщика для конечного потребителя, обязывая покупателей заключать договоры на оказание медицинской помощи со всеми доступными поставщиками. Страховые системы, допускающие выборочное заключение контрактов между покупателем и поставщиком медицинской помощи (Нидерланды), могут использовать двухуровневую

систему отбора. Предварительный отбор поставщиков квалифицированным покупателем позволяет предотвратить заведомо некачественное или неэффективное оказание услуг, окончательный выбор поставщика потребителем (из предварительно сформированного перечня) создает стимулы для улучшения обслуживания населения [29].

В государственных системах возможность свободного выбора поставщика, как правило, отсутствует, что приводит к снижению удовлетворенности населения. Начиная с 1980–1990-х годов бюджетные системы проводят реформы, направленные на создание внутреннего рынка медицинской помощи, с разрешением конкуренции между поставщиками услуг и в том числе допуском к оказанию гарантированной медицинской помощи негосударственных организаций (Англия). Практика показывает, что простого разрешения участия для негосударственных организаций может быть недостаточно. Покупатели медицинской помощи склонны обращаться к привычным государственным поставщикам [34]. Для развития реальной конкуренции многие страны Центральной и Восточной Европы предпринимали попытки приватизации государственных учреждений здравоохранения в целях восстановления равных конкурентных условий. Отдельным странам (Польша) удалось добиться существенных успехов в приватизации амбулаторного звена, однако передача в частное ведение стационарных больниц столкнулась с активным сопротивлением практически во всех странах [31].

2. Применение методов оплаты, ориентированных на результат. Оплата по результатам (законченному случаю лечения, обслуживанию одного пациента или всего прикрепленного населения в течение определенного периода) создает для поставщика стимулы к экономии расходов в пересчете на единицу результата. Чем более высокоагрегированной является единица оплаты, тем большими возможностями обладает поставщик для оптимизации деятельности. В то же время высокоагрегированные единицы оплаты создают стимулы для уклонения от оказания дорогостоящих услуг и нуждаются в постоянном контроле [36]. В настоящий момент практически все развитые страны перешли к оплате стационарной помощи по закончен-

ному случаю. Оплата методом глобального бюджета применяется для стационарной помощи, не обладающей явным результатом (например, психиатрической помощи (Англия), и малых больниц (Австралия). Оплата амбулаторной помощи по подушевому нормативу получила широкое распространение в государственных и новых страховых системах стран Центральной и Восточной Европы [37].

Оплата за услугу создает стимулы к наращиванию объемов деятельности, в том числе необоснованному оказанию помощи [36]. Отдельные страны сохраняют данный метод оплаты в целях увеличения общего объема деятельности первичного звена (старые страховые системы), объема деятельности участковых врачей (Дания) или наиболее эффективных услуг (Германия). В Дании оплата за услугу для первичной медицинской помощи была возвращена после краткосрочного периода использования подушевого норматива, при этом оказание наиболее эффективных услуг и услуг, предоставляемых в недостаточном объеме, дополнительно стимулируется повышенными тарифами [35]. В Германии для врачей, получающих оплату в виде подушевого норматива в рамках модели эффективного координатора оказания медицинской помощи¹, дополнительная плата за услугу сохраняется за регулярные медосмотры лиц старше 35 лет, вакцинацию лиц старше 65 лет от гриппа, услуги амбулаторной хирургии, лечение психосоматических расстройств [39].

3. Разделение рисков между покупателем и поставщиком.

Распространенной формой недобросовестного поведения поставщика является оказание избыточной медицинской помощи, поскольку потребитель не способен оценить ее необхо-

¹ Модель координатора предполагает обязательное обращение к постоянному лечащему врачу первичного звена для получения направления на более высокие уровни системы здравоохранения. В Германии модель координатора предлагается в качестве альтернативной модели организации первичной помощи, выбор которой остается добровольным как для пациента, так и для врача. Врачи, выбравшие сохранение модели свободного доступа, получают оплату в виде платы за услуги, врачи, действующие в рамках модели координатора, — в виде подушевого норматива, дополненного платой за отдельные услуги [28].

димось, а покупатель не обладает полной информацией о состоянии здоровья потребителя. Для предотвращения риска необоснованного наращивания объемов система оплаты может предусматривать пропорциональное (доля от тарифа) или содержательное сокращение оплаты (отдельные статьи тарифа) каждой последующей единицы помощи сверх определенного согласованного объема. В Германии разделение риска между поставщиками реализовано в виде глобального бюджета на амбулаторные врачебные услуги. Каждый врач получает оплату услуг в виде доли установленного бюджета, пропорциональной объему оказанных услуг. Таким образом, при превышении совокупным объемом расчетного норматив оплаты услуг снижается для всех врачей, действующих на одной территории [28].

4. Передача медицинским организациям полномочий по самостоятельному осуществлению капитальных вложений.

На ранних стадиях развития общественного здравоохранения как в бюджетных, так и в страховых системах обязательства по финансированию крупных капитальных вложений медицинских организаций приняло на себя государство. Это решение предоставило государству полный контроль над достаточностью и распределением основных фондов в целях обеспечения равного доступа населения к гарантированной медицинской помощи.

Однако рост политической популярности крупных инвестиционных проектов в сфере здравоохранения и высокая сложность эффективного централизованного планирования привели к накоплению развитыми странами большого объема избыточных мощностей здравоохранения. В условиях продолжающегося роста стоимости медицинских технологий и усиления бюджетных ограничений развитые страны были вынуждены обратиться к поиску новых путей повышения эффективности планирования и осуществления капитальных инвестиций. Основным направлением реформ стала передача медицинским организациям ответственности за создание и содержание собственных активов на основе погружения соответствующих средств в тарифы на оплату медицинской помощи (Англия, Нидерланды). Прямая экономическая ответственность создает стимулы к оптимизации объема и состава

основных фондов, а также поиску наиболее эффективных путей реализации новых капиталовложений. Отказ от централизованного планирования и согласования инвестиций в пользу самостоятельных решений медицинских организаций повышает гибкость реакции системы здравоохранения на изменение потребностей населения [40].

При погружении средств на покрытие капитальных расходов в состав тарифов на оплату медицинской помощи источником средств для первоначального осуществления инвестиций могут служить собственные накопления медицинской организации, частные коммерческие кредиты, специализированные бюджетные кредиты (Фонд финансирования трастов (Англия) или частные инвестиции, в том числе в форме прямого долевого участия (Нидерланды¹), лизинга или возвратного лизинга (передача активов частному инвестору с последующим взятием в аренду, например проекты частной финансовой инициативы (Англия²). Выбор оптимального метода финансирования определяется особенностями конкретных проектов. Наиболее распространенным инструментом остаются частные кредиты, предоставляющие медицинским организациям возможность более быстрой реакции на изменения внешней среды по сравнению с накоплением средств. Соглашения с частны-

¹ В Нидерландах медицинским организациям запрещено вести деятельность на коммерческой основе, в том числе выплачивать прибыль инвесторам. Для привлечения частных инвестиций отдельные медицинские организации выделили управление физическими активами в отдельное юридическое лицо, на деятельность которого запрет на получение прибыли не распространяется [29].

² Программа частной финансовой инициативы представляет собой разновидность государственно-частного партнерства, ограниченного созданием основных фондов. Частные партнеры осуществляют строительство или реконструкцию зданий, реже — обеспечение некоторыми видами медицинского оборудования и обеспечивают поддержку созданных основных фондов в течение срока контракта (обычно 30 лет). Полномочия и ответственность по оказанию медицинской помощи полностью сохраняются за государственным партнером — медицинской организацией, фактически управляющей активами, находящимися в лизинге. Оплата услуг частного партнера осуществляется в виде ежегодных платежей. Фактической целью реализации программы частной финансовой инициативы являлся обход ограничений на увеличение государственного долга [41].

ми инвесторами (лизинг, возвратный лизинг) дополнительно позволяют снять с медицинской организации несвойственные ей функции по управлению имуществом и повысить качество и эффективность их исполнения. В то же время долгосрочные соглашения данных типов лишают медицинскую организацию возможностей гибкого управления основными фондами, что может быть опасным в условиях быстрого изменения технологий и (или) спроса на медицинскую помощь. Прямые инвестиции в виде долевого участия частного инвестора создают угрозу конфликта интересов между инвестором и медицинской организацией [42].

Практика реформ свидетельствует о резком сокращении числа крупных инвестиционных проектов при погружении инвестиционных средств в тарифы на оплату медицинской помощи. Отдельные исследователи рассматривают это как свидетельство неэффективности ранее запланированных проектов, другие — как признак ограниченности возможностей рыночного финансирования и потенциальную угрозу для регулярного обновления и развития основных фондов [41].

2.3.4. МОТИВАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

По мнению ряда отраслевых экспертов, основанном на данных медицинской статистики, полностью бесплатное общественное здравоохранение формирует угрозу постконтрактного оппортунистического поведения потребителя, проявлениями которого становятся выбор образа жизни, повышающего индивидуальные медицинские риски, отказ от принятия профилактических мер и необоснованные обращения за медицинской помощью. Экономической предпосылкой такого поведения становится нулевая стоимость дополнительной единицы медицинской помощи для пациента. Поскольку потребитель не несет дополнительных расходов при получении каждой отдельной медицинской услуги, для него выгодно обращаться к врачу даже в том случае, если полезность услуги невысока или находится под сомнением, и выбирать наиболее сложные и дорогостоящие услуги при наличии возможно-

сти решить проблему на более низких уровнях системы здравоохранения¹ [44].

Основным инструментом рыночной мотивации рационального поведения потребителей является восстановление ценовых сигналов для пациентов в виде участия в оплате. Участие в оплате может принимать различные формы, наиболее распространенными среди которых являются [44]:

- соплатежи (платеж за единицу помощи или товара, устанавливаемый в фиксированном размере, — большинство развитых стран);
- сострахование (оплата пропорциональной доли стоимости помощи или товара — Франция);
- доплата разницы между фактической ценой и установленным тарифом (для медицинской помощи — Франция) или ценой возмещения (для лекарственных препаратов — большинство развитых стран);
- страховой вычет (оплата помощи из личных средств до достижения расходами установленного предела — Нидерланды, Швейцария).

Для ограничения потребления медицинской помощи обычно применяются символические регулирующие соплатежи и страховые вычеты. Во Франции размер соплатежа за амбулаторное посещение врача, биологическое или рентген-исследование составляет €1, за назначение рецептурного препарата — €0,5 [37]. В Германии в период действия соплатежа за амбулаторное посещение врача его размер составлял €10 за первое посещение в квартале или последующие посещения без направления [28].

Страховой вычет применяется для дестимулирования обращений за относительно малозначимой или недорогой медицинской помощью в рамках ОМС (Нидерланды, Швейцария).

¹ Некоторые авторы полагают такую трактовку нулевых предельных издержек чрезмерно упрощенной, поскольку даже при полной бесплатности медицинской помощи обращение к врачу влечет за собой временные и сопутствующие денежные затраты (например, на дорогу, на лекарственные препараты в тех странах, где они не входят в страховку, и т. д.). Тем не менее практика развитых стран свидетельствует о сокращении потребления медицинской помощи при вводе незначительных регулирующих соплатежей, что подтверждает важность ценового сигнала [43].

Альтернативой страховому вычету может служить выплата бонусов застрахованным лицам за отсутствие обращений в течение определенного периода, но опыт применения этой меры в Нидерландах (2006–2007 гг.) показал ее меньшую эффективность в сравнении со страховым вычетом в силу отсроченного финансового эффекта¹.

Сострахование может использоваться в качестве регулирующего участия в оплате в тех случаях, когда потребитель обладает выбором между несколькими результативными методами лечения, отличающимися по стоимости (например, лекарственные препараты, стационарное лечение в палатах различной комфортности).

Для создания стимулов к выбору рационального поведения размер участия в оплате может дополнительно дифференцироваться в зависимости от действий потребителя (например, предварительное обращение к врачу-координатору) или степени медицинской и экономической эффективности выбранных медицинских услуг (например, при выборе между оригинальным препаратом и воспроизведенным). Во Франции размер покрытия лекарственных средств варьируется от 15% (малоэффективных) до 65% (большинство препаратов) и 100% стоимости (наиболее эффективные препараты) [37].

Для предотвращения финансовой недоступности медицинской помощи введение участия пациента в оплате обычно сопровождается вводом защитных механизмов, наиболее распространенными среди которых являются [45]:

- полное или частичное освобождение от оплаты для отдельных типов услуг (профилактические меры, диагностика, лечение хронических заболеваний) и категорий населения (дети и подростки, лица пожилого возраста, беременные женщины, лица с низким доходом);

¹ По условиям нидерландской реформы при отсутствии обращений за медицинской помощью в течение года (кроме услуг первичной помощи) застрахованному лицу выплачивались €255, при незначительном объеме потребления — разница между суммой бонуса и фактическими расходами. Уже с 2008 года выплата бонусов была замещена обязательным страховым вычетом [29].

- установление предельных объемов расходов из личных средств (для общего объема расходов или расходов на отдельную категорию услуг за период, случай заболевания);
- дополняющее частное медицинское страхование или сокращение размера участия при предоплате¹.

Более радикальным способом восстановления ценовых сигналов для пациента является возвращение к оплате медицинской помощи полностью из личных средств. Обновленная модель оплаты из личных средств с использованием индивидуальных сберегательных счетов была разработана в Сингапуре (1984 г.) и позднее заимствована ЮАР (частное ДМС, с 1994 г.), Китаем (страхование городского работающего населения, с 1994–1999 гг.) и США (частное ДМС, с 2003 г.).

Отношение к сберегательным счетам в качестве основного источника оплаты остается неоднозначным. Опыт их использования в форме добровольной дополнительной опции к страховым планам с высоким страховым вычетом показал привлекательность этого инструмента для населения². Сингапур входит в число мировых лидеров по основным показателям здоровья населения при общих расходах на здравоохранение практически в два раза ниже средних значений по развитым странам (4,3% и 8–9% ВВП соответственно [48]). В то же время детализированные исследования опыта США отмечают большую склонность держателей страховки с использованием сберегательных счетов к откладыванию обращения к врачу и отказу от обращений за профилактической медицинской помощью [49]. В Сингапуре и Китае выявлены проблемы доступности медицинской помощи для отдельных категорий населения: в частности, хронических больных, ма-

¹ В Англии пациенты, нуждающиеся в большом объеме лекарственных препаратов за период, могут снизить объем участия в оплате путем приобретения предоплатных сертификатов. Сертификаты продаются по фиксированной цене на 3 или 12 месяцев и позволяют получать в оплаченном периоде неограниченное количество лекарственных препаратов по назначению врача без дополнительного участия в оплате [46].

² В США численность держателей страховок с использованием сберегательных счетов в 2005–2017 годах возросла более чем в 20 раз: с 1 млн до 21,8 млн человек [47].

лообеспеченного населения, ряда этнических групп, пожилого населения [50, 51].

Административными механизмами минимизации риска оппортунистического поведения потребителя являются исключение из состава государственных гарантий помощи, в общем случае не имеющей объективных показаний к применению и предоставляемой исключительно на основании решения пациента (например, косметические услуги, курортное лечение), и ограничение доступа к специализированной медицинской помощи (модель эффективного координатора оказания медицинской помощи).

2.4. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.4.1. ВЫБОР ИСТОЧНИКА СРЕДСТВ

На различных стадиях становления общественного здравоохранения в роли основного источника средств могли выступать:

- личные средства (в том числе средства медицинских сберегательных счетов);
- страховые взносы;
- целевые налоги;
- общие налоги.

Подавляющее большинство развитых стран полагают неприемлемым использование личных средств граждан в качестве основного источника оплаты жизненно важной медицинской помощи в силу рисков финансовой недоступности необходимых услуг и (или) обнищания вследствие заболевания. Допустимая доля частных расходов, минимизирующая риск обнищания вследствие заболевания, оценивается на уровне 15–20% общих расходов на здравоохранение [52]. В то же время, поскольку все общественные источники финансирования создают проблему постконтрактного оппортунистического поведения потребителя, большинство стран сохраняют частичное, обычно символическое участие пациента в оплате медицинской помощи.

Переход от личных средств к страховым взносам и средствам общего налогообложения последовательно повышает защиту индивида от чрезмерно высоких расходов на медицинскую по-

мощь за счет более равномерного распределения финансового бремени. Страховые взносы обеспечивают индивидуальную защиту граждан от катастрофических расходов, но в условиях развитых государственных гарантий могут создавать избыточно высокую нагрузку на заработную плату [53]. Кроме того, поступления за счет страховых взносов, взимаемых с официальной заработной платы, оказываются более уязвимыми в периоды экономических кризисов по сравнению с налогами общего покрытия [54].

Финансирование из средств общего налогообложения преодолевает проблемы ограниченности и неустойчивости заработной платы в качестве доходной базы, опираясь на все виды государственных доходов. В то же время утрата целевого характера средств порождает новый риск произвольных колебаний размера финансирования в зависимости от изменения политических приоритетов.

На сегодня все развитые страховые системы используют средства общего налогообложения в качестве дополнительного источника средств, составляющего от 15% (Германия) до 50% (Япония) общественных расходов на здравоохранение. Бюджетные средства могут предоставляться в виде нецелевой субсидии общей суммой (Бельгия), взносов на неработающее население (Нидерланды, большинство стран Центральной и Восточной Европы), субсидий страховым фондам, предоставляющим ОМС лицам с низким доходом (Германия, Япония), целевых субсидий на оплату определенных услуг (например, услуг в области планирования семьи и репродуктивного здоровья (Германия)).

Отдельные страны (Франция, Венгрия) предприняли попытку совместить преимущества страхового и бюджетного финансирования, заместив взносы на ОМС целевым налогом на здравоохранение, взимаемым со всех видов дохода. Тем не менее целевые налоги не смогли обеспечить сбор необходимого объема средств. Рассмотренные страны продолжают софинансировать программы ОМС за счет средств общего налогообложения [55].

2.4.2. УПРАВЛЕНИЕ СОСТАВОМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Альтернативным подходом к балансировке государственных гарантий является управление охватом, составом и глубиной гарантированного медицинского обеспечения. Современным общепринятым стандартом для развитых стран является всеобщий равный охват населения минимальным набором помощи. Тем не менее при наличии трудностей интеграции в общую программу ОМС отдельных категорий населения (в частности, самозанятого населения) для них могут сохраняться отдельные программы страхового обеспечения.

В Бельгии для самозанятого населения была создана сокращенная программа ОМС с пониженной ставкой страховых взносов (1968–2008 гг.). Выделенная программа покрывала только крупные медицинские риски¹, рутинная медицинская помощь² оплачивалась за счет личных средств или средств ДМС³. В общей программе ОМС расходы на малые медицинские риски составляли более 40%, что позволило снизить ставку страховых взносов для участников выделенной программы до 3,2% (в общей программе — 7,35%). На 2008 год, когда было принято решение о постепенном выравнивании условий выделенной и общей программ, участниками программы были 9,7% населения [56]. В Германии самозанятые граждане по умолчанию должны приобретать ДМС. Право на ОМС сохраняется только за работниками, получившими его в период работы по найму [28].

¹ Стационарную помощь, включая операции и помощь при родах, и лечение отдельных заболеваний (рака, туберкулеза, полиомиелита, психиатрических заболеваний, врожденных заболеваний и пороков развития), включая сопутствующие расходы, доплату за обращение за неотложной медицинской помощью.

² Амбулаторные посещения врачей, включая стоматологию, малую хирургию, лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении и услуги ухода на дому.

³ В 1999 году держателями дополняющего ДМС являлись 85% участников сокращенной программы.

В области состава покрытия развитые страны декларируют доступность для населения всей жизненно важной медицинской помощи. Тем не менее ни одна из стран на сегодня не способна гарантировать населению доступность всех присутствующих на рынке медицинских технологий. Таким образом, на практике право населения на медицинскую помощь всегда ограничивается в скрытом (отсутствие физических или финансовых возможностей оказания помощи, уклонение от оказания помощи) или явном виде (формальная детализация права на медицинскую помощь, в том числе с определением применяемых технологий, условий оказания и сроков ожидания услуги [57]).

Скрытое определение государственных гарантий в теории сохраняет большую свободу выбора методов лечения для врача и пациента, что должно положительно влиять на результаты деятельности. Однако на практике системы здравоохранения часто злоупотребляют возможностью произвольного ограничения права на медицинскую помощь, отказывая в необходимых услугах или формируя чрезмерно долгие сроки ожидания. Отсутствие ясных юридических обязательств не позволяет гражданам эффективно защищать свои права в общем судебном порядке. Скрытая форма была характерна для ранних моделей здравоохранения и до настоящего момента сохраняется во многих бюджетных системах (Англия¹, Дания, Финляндия, Норвегия, Швеция), где право граждан на медицинскую помощь де-факто ограничивается помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения.

Частным случаем скрытого определения государственных гарантий является нормирование объемов плановой бесплатной помощи на основе ограничения предложения: количества специализированных подразделений, численности специалистов или объема оплачиваемых услуг за период. При превышении спросом утвержденного объема предложения пациенты

¹ В Англии на государственном уровне применяется скрытая форма определения, но местным органам закупки медицинской помощи разрешено разрабатывать собственные позитивные перечни.

получают помощь в порядке очереди в соответствии с моментом предъявления спроса (получения направления на услугу).

Особенно широкое распространение регулирование на основе очередей получило в бюджетных системах здравоохранения, где уполномоченные органы государственной власти напрямую контролируют мощность сети государственных учреждений здравоохранения. Преимуществами использования очередей являются нормирование загрузки медицинских организаций и реализация принципа социального равенства. Дополнительным положительным эффектом становится сокращение спроса на гарантированную медицинскую помощь со стороны лиц, способных оплатить получение услуги в частном секторе здравоохранения.

В то же время увеличение сроков ожидания может сопровождаться негативными эффектами, важнейшим из которых является риск ухудшения здоровья пациента в период ожидания. При осуществлении регулярного контроля здоровья пациентов, ожидающих получения медицинской помощи, расходы на мониторинг могут превысить экономию от оптимизации загрузки медицинских организаций. Даже в случае отсутствия реальной угрозы для здоровья пациентов длительные сроки ожидания негативно воспринимаются населением и могут представлять собой серьезную политическую проблему [58].

С учетом указанных рисков нерегулируемых очередей большинство бюджетных систем в последние десятилетия перешли к более мягкой политике гарантированных сроков ожидания, в рамках которой пациентам гарантируется получение помощи не позднее определенного срока. В Новой Зеландии политика гарантированных сроков ожидания реализуется в сочетании с уточнением критериев назначения плановых хирургических операций¹. В Великобритании и Финляндии введены санкции

¹ В зависимости от оценки потребности в помощи, рассчитываемой по стандартизированным картам диагностики, пациент может получить гарантию проведения операции (в течение 6 месяцев), назначение на активный мониторинг (в течение 12 месяцев, если ожидается, что в ходе данного периода пациент с высокой вероятностью перейдет в первую группу) или вернуться на регулярное наблюдение к врачу общей практики без каких-либо временных гарантий [58].

для медицинских организаций, не соблюдающих предельные сроки ожидания медицинской помощи. В Дании и Португалии пациентам, приближающимся к предельному сроку ожидания, предоставляется возможность свободного выбора поставщика, способного оказать необходимую помощь¹.

Определение права на медицинскую помощь в явном виде создает условия для юридической ответственности системы здравоохранения перед гражданами. При обоснованной процедуре отбора официальный запрет на применение технологий с низкой или недоказанной эффективностью позволяет предотвратить неэффективное расходование средств. В страховых системах явное определение права на медицинскую помощь необходимо для просчета страхового риска и балансировки финансового обеспечения ОМС. В то же время формальное определение состава государственных гарантий ограничивает право гражданина на выбор необходимой медицинской помощи, а необходимость официального включения новых технологий в состав гарантированной медицинской помощи создает дополнительные административные и временные издержки. Для предотвращения потерь, вызванных долгой процедурой рассмотрения, отдельные страны (Франция) допускают возможность финансирования новых технологий до их формального утверждения на основе временных соглашений [59].

Явное определение права на медицинскую помощь может осуществляться в виде негативного перечня (исключения из гарантированного покрытия), позитивного перечня (состав гарантированного покрытия) и определения условий применения конкретных технологий (дополнительные требования

¹ В Дании пациент при невозможности получения услуги в установленные законом сроки (с 1993 г. — 3 месяца, с 2002 г. — 2 месяца, с 2007 г. — 4 недели) вправе свободно выбирать поставщика услуг из всех больниц, заключивших соответствующие соглашения с системой здравоохранения (включая частные и зарубежные больницы). При этом непосредственно получение услуги в установленный период не гарантируется и зависит от фактической загрузки больниц и готовности пациента оплачивать транспортные расходы. В Португалии при достижении 75% максимального срока ожидания услуги пациент получает ваучер на оплату соответствующей услуги при ее получении у любого государственного или частного поставщика [58].

к обоснованию оказания помощи, клинические рекомендации). На сегодня процесс явного определения практически завершен в отношении фармакологической помощи: все страны, предоставляющие населению бесплатное лекарственное обеспечение, создали позитивные или по меньшей мере негативные (Англия, Германия) перечни лекарственных препаратов. Отчасти лучшее регулирование сферы лекарственного обеспечения объясняется наличием обязательных требований к исследованиям эффективности лекарственных препаратов [57].

Регулирование медицинской помощи остается менее открытым. Большинство бюджетных систем (Великобритания, Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция) сохраняют скрытую модель. Страховые системы преимущественно используют позитивные перечни покрываемых услуг, отдельные страны — негативные (Швейцария) или сочетание негативного и позитивного перечня (Словения, Чехия, Южная Корея). Сочетание позитивного и негативного перечней обычно используется для более точного описания разрешенных условий применения технологии. В некоторых случаях основой для принятия решения об обоснованности оказания услуги служат клинические рекомендации (Германия). Тем не менее детализация условий применения технологий сопровождается дальнейшим повышением административных и временных издержек регулирования и на практике остается редкой [57].

Отбор технологий здравоохранения может осуществляться на основе оценки медицинской или экономической эффективности. При ориентации на медицинскую эффективность (Германия) принятие новой технологии обосновывается наличием дополнительной терапевтической ценности (улучшением выживаемости, устранением симптомов или предотвращением осложнений, улучшением качества жизни) или сокращением негативных эффектов. В качестве дополнительных преимуществ новой технологии также могут учитываться сокращение времени и усилий, затрачиваемых на лечение, и улучшение удовлетворенности пациента. При отсутствии иных методов лечения заболеваний, ведущих к быстрому летальному исходу, достаточным терапевтическим эффектом признается любое продление продолжительности жизни [60]. Решения о включе-

нии новых эффективных технологий в состав страхового покрытия ОМС и их стоимости принимаются в ходе переговоров между ассоциацией фондов ОМС и поставщиками медицинских услуг или производителями лекарственных препаратов. Результаты оценки сравнительной экономической эффективности новых технологий могут учитываться в ходе переговоров, но не являются обязательными к применению [61].

При ориентации в ходе отбора технологий на экономическую эффективность государство определяет порог готовности платить, то есть сумму, которую государство готово выделить при условии достижения определенного терапевтического эффекта (например, дополнительного года жизни с поправкой на ее качество). В некоторых странах (Великобритания, Польша) порог готовности платить для лекарственных препаратов официально установлен нормативными правовыми документами, регламентирующими процедуру проведения оценки технологий здравоохранения. В большинстве стран (Австралии, Канаде, Нидерландах, Новой Зеландии, США, Швеции) порог готовности платить существует в скрытой форме. Ориентировочная предельная стоимость дополнительного года жизни с поправкой на качество де-факто учитывается при принятии решений о включении новых технологий в государственные гарантии, но формально размер порога и порядок его использования законодательством не закреплены [57].

Наконец, отметим, что, хотя применение ограничений на использование определенных медицинских технологий в государственном здравоохранении сопряжено с рядом морально-этических сложностей (исключение определенных видов помощи предполагает, что больные, которым она необходима, ее получить не смогут), уход от такого выбора на уровне организатора здравоохранения приводит к необходимости его осуществления на уровне медицинского учреждения или врача, что с общественной точки зрения оказывается менее эффективным и провоцирует неравенство в доступе к помощи.

Третьим направлением балансировки государственных гарантий является управление глубиной гарантированного покрытия, то есть долей расходов на оплату медицинской помощи, покрываемой за счет общественных средств. Большинство

развитых стран не используют данный инструмент, опасаясь снижения доступности медицинской помощи. Исключением является Франция, где стабилизация финансового обеспечения ОМС длительное время обеспечивалась за счет сокращения глубины страхового покрытия для амбулаторной помощи (к 2010 г. — в среднем до 63%), лекарственных препаратов, не являющихся жизненно важными (73%), и товаров медицинского назначения (доплата по счету может составлять до 400% официального тарифа). Доступность медицинской помощи сохраняется благодаря широкому распространению дополняющего ДМС, держателями которого являются 95% населения (в 2013 г. — 13,8% общих расходов). С 2000 года лицам с доходом ниже установленного минимума дополняющее ДМС предоставляется бесплатно. Источником финансирования программы льготного ДМС является налог на деятельность страховых организаций [59].

2.5. СТРУКТУРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

2.5.1. УКРЕПЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Развитые страны проводят активную политику перераспределения услуг между уровнями системы здравоохранения. Развитие технологий здравоохранения позволило перевести ряд услуг из стационарных в амбулаторные условия (например, гемодиализ) и из услуг, оказываемых врачами-специалистами, в услуги врачей первичного контакта (например, расшифровка результатов УЗИ). В ряде стран с наиболее развитой политикой замещения (в Дании, Исландии, Испании, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Финляндии, Швейцарии) врач первичного контакта самостоятельно завершает более 90% случаев, тогда как в странах с сильными традициями приоритета специализированной медицинской помощи — менее 80% (в Австрии, Германии, Литве, Латвии, Румынии, Словакии) [62]. Результаты исследований не обнаруживают ухудшения качества переданных услуг, тогда как их доступность и непрерывность процесса лечения улучшаются [63].

Для стран Центральной и Восточной Европы (Болгарии, Эстонии, Венгрии, Латвии, Литвы, Польши, Румынии) приоритетным направлением укрепления первичного сектора стал переход от организации первичной медицинской помощи на основе системы участковых терапевтов к модели семейного врача. Дополнительными функциями семейного врача обычно становились оказание медицинской помощи детям, предоставление отдельных услуг в области планирования семьи, ведения беременности и патронажа новорожденных, амбулаторной хирургии, диагностических услуг (анализы крови, ЭКГ) и интерпретации лабораторных анализов и исследований (рентген-снимков, ультразвуковых исследований и т. д.). Наиболее эффективные программы переподготовки были проведены в Эстонии (полный переход) и Латвии (94% действующих врачей) [62].

2.5.2. МОДЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОГО КООРДИНАТОРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для сокращения объемов необоснованного потребления наиболее дорогостоящей помощи применяется модель эффективного координатора, в рамках которой оказание медицинской помощи высоких уровней осуществляется только по направлению врача первичного звена. Как правило, модель эффективного координатора предполагает одновременное расширение самостоятельных функций первичного звена. Положительными эффектами модели являются сокращение затрат и улучшение непрерывности лечения [64].

Модель эффективного координатора оказания медицинской помощи может быть реализована в жесткой форме (Великобритания, Нидерланды, Норвегия), когда пациент обязан получить направление врача первичного звена для любого обращения к врачу-специалисту. Часть бюджетных систем (Дания, Исландия, Швеция) и новых страховых систем (Венгрия, Латвия, Польша, Эстония) реализуют модель эффективного координатора в мягкой форме с сохранением прямого доступа к отдельным врачам-специалистам, потребность в услугах которых может быть определена пациентом с достаточной степенью

достоверности (например, гинекологам, офтальмологам), или врачам по профилю хронического заболевания [62].

Для большинства страховых систем модель эффективного координатора оказания медицинской помощи исторически не характерна. В последние десятилетия многие страны провели реформы, направленные на предложение модели координатора в качестве альтернативной, добровольно выбираемой формы доступа в обмен на снижение страховых взносов (Швейцария с 1990 г.) или размера участия пациента в оплате (Бельгия с 1999 г., Германия с 2004 г., Франция с 2005 г. [65]). Результативность реформ варьируется в зависимости от значимости предложенных стимулов и исходного уровня избыточного спроса. Так, в Швейцарии по состоянию на 2013 год модель координатора использовали 60,3% населения, при этом снижение расходов в расчете на одного застрахованного оценивается в размере 10–25% [66]. Во Франции при более высоком охвате населения (81%) сокращение числа обращений к врачам-специалистам составило в среднем 4–5%, для специальностей, ранее отличавшихся наиболее высоким уровнем обращений (дерматология, ревматология и оториноларингология), — 9–11% [67].

2.5.3. ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

Низкая привлекательность первичного звена по сравнению со специализированной медицинской помощью побуждает страны принимать меры, направленные на улучшение обеспеченности врачами первичного контакта. Для увеличения общей численности врачей первичного звена принимаются такие меры, как:

- обязательное обучение по специальности врача общей практики до получения узкой специализации (Австрия);
- нормирование числа мест постдипломного обучения по отдельным специальностям (Италия, Франция).

Для регулирования территориального распределения обеспеченности врачами применяются прямые и косвенные меры. К прямым мерам относят обязательную отработку определенного числа лет после завершения обучения на установленной

территории по распределению (Кипр, Испания, Латвия) и ограничение заключения договоров на оплату медицинской помощи (Эстония, Франция) или выдачи лицензий на ведение медицинской деятельности (Швейцария) на наиболее обеспеченных врачами территориях. Косвенные экономические стимулы включают установление повышенных тарифов (Румыния, Турция, Франция), выплату дополнительных фиксированных сумм (Латвия), предоставление кабинета и материально-технического оснащения на льготных условиях (Швейцария), списание образовательного кредита (Австралия) [62].

2.6. РАЗВИТИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ИННОВАЦИЙ

На сегодня основными областями применения геномных данных в развитых странах остаются диагностика наследственных заболеваний, выявление сильных предрасположенностей к определенным заболеваниям в целях ранней диагностики и профилактики [68] и персонализация лекарственной терапии с учетом индивидуальных причин возникновения заболевания и особенностей реакции организма на лекарственный препарат¹. Расширение новых технологий на большинство заболеваний смешанной природы остается неэффективным в силу информационных², технических³ и поведенческих ограничений⁴.

В то же время полный отказ от исследования новых технологий создает угрозу будущего отставания по уровню здоро-

¹ Например, один из первых зарегистрированных на рынке таргетных лекарственных препаратов (иматиниб) повысил пятилетнюю выживаемость больных с хроническим миелоидным лейкозом с 30–40 до 90% [69].

² Так, число выявленных генов, оказывающих влияние на вероятность развития диабета, в процессе поиска генетических факторов достигает более чем 400, при этом поиск остается незавершенным [70].

³ Точность расшифровки генома остается достаточно низкой — до 6–12 тыс. ошибок на геном, при этом повторный анализ сохраняет расхождение в части наиболее значимых участков до 30–36%, участков, кодирующих наследственные заболевания, — до 25–90% [71, 72].

⁴ Пациенты, информированные о высоком риске заболевания, редко принимают значимые изменения образа жизни. При этом существует обратный эффект отказа от контроля здоровья в областях, для которых подтвержден низкий уровень медицинского риска [73, 74].

вья населения, аналогичную рассмотренной ранее проблеме непрохождения четвертой стадии эпидемиологического перехода странами Восточного блока. Для предотвращения данного риска большинство развитых стран разработали национальные программы развития генетической медицины, предусматривающие формирование минимально необходимой материально-технической базы для использования новых технологий. Страны с наиболее сильными научными позициями также приняли программы фундаментальных генетических исследований, позволяющие уточнить известные методы диагностики и лечения и начать поиск новых значимых генетических вариантов (см., например, британскую программу «100 000 геномов» [75].

3. Сценарии развития системы здравоохранения России

В целом все актуальные для российской системы здравоохранения проблемы в той или иной степени признаются экспертным сообществом и федеральными органами власти. Такое признание в том числе нашло отражение в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее — Указ), в котором одно из центральных мест занимают цели развития отечественного здравоохранения [5]. Указ также устанавливает задачи, решение которых необходимо обеспечить для достижения поставленных целей. Поставленные Указом цели и задачи легли в основу национального проекта в сфере здравоохранения, разработанного Министерством здравоохранения Российской Федерации и состоящего из восьми федеральных проектов [11].

3.1. АНАЛИЗ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1.1. Анализ достижимости и обоснованности поставленных Указом ЦЕЛЕЙ

Для анализа возможности достижения поставленных целей, прямо или косвенно относящихся к системе здравоохранения, в первую очередь имеет смысл проследить динамику тех целевых показателей, по которым имеются исторические статистические данные, и сопоставить текущие тренды с заложенными целевыми значениями. К таким показателям относятся ожидаемая при рождении продолжительность жизни, младенческая смертность, смертность населения трудоспособного возраста, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и от новообразований (рис. 3.1–3.5).

В целом международный опыт показывает, что достижение запланированных Указом показателей возможно, однако ни в одной из стран рост ожидаемой продолжительности жизни и снижение смертности не были такими быстрыми, как это необходимо для достижения целевых значений в России. В частности, для достижения цели по ожидаемой продолжительности жизни она должна увеличиваться по 0,76 лет в год, в то время как самый высокий наблюдаемый темп прироста среди европейских стран в 2000-х годах составил 0,48 лет в год (Словения), а высокий вариант актуального на начало 2018 года демографического прогноза Росстата предполагал увеличение продолжительности жизни за период 2018–2024 годов в среднем на 0,58 лет в год. В целом мировой опыт показывает, что для роста продолжительности жизни на 5 лет требуется не менее 12–15 лет.

Таким образом, достижение поставленной цели по ожидаемой продолжительности жизни возможно, только если за короткий период времени будут устранены большинство факторов, оказывающих на нее негативное влияние: снизится смертность от внешних причин, включая смертность в ДТП, кардинально улучшатся экологическая обстановка, рацион питания, существенно повысится благосостояние населения,

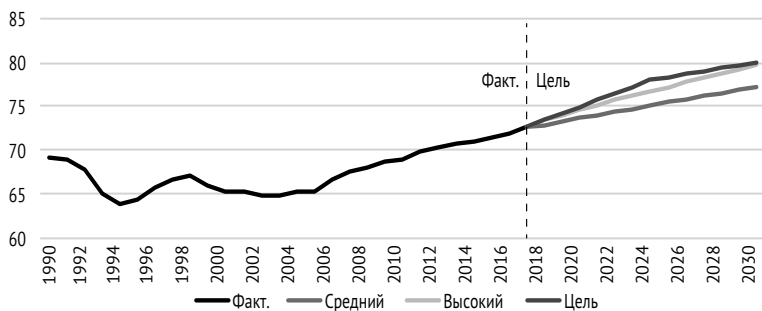


Рис. 3.1. Фактическая, прогнозируемая и целевая ожидаемая при рождении продолжительность жизни, лет

Источник: [7].

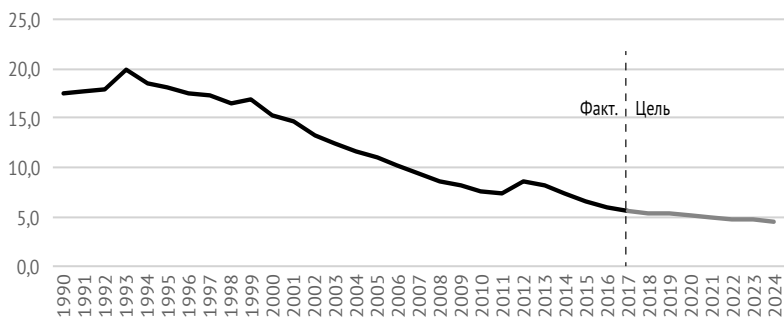


Рис. 3.2. Фактический и целевой уровень младенческой смертности, случаев на 1000 живорожденных

Источник: [7].

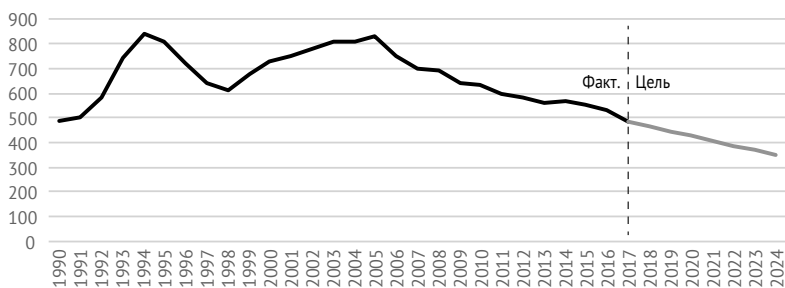


Рис. 3.3. Фактическая и целевая смертность населения в трудоспособном возрасте, случаев на 100 тыс. населения в соответствующем возрасте

Источник: [7].

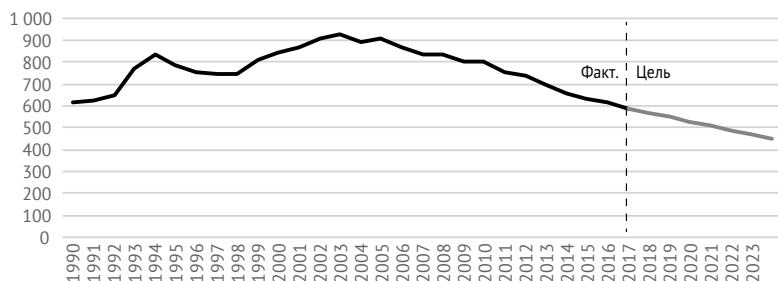


Рис. 3.4. Фактическая и целевая смертность населения от болезней системы кровообращения, случаев на 100 тыс. населения
Источник: [7].

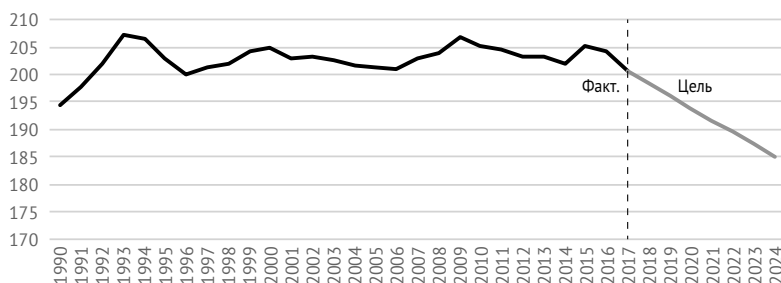


Рис. 3.5. Фактическая и целевая смертность населения от новообразований, в том числе злокачественных, случаев на 100 тыс. населения
Источник: [7].

снизится уровень стресса и т. д. Другими словами, достижение цели по ожидаемой продолжительности жизни возможно только в случае (сверх)успешного выполнения каждого из национальных проектов, предусмотренных Указом, а не только проекта в сфере здравоохранения.

Сокращение смертности от болезней системы кровообращения до заявленного уровня 450 случаев на 100 тыс. населения (то есть на 137,6 случая на 100 тыс. населения) требует примерно 8–12 лет. Сокращение смертности от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. населения (то есть на 15,6 случая на 100 тыс. населения) требует не менее 5–6 лет, однако здесь не-

обходимо учитывать, что снижение смертности от болезней системы кровообращения сопровождается ростом смертности от новообразований. Одновременного снижения смертности от обеих причин в заявленных масштабах за период 6–8 лет не удавалось достичь ни одной стране. Отдельно стоит отметить, что без учета национального проекта предполагалось снижение смертности от болезней системы кровообращения на 6% при одновременном росте смертности от новообразований на 13% (здесь представлены целевые индикаторы, заложенные в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [76]).

Достижение целей по младенческой смертности и смертности населения в трудоспособном возрасте представляется возможным, так как это требует сохранения сложившихся долгосрочных трендов. При этом следует отметить, что достаточно большое количество случаев смертности населения в трудоспособном возрасте, в особенности мужского, относится к здравоохранению лишь косвенным образом, так как спровоцировано внешними причинами (25 и 17% для мужского и женского населения соответственно).

С точки зрения возможности достижения других целей, по которым статистическая информация недоступна или ограничена, можно отметить следующее. Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, может трактоваться по-разному. Если для оценки результата использовать показатель, максимально объективно характеризующий дефицит в специалистах (то есть сумму неудовлетворенной потребности в врачах и среднем медицинском персонале во всех учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по всем специальностям и по всем субъектам РФ), то достижение поставленной цели следует считать практически невозможным, так как эффективный механизм привлечения кадров в те организации и территории, где имеется дефицит, в настоящее время не разработан. Если дефицит кадров измерять при помощи используемой Министерством здравоохранения Российской Федерации методики [77], которая предполагает компенсацию дефицита по ряду специальностей, уч-

реждений, субъектов РФ избытком специалистов по другим специальностям, в других учреждениях, субъектах РФ, то формальное решение задачи сводится к привлечению дополнительного (достаточно небольшого) числа сотрудников.

Достижение цели по обеспечению оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в целом представляется значительно более возможным, так как требует только создания необходимой медицинской инфраструктуры и выделения соответствующего финансирования.

Возможна также реализация цели по оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращению времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощению процедуры записи на прием к врачу. При этом, как и в случае с кадровым обеспечением, ключевым параметром, определяющим достижимость цели, является способ измерения результата. В случае использования предлагаемого национальным проектом в сфере здравоохранения показателя (доля медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», от общего количества медицинских организаций) можно с уверенностью считать, что поставленная цель будет достигнута, однако насколько это будет коррелировать с реальным временем ожидания граждан и повышением комфортности оказания помощи, предсказать невозможно, так как в открытом доступе описание «Новой модели медицинской организации...» отсутствует, равно как отсутствует строгая методика оценки степени внедрения такой модели на уровне конкретной медицинской организации.

Цель по увеличению объема экспорта услуг здравоохранения представляется труднодостижимой, но возможной, так как, несмотря на необходимость четырехкратного роста экспорта, даже при сохранении текущего объема международного медицинского туризма (45,5–72 млрд долл. США) планируемая доля

России на данном рынке составит не более 2%, а с учетом высоких темпов роста рынка (15–20% в год) — не более 1%.

Наконец, отечественный опыт проведения диспансеризации населения свидетельствует о наличии трудностей с выполнением даже нынешнего уровня охвата (39,7%) и широком распространении приписок в целях выполнения плана. Основной причиной низкого охвата является отсутствие желания у граждан к прохождению профилактического осмотра. Учитывая, что для создания соответствующей мотивации никаких конкретных мер не предлагается, реальное достижение всеобщего охвата представляется крайне маловероятным, что отчасти учитывается национальным проектом в сфере здравоохранения, который предполагает увеличение охвата к 2024 году не до 100%, а до 70% (что, впрочем, также следует признать крайне труднодостижимым уровнем).

В целом большинство поставленных целей выглядят обоснованными и соотносятся с актуальными проблемами российского здравоохранения. Исключение составляет лишь спорный характер цели обеспечения охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год. Отраслевые эксперты неоднократно отмечали наличие проблем как в части определения состава (наличие малоэффективных процедур, несоответствие состава обследований фактическому профилю медицинского риска пациента), так и в части организации проведения диспансеризации взрослого населения страны (недостаток квалификации и перегрузка врачей первичного звена, исключающие реальные возможности ранней диагностики [78]). Несмотря на активное обсуждение указанных проблем обществом и медицинскими специалистами, объективная информация о результатах и эффективности диспансеризации до настоящего момента Минздравом России не представлена.

3.1.2. АНАЛИЗ ПРЕДЛАГАЕМЫХ МЕР ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К настоящему моменту Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало комплекс мер по достижению

указанных целей и решению поставленных задач, общее описание которых представлено в паспорте национального проекта в сфере здравоохранения; он также содержит информацию о целевых индикаторах, которые планируется использовать для мониторинга реализации национального проекта. Не останавливаясь на пересказе данного документа, хотим отметить ряд моментов, которые, с нашей точки зрения, являются наиболее острыми и актуальными.

Во-первых, для решения проблемы кадрового дефицита планируется пойти путем увеличения численности врачей и среднего медицинского персонала, работающего в государственной системе здравоохранения: на 7–8 и 15–29 тыс. человек в год соответственно. Иных мер по ликвидации кадрового дефицита национальный проект не предполагает, из чего можно сделать вывод, что реально достичь поставленной цели по ликвидации дефицита врачей и среднего медицинского персонала во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не удастся. Для решения данной задачи необходима тонкая настройка системы подготовки кадров, которая будет направлена на переподготовку врачей из популярных специальностей, по которым наблюдается избыток кадров, в дефицитные специальности. Кроме того, необходимо разработать систему финансовых, карьерных и профессиональных стимулов для врачей и среднего медицинского персонала, которая будет способствовать притоку специалистов в дефицитные специальности и на удаленные территории — в противном случае даже при создании и финансовом обеспечении соответствующих рабочих мест они окажутся невостребованными.

Альтернативный путь по достижению данной цели заключается в расширении компетенций первичного звена, развитии института врачей общеврачебной практики. Это позволит переложить на врачей общей практики часть функционала врачей-специалистов в амбулаторном звене и тем самым приведет к снижению потребности в дефицитных кадрах.

Во-вторых, национальный проект предполагает достаточно узкую трактовку ряда поставленных Указом задач. Так, задачи по внедрению инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мони-

торинг состояния здоровья пациентов, а также по внедрению клинических рекомендаций и протоколов лечения рассматриваются исключительно в контексте деятельности национальных медицинских исследовательских центров (и медицинских организаций субъектов РФ третьего уровня), хотя участие в данных процессах актуально и для иных медицинских организаций, особенно для организаций первого уровня, где консультации с высокопрофессиональными врачами являются наиболее актуальными.

В-третьих, решение задачи по формированию системы защиты прав пациентов сведено к информированию граждан об их праве на прохождение ежегодного профилактического осмотра, наделению страховых медицинских организаций обязанностью по содержанию офисов по защите прав застрахованных в каждом субъекте РФ, а также возможностью экстра-территориального проведения контроля качества оказания медицинской помощи. Однако, учитывая, что доля медицинской помощи, оказанной вне границ «домашнего» субъекта РФ, в денежном выражении составляет около 4%, указанная мера вряд ли будет сильно способствовать защите прав пациентов.

В-четвертых, перечень мероприятий, реализуемых в рамках программ борьбы с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, также следует признать ограниченным. По сути, предполагается сосредоточиться на дополнительном финансировании капитальных расходов и на проведении информационных кампаний. Реализация обеих программ также предполагает разработку региональных программ борьбы с указанными заболеваниями, однако даже примерное содержание таких программ не известно.

В то же время без решения более актуальных для данных заболеваний задач: совершенствования системы лекарственного обеспечения, в особенности амбулаторного, приведения тарифов на оплату медицинской помощи в соответствие с современными клиническими рекомендациями, увеличения объемов помощи — добиться радикального снижения смертности от болезней сердечно-сосудистых заболеваний и тем более новообразований невозможно. Отчасти перечень мероприятий по борьбе с онкологическими заболеваниями был скорректи-

рован с учетом данных соображений: в федеральный бюджет начиная с 2019 года заложен трансферт Федеральному фонду обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения в размере 70 млрд рублей в 2019 году, 120 млрд — в 2020 году и 140 млрд — в 2021 году. Вместе с тем следует учитывать, что выделенные средства не могут быть израсходованы на амбулаторное лекарственное обеспечение. Кроме того, данные изменения не нашли отражения в тексте паспорта национального проекта в сфере здравоохранения; проведение схожих мероприятий для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в настоящее время не предполагается.

Кроме того, имеющийся в России опыт показывает, что эффективность инвестиционных расходов на здравоохранение в России не является высокой. При реализации региональных программ модернизации здравоохранения, основной этап которых пришелся на 2011–2013 годы, было допущено множество ошибок, связанных с нерациональным планированием закупок, созданием невостребованной медицинской инфраструктуры и т. д. [79]. К сожалению, механизмов по недопущению таких ошибок в будущем при реализации инвестиционных программ в здравоохранении на официальном уровне до сих пор предложено не было.

Для повышения эффективности инвестиционных расходов имеет смысл задуматься о возможности включения капитальных расходов медицинских организаций в тариф ОМС. В таком случае эффективность использования средств будет обеспечиваться лучшей осведомленностью медицинских организаций о своих потребностях, возможностью оперативного приобретения необходимого оборудования и (или) проведения его текущего ремонта, а также присутствием жесткой причинно-следственной связи между наличием в организации работающего медицинского оборудования, необходимого для оказания конкретных видов медицинской помощи, и величиной ее доходов. Включение капитальных расходов в тариф ОМС дополнительно будет способствовать созданию равных условий доступа к об-

щественному финансированию для медицинских организаций всех форм собственности и развитию справедливой конкуренции за пациентов между ними, что в конечном итоге внесет вклад в построение пациентоориентированной системы здравоохранения.

Вместе с тем реализация такой меры одновременно сопряжена с определенными рисками, связанными с низкой доступностью финансовых инструментов для государственных учреждений здравоохранения (кредит, лизинг), необходимость использования которых вытекает из сравнительно долгого срока службы большинства видов оборудования, а также возможностью возникновения у медицинских организаций отрицательного финансового результата, вызванного приобретением невостребованного оборудования. Поэтому в случае принятия решения о погружении инвестиционной составляющей в тариф ОМС необходимо действовать постепенно и вначале ограничиться включением в тариф сравнительно недорогого оборудования с коротким периодом амортизации.

Наконец, национальный проект в сфере здравоохранения в настоящее время не предполагает полного решения поставленной Указом задачи по внедрению клинических рекомендаций и протоколов лечения и их использованию в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи — для реализации последнего в паспорте проекта не предложено ни одного мероприятия (однако фактически соответствующее мероприятие будет проводиться вне национального проекта в части онкологической помощи).

3.2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Реализация национального проекта в сфере здравоохранения предполагает решение достаточно большого числа актуальных для России проблем. Вместе с тем при реализации национального проекта в утвержденном на сегодняшний день виде достижение ряда запланированных показателей и решение некоторых поставленных задач, с нашей точки зрения, находятся под угрозой. К таким целям и задачам в первую очередь отно-

ся снижение смертности населения от болезней системы кровообращения и от новообразований, реальная (а не формальная) оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу, формирование системы защиты прав пациентов, обеспечение рационального внедрения инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов. При этом без решения данных задач построение по-настоящему пациентоориентированной системы здравоохранения невозможно.

Для достижения указанных целей и решения данных задач, с нашей точки зрения, необходимо проведение мероприятий, направленных на радикальное расширение гарантий граждан в области амбулаторного лекарственного обеспечения, а также на решение структурных проблем в управлении отечественным здравоохранением. При этом если общие направления решения первой задачи не вызывают особых вопросов, то проведение структурных изменений возможно в совершенно разных, зачастую противоположных направлениях. Хотя мировой опыт является источником множества мер, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения, известные из мирового опыта направления совершенствования системы здравоохранения не всегда являются совместимыми друг с другом, а также могут не сработать в условиях России в силу различий в институтах. Консенсуса относительно оптимальной для России модели здравоохранения на сегодняшний день также нет.

3.2.1. ВАРИАНТЫ РАСШИРЕНИЯ ГАРАНТИЙ В ОБЛАСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Значительное число экспертов и представителей органов управления здравоохранением, в том числе федерального уровня [80], сходятся во мнении относительно необходимости перехода к единой модели амбулаторного лекарственного обе-

спечения, охватывающей все население России. Переход к такой модели позволит добиться существенных преимуществ, в том числе:

- решить структурные проблемы действующей системы лекарственного обеспечения (дублирование льгот в рамках разных программ, отрицательный отбор в программе ОНЛС, наличие значительных межтерриториальных различий в составе льгот);
- улучшить доступность необходимых лекарственных средств для населения, большая часть которого на сегодняшний день не охвачена программами льготного лекарственного обеспечения;
- повысить справедливость в распределении затрат на лекарственное обеспечение. Увеличение государственного финансирования позволит предотвратить риски ухудшения социального положения домохозяйств, столкнувшихся с заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, и снизить бедность;
- снизить стоимость приобретаемых лекарственных препаратов путем расширения возможностей государства по согласованию цен на лекарственные средства за счет роста объемов закупок;
- улучшить приверженность к лечению, а также клинические исходы лечения, что в конечном итоге способствует повышению эффективности расходов на медицинскую помощь;
- усилить положительные внешние эффекты (экстерналии). Выгода от лечения конкретного человека не является индивидуальной, а распространяется на его семью и все общество в целом.

Вместе с тем возможны различные варианты организации программы всеобщего амбулаторного лекарственного обеспечения. С нашей точки зрения, наиболее важными развилками здесь являются отбор лекарственных препаратов для программы, определение принципов функционирования программы (предоставление или возмещение стоимости лекарственных средств), выбор механизмов администрирования программы и механизмов ценообразования, принятие решений относи-

тельно сооплаты со стороны населения и источников государственного финансирования.

Отбор лекарственных препаратов для программы

Теоретически для создаваемой программы лекарственного обеспечения возможно создание отдельного перечня лекарственных средств. С одной стороны, это позволит создать его с нуля в соответствии с современными принципами формирования ограничительных перечней, учитывающих клинико-экономическую эффективность лекарственных средств. С другой стороны, наличие дополнительного (де-факто пятого) перечня лекарственных средств снижает прозрачность гарантий в отечественной системе здравоохранения, что может подорвать восприятие новой программы в глазах населения. Поэтому наиболее оптимальным, с нашей точки зрения, вариантом является пересмотр одного из федеральных перечней (перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов — ЖНВЛП или перечня, используемого для программы ОНЛС) с точки зрения соответствия включенных в него препаратов современным подходам к формированию ограничительных перечней, и его использование для целей разрабатываемой программы.

Принципы функционирования программы: предоставление или возмещение стоимости лекарственных средств

В настоящее время все льготные программы лекарственного обеспечения в России предполагают предоставление лекарственных средств (то есть государство осуществляет закупку лекарственных препаратов, которые впоследствии распределяются между больными). С одной стороны, это позволяет получить выгоду от централизации закупок (которая фактически используется только в рамках программы обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами), а также упростить процесс управления программой. С другой стороны, используемый принцип создает риски неправильной оценки потреб-

ности населения в лекарствах, в результате чего значительное число больных, которым положено лекарственное обеспечение, вовремя его не получают. Поэтому в будущем целесообразно перейти на возмещение стоимости приобретенных лекарственных средств, при котором пациент получает льготное лекарство в розничной аптеке из имеющегося в ней ассортимента, а затраты аптеки впоследствии компенсирует государство (в теории также возможен вариант, при котором пациент оплачивает лекарство из собственных средств с последующей компенсацией расходов). Вместе с тем для наиболее дорогостоящих вариантов терапии, а также для лекарственных препаратов, предназначенных для лечения редких (орфанных) заболеваний, имеет смысл рассмотреть вариант предоставления лекарств, так как для указанных препаратов преимущества централизованных закупок являются наиболее сильными.

Механизмы администрирования программы

В настоящее время механизмы управления различными программами льготного амбулаторного лекарственного обеспечения существенно отличаются. Наиболее качественным является механизм управления федеральной программой обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами, который предполагает ведение единого персонифицированного регистра льготополучателей, содержащего подробную информацию о пациенте и краткую историю его болезни. Теоретически данный подход может быть использован и в рамках всеобщей программы обеспечения лекарственными средствами, однако возможны и альтернативные варианты. В частности, возможна передача полномочий по администрированию льготного лекарственного обеспечения в систему ОМС с привлечением страховых медицинских организаций, что позволит избежать частичного дублирования имеющейся информационной инфраструктуры, необходимой для реализации принципа возмещения стоимости лекарственных средств (и которая в системе ОМС в настоящее время используется для ведения реестра счетов и проведения платежей), а также использовать компетенции страховых организаций для проведения контроля обо-

снованности назначений лекарственных средств конкретным пациентам и защиты их законных прав — последнее является крайне актуальным для отечественной системы льготного лекарственного обеспечения.

Механизмы ценообразования

В настоящее время в России при осуществлении государственных закупок лекарственных препаратов применяется достаточно сложный механизм ценообразования. Для регистрации предельных цен на лекарственные препараты из перечня ЖНВЛП фактически применяется внешнее референтное ценообразование, которое позволяет снизить цены на лекарства по сравнению с выбранными для России зарубежными странами. Основным недостатком используемого механизма является наличие объективных сложностей в мониторинге цен на лекарственные препараты в зарубежных странах, что приводит к невозможности оперативной реакции на изменение цен [81]. Для определения максимальных начальных цен государственных закупок в России дополнительно используются принципы внутреннего референтного ценообразования, в рамках которого для каждого международного непатентованного наименования (МНН) определяется средняя цена государственных закупок в расчете на единицу активного вещества (рассчитывается четыре раза в год), а также средняя цена состоявшихся закупок, проведенных заказчиком за последние 12 месяцев [82]. Несмотря на имеющиеся проблемы внутреннего референтного ценообразования в России (внедрение указанного механизма привело к значительным сложностям в осуществлении государственных закупок в связи с возникновением ситуаций, при которых расчетная максимальная цена контракта оказывалась ниже экономически обоснованной), она может быть использована для создаваемой системы лекарственного возмещения для расчета цен возмещения. При этом основными направлениями ее доработки могут являться усиление агрегирования в рамках механизма внутреннего референтного ценообразования (переход от уровня МНН к аналогичным или близким по механизму действия группам лекарственных средств), ис-

пользование принципов ценообразования, основанного на дополнительной терапевтической ценности (позволяет создавать ценовые преференции для препаратов, существенно улучшающих клинические исходы лечения), а также соглашений о разделении рисков [83].

Софинансирование расходов

При использовании предложенного механизма ценообразования величина возмещаемых государством затрат на лекарственное обеспечение определяется в рамках единого прейскуранта для каждого МНН или более широких групп лекарственных средств. При этом на рынке будут представлены как более дешевые, так и более дорогие лекарственные средства. В первом случае лекарство может быть предоставлено гражданину бесплатно или с минимальным соплатежом, необходимость осуществления которого будет создавать у населения мотивацию к рациональному поведению [84], а во втором — при получении лекарства будет необходимо оплатить разницу между ценой возмещения и фактической стоимостью лекарственного средства. При этом нужно учитывать, что использование механизмов сооплаты порождает ряд рисков, из которых наиболее важными являются опасность дискриминации наименее платежеспособных групп населения, а также возможность отказа населения от относительно недорогого лечения на ранних этапах заболевания, вызванного экономическими причинами, который может привести к необходимости более дорогостоящего лечения в будущем. Для нейтрализации данных негативных эффектов в рамках системы соплатежей предусматривается ряд скидок и исключений, а также ограничение максимального объема расходов граждан на лекарственное обеспечение из личных средств.

Определение источников государственного финансирования

Внедрение полноценной системы льготного лекарственного обеспечения потребует существенного увеличения государ-

ственных расходов. Если на сегодняшний день бюджеты всех уровней расходуют около 150 млрд рублей на льготное лекарственное обеспечение, то полноценная система льготного амбулаторного лекарственного обеспечения рецептурными препаратами со средней долей возмещения 70%, по примерной оценке, потребует не менее 430 млрд рублей государственных расходов (что соответствует 70% объема рынка рецептурных лекарственных препаратов в России без учета больничного сегмента в 2017 г.¹). Помимо текущих государственных расходов на амбулаторное лекарственное обеспечение в качестве возможного источника финансирования можно рассматривать средства, направляемые на выплаты отказникам от льготного амбулаторного лекарственного обеспечения в рамках программы ОНЛС в размере около 130 млрд рублей. Соответственно, дополнительно для реализации полной программы потребуются не менее 150 млрд рублей государственных расходов. Определение оптимального источника их финансирования лежит за рамками анализа системы здравоохранения и является предметом бюджетно-налоговой политики.

Очевидно, что одномоментный переход к описанной выше модели всеобщего лекарственного обеспечения невозможен в силу необходимости проверки функциональности ее наиболее важных элементов: платежной системы для возмещения расходов аптечных организаций, контроля обоснованности назначений лекарственных средств, отпуска лекарственных средств населению на условиях соплатежа, обеспечения стабильного государственного финансирования. Последний мо-

¹ В реальности величина государственных расходов может оказаться как выше, так и ниже указанной суммы. С одной стороны, следует ожидать более высоких затрат, так как при снижении предельных для населения цен на лекарственное обеспечение с его стороны произойдет увеличение величины спроса на лекарства. С другой стороны, не все зарегистрированные рецептурные лекарства войдут в программу (как минимум имеет смысл исключить лекарства, не подходящие для амбулаторного применения), что снижает потребность в расходах. Кроме того, появление гарантированного финансового источника в лице государства может позволить снизить цены на лекарственные препараты, что также может привести к некоторому снижению расходов по сравнению с представленной оценкой.

мент является особенно важным в силу того, что в нынешней системе амбулаторного лекарственного обеспечения контроль расходов, по сути, осуществляется на этапе планирования закупок; при переходе на модель возмещения данный рычаг управления будет утерян. С одной стороны, это будет способствовать кардинальному росту доступности лекарств (все пациенты, которым необходимо лекарство, смогут купить его из общего ассортимента аптеки на условиях софинансирования), а с другой — при неправильной оценке потребностей населения это может привести к недостаточности выделенного финансирования и дискредитации создаваемой системы лекарственного обеспечения¹.

Поэтому целесообразным представляется проведение пилотного проекта, в рамках которого возможно оценить эффективность данных компонент. При этом возможны различные варианты организации пилотного проекта.

Территория проведения пилотного проекта

Возможны два формата проведения пилотного проекта: общегосударственный и в границах отдельных субъектов РФ. Плюсом первого варианта является проведение натурального эксперимента на территории всей страны, что позволит нивелировать межтерриториальные различия в организации региональных систем здравоохранения, которые могут оказать существенное влияние на результаты проекта. Вместе с тем реализация проекта на федеральном уровне потребует единовременного создания необходимой для его проведения инфраструктуры на территории всей страны, что с учетом ее сложности представляется достаточно трудоемким процессом. Поэтому оптимальным представляется реализация пилотного проекта на территориях нескольких различных по социально-экономическим характеристикам субъектов РФ.

¹ По сути, это стало основной причиной неудачи эксперимента по введению дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) в 2005–2007 годах.

Критерии выбора групп льготополучателей

Теоретически возможны два варианта определения льготополучателей: по социальным или по медицинским основаниям. С нашей точки зрения, оптимальным является второй подход, так как основная задача системы здравоохранения заключается в предоставлении медицинской помощи нуждающимся в ней лицам, в то время как предоставление помощи уязвимым социальным группам является задачей системы социальной защиты. Использование медицинских критериев также позволит быстрее оценить эффективность предлагаемых механизмов.

Ключевыми критериями для выбора заболеваний, больным которыми будет предоставляться лекарственное обеспечение в рамках пилотного проекта, должны стать:

- отсутствие покрытия для всего населения в рамках текущих программ лекарственного обеспечения;
- возможность продемонстрировать клинические и (или) экономические результаты от увеличения доступности лекарственных средств в ограниченные сроки проекта (то есть в течение одного года);
- высокая распространенность заболевания среди людей трудоспособного возраста;
- значительное влияние на трудоспособность и смертность;
- высокая распространенность заболевания и число диагностированных пациентов.

Указанным критериям в наибольшей степени соответствуют ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), а также хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Выбор лекарственных препаратов

Учитывая, что ревизия федеральных перечней ЖНВЛП и (или) ОНЛС требует значительных временных затрат, а также должна быть согласована со всеми заинтересованными лицами, для реализации пилотного проекта целесообразно сформировать отдельный перечень возмещаемых лекарственных средств. Ос-

новой для формирования такого перечня должны стать клинические рекомендации по выбранным нозологиям, разработанные соответствующими профильными медицинскими сообществами. Включение в перечень лекарственных средств, подлежащих возмещению в рамках пилотных проектов, должно происходить по МНН. Все лекарственные препараты с МНН, включенные в перечень возмещаемых лекарственных средств, должны подлежать возмещению.

Определение цен возмещения

Ввиду отсутствия необходимой инфраструктуры и утвержденных методологий, а также в целях минимизации сложности и сокращения рисков реализации пилотных проектов использование предложенных ранее для целевой модели лекарственного обеспечения подходов к установлению цен возмещения является невозможным и нецелесообразным. Вместо этого в рамках пилотных проектов предлагается использование более простых и быстрых в реализации, а также менее затратных подходов к установлению цен возмещения, например, на основе средневзвешенных цен единицы активного вещества по всем препаратам одного МНН в субъекте РФ. Внедрение более сложных систем ценообразования на начальном этапе может привести к возникновению дополнительных трудностей, что может оказать негативное влияние на результаты пилотного проекта.

Критерии оценки эффективности пилотного проекта

Для оценки эффектов от реализации пилотного проекта целесообразно оценивать следующие показатели:

- для оценки эффекта увеличения доступности лекарственного обеспечения: изменение потребления лекарственных средств в расчете на одного больного с включенным в программу диагнозом;
- для оценки эффекта улучшения клинических исходов лечения: изменение смертности, инвалидизации, числа госпи-

- тализаций и вызовов «скорой помощи» по выбранным нозологиям;
- для оценки экономической эффективности: изменение расходов на оказание медицинской помощи в расчете на одного больного с диагнозом, соответствующим выбранным нозологиям;
- для оценки эффективности организации процесса: количество случаев несвоевременного предоставления необходимых лекарственных средств, несвоевременного и (или) неполного возмещения стоимости отпущенных лекарственных средств аптекам.

На основе вышеизложенного мы оценили ежегодную стоимость проведения пилотного проекта в области лекарственного обеспечения для трех рассматриваемых нозологий (табл. 3.1). Расчет расходов был основан на официальных статистических данных относительно общей заболеваемости населения в 2017 году [85], а также проведенной нами оценки стоимости амбулаторной лекарственной терапии в расчете на одного пациента в соответствии с российскими клиническими рекомендациями [86–88]. Итоговый результат представлен в расчете на 1 млн человек населения, что позволяет оперативно оценить стоимость проекта для любого субъекта РФ или всей страны в целом. Для расчетов были использованы следующие параметры софинансирования со стороны государства:

- софинансирование в размере 80% от розничной стоимости лекарственного средства в пределах установленной цены возмещения для лекарственных средств, стоимость лечения которыми (в ценах возмещения) в месяц превышает 0,1 МРОТ;
- софинансирование в размере 50% от розничной стоимости лекарственного средства в пределах установленной цены возмещения для лекарственных средств, стоимость лечения которыми (в ценах возмещения) в месяц не превышает 0,1 МРОТ.

Таблица 3.1. Расчет стоимости пилотного проекта в сфере лекарственного обеспечения

Показатель	ИБС	АГ	ХОБЛ
Оценка средних гос. расходов на амбулаторное лекарственное обеспечение 1 пациента, руб. в год	12 200	7000	14 700
Количество больных в расчете на 1 млн человек населения	52 884	82 245	5690
Расходы на лекарственное обеспечение, млн руб. на 1 млн человек населения	645,0	575,6	83,6

ПРИМЕЧАНИЕ: ИБС — ишемическая болезнь сердца, АГ — артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца), ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких (другая хроническая обструктивная легочная болезнь).

Источник: рассчитана авторами по материалам [85–88].

3.2.2. ВАРИАНТЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

На сегодняшний день большинство экспертов сходятся во мнении, что нынешняя организационная структура здравоохранения в России не является оптимальной, однако существуют диаметрально противоположные мнения относительно пути совершенствования управления здравоохранением. Часть экспертов настаивает на возврате к полностью бюджетной модели управления здравоохранением с концентрацией полномочий контролера, покупателя и поставщика медицинской помощи на региональном уровне власти. Другие эксперты, наоборот, указывают на необходимость окончательного разделения полномочий контролера, покупателя и поставщика путем перехода к классической страховой модели. Есть и более нейтральные предложения, предполагающие централизацию системы ОМС на федеральном уровне с сохранением полномочий поставщика за регионами, а контролера — за страховыми организациями. Каждый из этих путей обладает отдельными преимуществами и недостатками.

Аргументы сторонников возвращения к модернизированной модели Семашко можно подразделить на три основные группы [89]:

- бюджетная модель является более эффективной, демонстрирует сопоставимые или лучшие показатели здоровья населения при меньших расходах по сравнению со страховой моделью;
- условия деятельности российской системы здравоохранения не позволяют использовать преимущества страховой модели, вплоть до невозможности обеспечения ее финансовой и организационной устойчивости;
- в текущих условиях деятельность страховых медицинских организаций по большому счету сводится к проведению платежей, а аналогичный функционал может быть реализован за меньшую стоимость силами органов управления в сфере здравоохранения.

В качестве основных мер по реализации бюджетной модели предлагаются [90]:

- передача ответственности за здоровье населения государству, непосредственно заинтересованному в обеспечении долгосрочного улучшения состояния здоровья населения (в отличие от страховых организаций, заинтересованных в собственном финансовом результате, который может быть обеспечен в том числе при низком уровне здоровья населения);
- организация предоставления бесплатной медицинской помощи на основе государственного задания государственным учреждениям здравоохранения с запретом на оказание данными учреждениями платных медицинских услуг;
- передача полномочий по финансированию медицинских организаций финансовым отделам, образованным при органах управления здравоохранения на базе бывших фондов ОМС.

Критики описанного выше подхода отмечают, что не стоит ждать проявления сколь-либо осязаемых преимуществ от реализации указанных мероприятий, поскольку в настоящее время используемая в России модель здравоохранения и так фактически является бюджетной. Все полномочия по управлению наиболее крупным звеном отечественного здравоохранения —

региональным — принадлежат региональным органам управления здравоохранением: либо непосредственно (в рамках бюджетной части программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), либо через Комиссию по формированию территориальной программы (в рамках системы ОМС), которая де-факто контролируется региональным органом власти. Поэтому единственный осязаемый эффект, которого можно добиться путем формального отказа от системы ОМС в России, — это устранение страховых медицинских организаций из системы государственного здравоохранения и повышение прозрачности закрепленных за региональными органами полномочий. При этом финансовый результат устранения страховых организаций из системы государственного здравоохранения не является определенным. С одной стороны, отпадет необходимость финансировать расходы на ведение дел, размер которых на сегодняшний день составляет 1% от всех расходов системы ОМС. С другой стороны, исполняемые страховыми организациями полномочия по проведению платежей и контролю качества медицинской помощи, защите прав пациентов будет необходимо осуществлять силами государственных органов, в результате чего расходы на их администрирование увеличатся.

Наконец, при реализации указанных предложений будет утрачено единственное осязаемое преимущество нынешней модели здравоохранения — наличие независимого контроля качества медицинской помощи, и государство в одном лице будет совмещать полномочия заказчика, исполнителя и контролера качества услуг в здравоохранении, что потенциально может привести к дальнейшему снижению эффективности расходов на здравоохранение в России.

Вместе с тем бесспорно, что мировой опыт показывает возможную эффективность бюджетной модели здравоохранения. В странах с бюджетной моделью также наблюдаются несколько более низкие расходы на здравоохранение при примерно сопоставимых результатах. Однако корреляция между видом модели, расходами и результативностью здравоохранения является крайне слабой, а последние два параметра намного сильнее зависят от уровня социально-экономического развития страны,

чем собственно от принятой в ней модели здравоохранения [35]. Скорее всего, успеху обеих моделей в развитых странах способствует высокое качество имеющихся в них институтов.

В итоге, по мнению критиков, основным препятствием для успеха бюджетной модели в России является отсутствие достаточной степени политической ответственности власти, на которой, по сути, основана мотивация государственных органов управления здравоохранением в развитых странах с бюджетной моделью. В настоящее время в российских условиях нет гарантий того, что улучшение состояния здоровья граждан действительно является первоочередным приоритетом для государственных органов управления здравоохранением, основное внимание которых может быть сосредоточено на решении иных задач: поддержании сети государственных медицинских организаций, увеличении размера собственного бюджета и т. д. При этом при отсутствии для органов управления здравоохранением прямых выгод от улучшения здоровья населения они в полной мере несут ответственность за возможные провалы в проведении изменений, в результате чего их основной задачей является поддержание системы здравоохранения в нынешнем, зачастую неблагоприятном состоянии.

Наконец, критики бюджетной модели указывают на то, что в странах со страховой моделью, как правило, наблюдается более высокая удовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощи [35].

В качестве альтернативы бюджетной модели ряд экспертов предлагают переход к модели здравоохранения, основанной на классических страховых принципах [91]. Данное предложение заключается в наделении страховых медицинских организаций полномочиями по управлению системой здравоохранения с одновременной передачей им финансовой ответственности за покрытие сверхнормативных расходов на оказание медицинской помощи прикрепленному населению. Основным инструментом передачи ответственности служит поэтапное сокращение ретроспективного возмещения сверхнормативных расходов СМО на оплату медицинской помощи за счет резервов системы фондов ОМС.

Полномочия по управлению медицинским обслуживанием прикрепленного населения передаются СМО при принятии значимой доли страхового риска и включают:

- проведение предварительного отбора поставщиков медицинских услуг для заключения договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (с учетом установленных критериев доступности медицинской помощи);
- согласование индивидуальных дополнительных условий деятельности поставщика (например, особые условия маршрутизации пациентов, использование улучшенных технологий оказания медицинской помощи).

В результате страховые медицинские организации в роли ответственного покупателя медицинской помощи смогут способствовать улучшению качества медицинской помощи и сокращению неэффективных трат путем:

- отбора лучших поставщиков медицинских услуг;
- развития конкуренции за пациента между участниками системы ОМС;
- осуществления содержательного контроля медицинской помощи;
- стимулирования применения профилактических мер и мер ранней диагностики, внедрения и применения наиболее эффективных технологий лечения.

Конечными результатами внедрения страховой модели ОМС, основанной на классических страховых принципах, станут:

- рост доступности и качества медицинской помощи для населения;
- улучшение состояния здоровья населения;
- повышение удовлетворенности населения деятельностью государственной системы здравоохранения;
- минимизация затрат на оплату медицинской помощи не удовлетворительного качества или оказанной без необходимых оснований.

Основным риском реализации данной модели принято считать ориентацию страховщиков на увеличение собственной прибыли, в том числе в ущерб качеству и доступности медицинской помощи. При этом реализация указанного риска фактически зависит от степени конкуренции между страховыми компани-

ями и их возможностей по осуществлению сговоров. В конкурентной среде попытка снижения качества и (или) доступности помощи в одной страховой компании приведет к оттоку клиентов в другие компании, которые предоставляют услуги лучшего качества. Однако, если таких компаний на рынке не представлено, сложившаяся ситуация окажется равновесной.

Для нейтрализации указанного риска как минимум необходимо проведение стандартных мер антимонопольной политики, однако такие меры могут оказаться недостаточными. В частности, вероятность развития описанного выше события особенно высока при наличии хронического дисбаланса между объемом переданной страховщикам ответственности и предоставленного им финансирования. Поэтому для внедрения страховой модели необходима балансировка программы государственных гарантий с точки зрения приведения ее финансирования в соответствие с объемом содержащихся в ней обязательств на основе актуарных принципов.

Кроме того, для минимизации стимулов страховщиков к осуществлению негативного отбора необходимо доработать методику расчета дифференцированных подушевых нормативов, которая должна учитывать не только пол и возраст застрахованных, но и другие факторы, влияющие на будущие медицинские расходы. Следует отметить, что такая методика сама по себе, безусловно, будет оказывать влияние на доход страховых организаций, однако в отличие от текущей ситуации, где она, по сути, является единственным фактором, определяющим доход страховщика, дополнительное влияние на него также будет оказывать и эффективность собственной деятельности.

Наконец, третьим возможным направлением реформирования структуры управления отечественным здравоохранением является централизация фондов обязательного медицинского страхования. Сторонники данного подхода предлагают вывести территориальные фонды из-под контроля региональных органов управления здравоохранения и переподчинить их Федеральному фонду обязательного медицинского страхования. Это решает задачу по разделению полномочий покупателя и поставщика в отечественном здравоохранении, так как

в случае проведения указанной реформы фактическим покупателем помощи окажется территориальное подразделение федерального фонда ОМС, а поставщиком — медицинские организации, учредителем которых является региональный орган власти. В результате можно ожидать повышения эффективности расходов на здравоохранение, так как новый покупатель помощи в своей деятельности не будет руководствоваться исключительно интересами ее поставщиков.

Вместе с тем реализация такого предложения может породить ряд новых проблем. Во-первых, Федерация является учредителем достаточно большого числа медицинских организаций, стоимость оказания помощи в которых при равном качестве зачастую выше по сравнению с медицинскими организациями субъектов РФ. При передаче полномочий покупателя медицинской помощи на уровень Федерации можно ожидать переключения части пациентопотока в федеральные медицинские организации за счет снижения объемов оказания помощи на региональном уровне, что может снизить эффективность расходов. Во-вторых, достаточно сложно оценить, насколько в действительности полномочия покупателя и поставщика будут разделены при централизации системы ОМС с использованием описанных выше принципов. В действительности возможны сценарии, при которых при формальном изменении учредителя территориального фонда ОМС неформальные связи между разными органами управления здравоохранения, действующих на территории одного субъекта РФ, сохранятся. В итоге никаких фактических изменений от реализации такой реформы может не произойти.

В целом провести достоверную оценку результатов внедрения каждого из описанных выше вариантов реформы управления отечественным здравоохранением достаточно сложно. Каждый вариант имеет свои достоинства и недостатки, при этом не ясно, какие эффекты в реальности окажутся более сильными. С учетом этого представляется целесообразным проведение региональных пилотных проектов, в рамках которых будет возможно оценить эффективность каждого из вариантов реформы.

В качестве показателей, оценку которых стоит проводить по итогам реализации каждого пилотного проекта, можно выделить:

- 1) показатели качества медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы государственных гарантий, например:
 - число экстренных госпитализаций в связи с обострением хронического заболевания по отдельным диагнозам (например, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, астматический статус (отдельно у детей и взрослых), обострение хронической обструктивной болезни легких);
 - число случаев повторных госпитализаций в течение 30 дней после выписки (по отдельным диагнозам, например пневмония, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких);
 - число потенциально необоснованных госпитализаций в круглосуточный стационар (по заболеваниям и состояниям, обычно не требующим лечения в стационарных условиях, например артериальная гипертензия, церебральный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца без инвазивных методов диагностики и лечения, остеохондроз позвоночника, острые респираторные вирусные инфекции у взрослых);
 - доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;
- 2) показатели состояния здоровья населения как конечного результата оказания медицинской помощи (для мониторинга в целях подтверждения отсутствия неблагоприятных последствий), например:
 - смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 - больничная летальность от инфаркта миокарда;
 - больничная летальность от ишемического инсульта;

- смертность больных, перенесших инфаркт миокарда и ишемический инсульт, в течение 6- или 12-месячного периода после развития заболевания.

Следует отметить, что для проведения указанных пилотных проектов наибольший объем предварительной работы необходим для реализации проекта по внедрению классических страховых принципов. Для его проведения, в частности, необходима балансировка программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с точки зрения приведения финансового обеспечения программы реальным потребностям населения в бесплатной медицинской помощи. Для такой балансировки (за исключением наиболее дорогостоящих видов помощи) ежегодно необходимо выделение дополнительного финансирования в размере около 1,45 млрд рублей в расчете на 1 млн человек населения¹. При этом для соблюдения принципа объективности при оценке результатов пилотных проектов указанный объем дополнительного финансирования имеет смысл предоставить всем участвующим в пилотных проектах субъектам РФ, вне зависимости от того, какой конкретно пилотный проект они реализуют.

¹ Расчет осуществлен в предположении отсутствия каких-либо ограничений на оказание экстренной помощи населению, наличия системы разделения рисков с медицинскими организациями по плановой помощи в жизнеугрожающих состояниях, а также при создании системы очередей для плановой помощи, оказываемой по нежизнеугрожающим показаниям.

Заключение

Формирование пациентоориентированной модели здравоохранения в настоящее время является основной задачей Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан. Данный принцип означает, что в центре системы здравоохранения должен оказаться пациент, а усилия всех профессиональных участников системы здравоохранения, в том числе государственных органов, фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний и медицинских организаций, должны быть направлены на максимальное удовлетворение его потребностей и защиту его прав.

В силу наличия определенной специфики здравоохранения как отрасли экономики и общественных отношений такая задача не имеет простого решения, однако известно, что оно невозможно без активного вмешательства государства. При этом последнее не сводится к нормативно-правовому закреплению соответствующих обязанностей указанных выше участников здравоохранения. Для реального построения пациентоориентированной модели необходима организация сложной системы сдержек и противовесов, которые будут создавать корректную мотивацию у каждого из участников системы здравоохранения. При этом система должна быть настроена таким образом, чтобы взаимодействие участников, преследующих собственные и зачастую противоположные инте-

рессы, приводило к выигрышу всех сторон, в первую очередь пациентов.

К сожалению, в мире до сих пор не разработан универсальный рецепт создания такой системы здравоохранения. Комплексный характер связей между участниками, накладывающийся на институциональные рамки отдельно взятой страны, значительно усложняет прогнозирование успешности отдельных элементов организации здравоохранения, включая определение оптимальных источников финансирования, выбора покупателя медицинской помощи, способов оплаты инвестиционных расходов в здравоохранении, а также ряда других элементов, большинство из которых оказалось за рамками данного доклада.

Вместе с тем мировой опыт свидетельствует, что успех ряда других элементов организации здравоохранения является общепризнанным и практически не зависит от институциональных особенностей государства. К таким элементам, в частности, относятся способы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и субсидирование лекарств в амбулаторном сегменте для всех граждан.

В результате основной задачей России в области здравоохранения является, во-первых, скорейшее внедрение тех элементов, эффективность которых не вызывает вопросов, а во-вторых, тестирование элементов, которые потенциально могут разрешить проблемы в отечественной системе охраны здоровья граждан. Национальный проект в сфере здравоохранения (и демографии) предполагает реализацию ряда мер из первой категории, к которым можно отнести мероприятия по стимулированию здорового образа жизни, дальнейшему снижению уровня младенческой смертности, обеспечению территориальной доступности первичной медико-санитарной помощи и некоторые другие меры.

Однако реализация предусмотренных национальным проектом мероприятий представляется недостаточной для достижения ряда поставленных целей и решения ряда задач, включая цель по снижению смертности от болезней системы кровообращения и задачи по формированию системы защиты прав па-

циентов, то есть ключевого элемента пациентоориентированной модели здравоохранения.

Поэтому в дополнение к предусмотренным мероприятиям имеет смысл начать подготовку к внедрению единой модели всеобщего лекарственного обеспечения рецептурными лекарственными препаратами, применяемыми в амбулаторных условиях. Кроме того, в рамках региональных пилотных проектов представляется целесообразным оценить эффективность каждого из трех возможных путей совершенствования управления здравоохранения: на основе бюджетной модели, на основе модели ОМС, основанной на классических страховых принципах, а также на основе централизации нынешней модели ОМС на уровне Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Результаты таких экспериментов в конечном итоге позволят определить наиболее перспективную модель здравоохранения России, которая сможет считаться по настоящему пациентоориентированной.

Список литературы

1. Кравченко В.В., Шаталин Е. В. Итоги реформирования системы ОМС в 2010–2013 гг. Анализ недостатков существующей системы ОМС // Менеджер здравоохранения. 2014. № 3. С. 6–19.
2. Проект Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года / Министерство здравоохранения РФ, 2017. URL: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/037/493/original/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82_%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D0%B8_%D0%BE%D1%82_28.12.17.docx?1518791675.
3. Куликов А. Ю., Зинчук И. Ю., Проценко М. В. Анализ и пути оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с гемофилией // Современная организация лекарственного обеспечения. 2014. № 1. С. 20–27.
4. Arrow K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. 1963. Vol. 53. No 5. Pp. 941–973.
5. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027>.

6. OECD Health Statistics 2018 / OECD, 2018. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
7. Федеральная служба государственной статистики / Росстат, 2018. URL: <http://www.gks.ru/>.
8. Фармацевтический рынок России 2017 / DSMGroup, 2017. URL: http://dsm.ru/docs/analytics/Annual_Report_2017_rus.pdf.
9. Шишкин С. В., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В. Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения: препринт WP8/2014/03. Серия WP8. Государственное и муниципальное управление. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014.
10. Колбин А. С., Курьлев А. А. Определение референтного значения инкрементного коэффициента эффективности и полезности затрат в России в онкологии // Качественная клиническая практика. 2017. № 4. С. 38–44.
11. Национальный проект «Здравоохранение» (паспорт утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 3 сентября 2018 г. № 10). URL: <http://government.ru/news/33829/>.
12. Герасименко Н.Ф. 4П-медицина — новое направление развития здравоохранения / Федеральный справочник. Здравоохранение России. Т. 13. М., 2012. С. 93–96.
13. DNA Sequencing Costs: Data / National Human Genome Research Institute, 2018. URL: <https://www.genome.gov/27541954/dna-sequencing-costs-data/>.
14. Nuffield Council on Bioethics. Genome editing and human reproduction: social and ethical issues. London: Nuffield Council on Bioethics, 2018.
15. Hood L., Flores M. A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory // New Biotechnology. 2012. Vol. 29. No 6. Pp. 613–624.
16. Vallin J. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition // Demografic Research. 2004. No 2. Pp. 11–44.
17. Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk/ World Health Organization, 2007. URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf.

18. Baril G. The North Karelia Project in Finland: A societal shift favouring healthy lifestyles / Institut national de santé publique du Québec, 2013. URL: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1624_NorthkareliaProjectFinland.pdf.
19. Puska P. M. Vartianen E., Laatikainen T. et al. The North Karelia Project: From North Karelia to National Action. Helsinki: Helsinki University Printing House, 2009.
20. Morgan S.G., Martin D., Gagnon M.-A. et al. Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada. Vancouver, Pharmaceutical Policy Research Collaboration, University of British Columbia, 2015.
21. Sarnak D.O., Squires D., Kuzmak G., Bishop S. Paying for Prescription Drugs Around the World: Why Is the U.S. an Outlier? // Issue Brief (Commonwealth Fund). 2017 Oct. Pp. 1–14.
22. Iskedjian M., Addis A., Einarson T. Estimating the economic burden of hospitalization due to patient nonadherence in Canada // Value in Health. 2002. Vol. 5. No 6. Pp. 470–471.
23. Generic Drugs in Canada, 2013. Ottawa: Patented Medicine Prices Review Board, 2014. Annual Report 2013. Ottawa: Patented Medicine Prices Review Board, 2014.
24. Phillips K. Catastrophic Drug Coverage in Canada. Background Paper. Publication No 2016–10-E. Ottawa: Library of Parliament, 2016.
25. Preker A.S. et al. (eds.). Public ends, private means: strategic purchasing of health services. Washington: The World Bank, 2007.
26. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I. et al. Switzerland: Health system review // Health Systems in Transition. 2015 Vol. 17. No 4.
27. Abelson R. Park H. Obamacare Didn't Destroy Insurance Markets, but It Also Didn't Fix Them / The New York Times, 2017. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2017/06/06/health/insurance-market-before-and-after-aca.html>.
28. Busse R., Blumel M. Germany: health system review // Health Systems in Transition. 2014. Vol. 16. No 2.
29. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M. et al. The Netherlands: health system review // Health Systems in Transition. 2016. Vol. 18. No 2.

30. OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. URL: <http://www.oecd.org/countries/colombia/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015-9789264248908-en.htm>.
31. Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой / под ред. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. М.: Издательский дом «Практическая медицина». 2011.
32. Bull D., Joy I., Bagwell S., Sheil F. Supporting good health: The role of the charity sector. NPC, 2014. URL: <https://www.thinknpc.org/resource-hub/supporting-good-health-the-role-of-the-charity-sector/>.
33. Hofmarcher M., Quentin W. Austria: Health system review // Health Systems in Transition. 2013. Vol. 15. No 7.
34. Turner D., Powell T. NHS Commissioning before April 2013 / House of Commons Library, 2016. URL: <http://www.nhshistory.net/Commissioning%202016.pdf>.
35. Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (eds.). Social health insurance systems in Western Europe. Maidenhead, Open University Press, 2004.
36. Langenbrunner J.C. et al. Designing and implementing health care provider payment system: how-to manuals. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2009.
37. Mossialos E., Djordjevic A., Osborn R., Sarnak D. (eds.). International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, 2017.
38. Krasnik A. et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice // British Medical Journal. 1990. No 300. Pp. 1698–1701.
39. Hofmann S.M., Muhlenweg A. M. Gatekeeping in German primary health care — impacts on coordination of care, quality indicators and ambulatory costs. CINCH Working Paper Series 1605, Universitaet Duisburg-Essen, 2016. URL: https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1605_CINCH-Series_Hofmann_Muehlenweg.pdf.
40. Bernd R. (eds.). Investing in hospitals of the future. World Health Organization, 2009.
41. Van de Voorde C. et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system, Health Services Research (HSR). KCE Reports 229. Brussels: Belgian Health Care

- Knowledge Centre (KCE), 2014. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf.
42. Van der Zwart J., van der Voordt T., de Jonge H. Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies // Health Environments Research and Design Journal. 2010. Vol. 3. No 3. Pp. 70–86.
43. Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer? // Annals of Health Law. 2006. Vol. 15. No 2. Pp. 251–273.
44. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.
45. Томсон С. Моссиалос Э. Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74695/E83334R.pdf.
46. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review // Health Systems in Transition. 2011. Vol. 13. No 1.
47. Health Savings Accounts and High Deductible Health Plans Grow as Valuable Financial Planning Tools. AHIP, 2018. URL: https://www.ahip.org/wp-content/uploads/2018/04/HSA_Report_4.12.18.pdf.
48. Miller L.J., Lu W. These Are the Economies with the Most (and Least) Efficient Health Care. Bloomberg, 2018. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>.
49. Glied S. Health savings accounts in the United States // Euro Observer. 2008. Vol. 10. No 4. Pp. 5–6.
50. Barr M. D. Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry // Journal of Health Politics, Policy and Law. 2001. Vol. 26. No 4. Pp. 709–726.
51. Kong X., Yang Y., Gong F., Zhao M. Problems and the potential direction of reforms for the current individual medical savings accounts in the Chinese health care system // Journal of Medicine and Philosophy. 2012. No 37. Pp. 556–567.

52. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010.
53. Funding Health Care: Options for Europe / Mossialos E., Dixon A., Figueras J. et al. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002.
54. Wagstaff A. Social Health Insurance Reexamined. Policy Research Working Paper #4111 / The World Bank, 2007. URL: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2007/01/09/000016406_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf.
55. Сисигина Н. Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2017. № 1. С. 13–26.
56. Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health system review // Health Systems in Transition. 2010. Vol. 12. No 5.
57. Auraaen A. et al. How OECD health systems define the range of good and services to be financed collectively. OECD Health Working Papers, No. 90, OECD Publishing, Paris, 2016. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jlnb59ll80x-en.pdf>.
58. Siciliani L., Borowitz M., Moran V. Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? Paris: OECD Publishing, 2013.
59. Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. France: Health system review // Health Systems in Transition. 2015. Vol. 13. No 3.
60. General Methods. Version 5.0 of 10 July 2017 / Institute for Quality and Efficiency in Health Care. URL: https://www.iqwig.de/download/General-Methods_Version-5-0.pdf.
61. Angelis A., Lange A., Kanavos P. Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries // European Journal of Health Economics. 2018. No 19. Pp. 123–152.
62. Kringos D.S., Boerma W. G.W., Hutchinson A., Saltman R. B. (eds), Building primary care in a changing Europe — Case studies. Copenhagen, World Health Organization, 2015.
63. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on

- primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
64. Saltman R.B., Rico A., Boerma W. G.W. (eds). Primary care in the driver's seat? NewYork, Open University Press, 2006.
 65. Сисигина Н. Н. Проблемы перехода к модели диспетчера в здравоохранении // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2018. № 3. С. 64–77.
 66. Schwenkglenks M., Preiswerk G., Lehner R., Weber F., Szucs T. D. Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example // Journal of Epidemiology and Community Health. 2006. Vol. 60. No 1. Pp. 24–30.
 67. Dumontet M., Buchmueller T., Dourgnon P., Jusot F. et al. Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Medecintraitant reform // Health Policy. 2017. Vol. 121. No 6. Pp. 675–682.
 68. BRCA Mutations: Cancer Risk and Genetic Testing / National Institute of Cancer, 2018. URL: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet>.
 69. Pulte D., Gondos A., Redaniel M., Brenner H. Survival of patients with chronic myelocytic leukemia: comparisons of estimates from clinical trial settings and population-based cancer registries // The Oncologist. 2011. Vol. 16. No 5. Pp. 663–671.
 70. Regalado A. Forecasts of generic rate just got a lot more accurate / MIT Technology Review, 2018. URL: <https://www.technologyreview.com/s/610251/forecasts-of-genetic-fate-just-got-a-lot-more-accurate/>.
 71. Christoja C., Diamandis E. Whole genome sequencing as a diagnostic test: challenges and opportunities // Clinical Chemistry. 2014. Vol. 60, iss. 5. Pp. 724–733.
 72. Dewey F., Grove M., Pan C. et al. Clinical interpretation and implications of whole-genome sequencing // The Journal of the American Medical Association. 2014. Vol. 311, iss. 10. Pp. 1035–1045.
 73. Bloss C., Madlensky L., Schork N., Topol E. Genomic information as a behavioral health intervention: can it work? // Personalized Medicine. 2011. Vol. 8. No 6. Pp. 659–667.
 74. Smerecnik C., Mesters I., van Keulen H. et al. Should individuals be informed about their salt sensitivity status? First indications of the value of testing for genetic predisposition

- to low-risk conditions // Genetic testing. 2007. Vol. 11. No 3. Pp. 307–314.
75. Англия — The 100,000 Genomes Project / Genomics England, 2018. URL: <https://www.genomicsengland.co.uk/the-100000-genomes-project/>.
76. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 (ред. от 12.08.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162178/.
77. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 июня 2014 г. № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167657/.
78. Омельяновский В. В., Мельникова Л. С., Авксентьева М. В. Эволюция смысловой нагрузки определений «диспансеризация и диспансерное наблюдение»: история и действительность // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017. № 4. С. 39–45.
79. Филипенко А. В. Отчет о результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направленных в 2011–2013 годах на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2014. № 9. С. 200–280.
80. Общественное обсуждение проекта Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года / Министерство здравоохранения РФ, 2014. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/open/discuss/projects/archive/15>.
81. Мусина Н. З. и др. Анализ систем ценообразования и ценового регулирования стоимости лекарственных препаратов в зарубежных странах // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017. Т. 28. № 2. С. 30–39.
82. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 г. № 871н «Об утверждении Порядка определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем), при осу-

- ществлении закупок лекарственных препаратов для медицинского применения». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_283607/.
83. Лемешко В. А., Мусина Н. З., Федяева В. К. Совершенствование подходов к ценовому регулированию инновационных лекарственных препаратов, финансируемых за счет бюджетных средств // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2017. Т. 10. № 4. С. 25–30.
84. Сисигина Н. Н., Омеляновский В. В., Авксентьев Н. А. Обзор международной практики использования механизма разделения затрат в национальных системах здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2015. Т. 8. № 2. С. 62–69.
85. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. Ч. II / Поликарпов А. В., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Тюрина Е. М. и др. М., 2018.
86. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, 2016. URL: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedhypert.pdf>.
87. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, 2016. URL: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedcad.pdf>.
88. Хроническая обструктивная болезнь легких. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, 2016. URL: <http://spulmo.ru/upload/Рекомендации%20по%20ХОБЛ%202018.docx>.
89. Кравченко Н.А., Рагозин А. В. Возможна ли конкурентная (рисковая) модель обязательного медицинского страхования в условиях России? // Здравоохранение. 2015. № 6. С. 28–38.
90. Комаров Ю. М. и др. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы. URL: <http://www.nacmedpalata.ru/index.php?action=show&id=12658>.
91. Назаров В. С., Авксентьев Н. А. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2017. № 4. С. 9–23.

Научное издание

Серия «Научные доклады: социальная политика»

Заказное издание

Владимир Станиславович Назаров
Николай Александрович Авксентьев
Наталья Николаевна Сисигина

**Основные направления развития
системы здравоохранения России:
тренды, развилки, сценарии**

Выпускающий редактор *Е.В. Попова*
Корректор *С. В. Кошеварова*
Художник *В. П. Коршунов*
Оригинал-макет *О.З. Элов*
Верстка *Н.А. Кильдишева*

Подписано в печать 21.12.2018. Формат 60×90/16.
Гарнитура PTSerif. Усл. печ. л. 6,4. Тираж 500 экз. Заказ № 1546

Издательский дом «Дело» РАНХиГС
119571, Москва, пр-т Вернадского, 82
Коммерческий центр: тел. (495) 433-25-10, (495) 433-25-02
www.ranepa.ru
delo@ranepa.ru

Интернет-магазин
www.delo.ranepa.ru

Отпечатано в типографии РАНХиГС
119571, Москва, пр-т Вернадского, д. 82