



Центр междисциплинарных
исследований человеческого
потенциала

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Доклад НИУ ВШЭ



ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Москва, 2022

**К XXIII Ясинской
(Апрельской)
международной
научной конференции
по проблемам развития
экономики и общества**

2022 г.

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Доклад НИУ ВШЭ



Издательский дом
Высшей школы экономики
Москва, 2022

УДК 614.2
ББК 51.1+ 65.495
С87

Доклад подготовлен в рамках гранта, предоставленного
Министерством науки и высшего образования Российской Федерации
(№ соглашения о предоставлении гранта: 075-15-2020-928)

Авторский коллектив:

С.В. Шишкин (ответственный редактор), *И.М. Шейман*,
В.В. Власов, *Е.Г. Потапчик*, *С.В. Сажина*

С87 **Структурные изменения** в здравоохранении: тенденции и перспективы [Текст] : докл. к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. / С. В. Шишкин, И. М. Шейман, В. В. Власов, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина ; отв. ред. С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. — 59 с. — ISBN 978-5-7598-2636-1 (в обл.). — ISBN 978-5-7598-2456-5 (e-book).

В докладе проводится сравнительный анализ структурных изменений в системах здравоохранения стран с развитой экономикой, прошедших второй эпидемиологический переход, и России, находящейся в начале такого перехода. Рассматриваются изменения в структуре ресурсного обеспечения здравоохранения, в соотношении различных видов медицинской помощи, в организационно-технологической структуре системы здравоохранения, функционалах и способах взаимодействия ее элементов. Выявляются причины отличий структурных изменений в российском здравоохранении. Предлагаются перспективные направления дальнейших изменений в отрасли.

УДК 614.2
ББК 51.1+ 65.495

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

ISBN 978-5-7598-2636-1 (в обл.)
ISBN 978-5-7598-2456-5 (e-book)

© Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Принятые сокращения	4
Резюме доклада	5
Введение	8
1. Структурные изменения в системах здравоохранения стран ОЭСР и России	16
1.1. Изменения в финансировании здравоохранения	16
1.2. Усиление роли амбулаторной помощи	19
1.3. Интенсификация стационарной медицинской помощи.....	21
1.4. Развитие реабилитационной и долговременной медицинской помощи.....	23
2. Структурные изменения в странах ЕС и в России, происходящие в рамках основных видов медицинской помощи.....	25
2.1. Развитие деятельности по профилактике заболеваний	25
2.2. Развитие первичной медико-санитарной помощи	30
2.3. Развитие стационарной помощи	36
2.4. Развитие долговременной медицинской помощи	39
3. Движущие силы структурных изменений в системе здравоохранения России	41
4. Причины отличий структурных изменений в российском здравоохранении от зарубежных трендов.....	46
5. Направления структурных изменений в системе здравоохранения, необходимых для обеспечения второго эпидемиологического перехода	51
Заключение.....	54
Приложение	56
Авторы доклада	58

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВВП — валовой внутренний продукт

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ЕС — Европейский союз

ОМС — обязательное медицинское страхование

ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни при рождении

ОЭСР — Организация экономического сотрудничества и развития

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

Росстат — Федеральная служба государственной статистики

СМИ — средства массовой информации

ЦНИИОИЗ — Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЗЮМЕ ДОКЛАДА

В докладе проводится сравнительный анализ структурных изменений в системах здравоохранения стран с развитой экономикой и России. Рассматриваются изменения в структуре ресурсного обеспечения здравоохранения, в соотношении различных видов медицинской помощи, в организационно-технологической структуре системы здравоохранения, функционалах и способах взаимодействия ее элементов. Сравнение проведено для двух групп стран и двух разных временных периодов. На первом этапе анализируются структурные изменения в здравоохранении стран ОЭСР в период второго эпидемиологического перехода, временные рамки которого определяются увеличением ожидаемой продолжительности жизни при рождении с 70 до 80 лет. Эти изменения сравниваются с происходившими в здравоохранении России (находящейся в начале второго эпидемиологического перехода) в период, когда ожидаемая продолжительность жизни выросла с 70 до 73 лет (2012–2019 гг.). На втором этапе сравниваются структурные изменения в системах здравоохранения стран ЕС и России в период 2000–2019 гг.

По ряду направлений структурные сдвиги в российском здравоохранении совпадают с трендами в странах с развитой экономикой, прошедших второй эпидемиологический переход. Прежде всего это касается сокращения объемов стационарной помощи за счет сокращения сроков пребывания на больничной койке. Четко прослеживается тенденция к замещению части стационарной помощи дневными стационарами. Как и в европейских странах, быстрыми темпами идет процесс концентрации медицинских организаций и формирования крупных амбулаторно-стационарных комплексов. Примерно одинаковые тенденции отмечаются в развитии профилактических услуг: растет охват скринингами и профилактическими осмотрами. Повышается роль мультидисциплинарных форм оказания первичной медицинской помощи.

Отличия структурных сдвигов в российском здравоохранении от общих трендов в странах с развитой экономикой состоят в следующем. Доля расходов на здравоохранение в ВВП остается существенно ниже. Изменения в соотношении государственных и частных расходов разнонаправлены. Сохраняется значительное

превышение затрат на стационарную помощь по сравнению с затратами на амбулаторное лечение. Развитие профилактических программ в меньшей степени ориентировано на наиболее уязвимые целевые группы населения и местные потребности. В отличие от европейских стран, Россия реализует масштабную программу диспансеризации, включающую универсальный охват населения профилактическими мероприятиями; при этом уделяется недостаточное внимание мероприятиям по лечению выявленных больных с хроническими заболеваниями и диспансерному наблюдению. Тенденция к специализации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) носит более выраженный характер, чем в европейских странах. Роль врача первого контакта не усиливается, а ослабевает. Институт врача общей практики развивается крайне медленно. Свойственная европейским странам тенденция повышения роли медицинских сестер и расширения состава врачебных практик, по существу, не прослеживается в России. Делаются только первые шаги к развитию взаимодействия первичной помощи с социальной службой. Укрепление системы ПМСП в целом, по сравнению с европейскими странами, идет гораздо более медленными темпами, что сдерживает возможности перемещения части нагрузки стационаров в амбулаторный сектор. В меньшей степени проявляется тенденция к дифференциации коечного фонда по степени сложности больных и используемым методам лечения. Между тем особенностью структурных изменений в российском здравоохранении является развитие многоуровневых вертикально интегрированных систем оказания медицинской помощи. Долговременная помощь начинает развиваться, но пока находится на очень низком уровне. Гораздо менее заметны в системе здравоохранения интеграционные процессы — как внутри отдельных медицинских организаций, так и между разными медицинскими службами.

Отличие структурных изменений в российском здравоохранении от изменений в рассматриваемых странах имеет свои причины. Оно объясняется спецификой жестко регулируемой государством модели оказания медицинской помощи. Управление фокусируется на мобилизации и распределении ресурсов для решения наиболее острых проблем, что обуславливает фрагментарность структурных изменений. В силу того, что каждый уровень управления должен демонстрировать успешность предпринимаемых мер исключи-

тельно более высоким уровням управления, более заметными в российском здравоохранении оказываются изменения, связанные с объемами медицинской помощи и организационной структурой поставщиков медицинских услуг, а менее выраженными — изменения в функционалах и способах взаимодействия участников оказания медицинской помощи.

Для эффективного ответа на современные глобальные вызовы, сокращения смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни, а также улучшения состояния здоровья населения структурные преобразования в российском здравоохранении должны быть продолжены. Основными направлениями структурных изменений в системе здравоохранения, необходимых для обеспечения второго эпидемиологического перехода, являются:

- увеличение доли ВВП, направляемого в здравоохранение, и доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение;

- развитие деятельности медицинских организаций по продвижению практик здорового образа жизни и профилактике заболеваний;

- расширение лечебного функционала первичного звена;

- расширение масштабов и изменение форм деятельности по оказанию медицинской помощи больным с хроническими и множественными заболеваниями;

- организационная трансформация ПМСП на основе масштабного внедрения новых цифровых технологий;

- создание доступных форм лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях;

- усиление специализации стационарной помощи по степени сложности состояния пациентов и выполняемым лечебным функциям;

- развитие долговременной медицинской помощи.

ВВЕДЕНИЕ

В большинстве стран с развитой экономикой ожидаемая продолжительность жизни при рождении превышает 80 лет или близка к этому показателю¹. В России ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла максимума — 73,3 года в 2019 г. Национальной целью является повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет в 2030 г.²

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 70 до 80 лет связывается с так называемым вторым эпидемиологическим переходом³. Первый эпидемиологический переход — это переход от эры инфекционных заболеваний к эре хронических неинфекционных заболеваний, произошедший в западных странах в первой половине XX в. Снижение смертности от инфекционных заболеваний привело к преобладанию смертности от других причин, среди которых лидирующее место заняли заболевания сердечно-сосудистой системы. Как следствие успешной борьбы с ними, во второй половине XX в. смертность от этих болезней тоже начала снижаться и структура причин смертности стала меняться в пользу злокачественных новообразований, болезней органов дыхания, диабета и др. (рис. 1). Эти изменения получили название второго эпидемиологического перехода. Почти во всех странах, миновавших второй эпидемиологический переход, наблюдается диверсификация причин смертности⁴.

В России структура причин смерти почти не изменилась с начала 1970-х годов (рис. 2). Ожидаемая продолжительность жизни почти достигла 70 лет лишь в 1990 г. (69,2 года), затем в трансформационный период значительно сократилась и уже только в 2012 г.

¹ В 2019 г. в 32 из 39 стран ОЭСР ожидаемая продолжительность жизни при рождении превысила 78 лет, а в 27 странах — 80 лет. Источник: OECD.Stat [Электронный ресурс]. URL: <https://stats.oecd.org/> (дата обращения: 25.02.2022).

² Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

³ См.: Вишневский А.Г. Эпидемиологический переход и его интерпретации // Демографическое обозрение. 2020. Т. 7. № 3. С. 6–50.

⁴ Bergeron-Boucher M., Aburto J.M., Raalte A. van. Diversification in causes of death in low-mortality countries: emerging patterns and implications // BMJ Global Health. 2020. Vol. 5. Iss. 7. P. e002414. URL: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002414> (дата обращения: 30.12.2020).

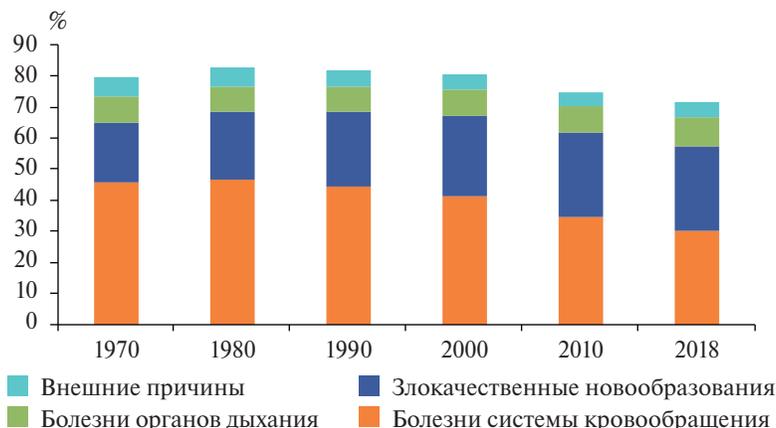


Рис. 1. Структура смертности в разрезе четырех основных классов причин смертности по 18 европейским странам ОЭСР, % от общей смертности

Источник: Расчеты авторов на основе показателей общего числа смертей и смертей по основным классам причин, полученных суммированием значений для 18 стран за соответствующий год из баз данных ОЭСР и Евростата (OECD.Stat [Электронный ресурс]. URL: <https://stats.oecd.org/#> (дата обращения: 02.03.2022); Eurostat [Электронный ресурс]. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat> (дата обращения: 02.03.2022). Данные за 1970–2010 гг. взяты из базы данных ОЭСР, за 2018 г. для части стран — из базы данных Евростата. Для Франции, в связи с отсутствием в базе данных Евростата значений соответствующих показателей в 2018 г., были использованы данные 2017 г.).

превысила 70 лет. Таким образом, наша страна все еще находится в самом начале второго эпидемиологического перехода.

Ключевыми факторами, повлиявшими на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в западных странах, стали распространение здорового образа жизни (снижение потребления животных жиров, рост потребления овощей и фруктов, сокращение курения, повышение физической активности, улучшение условий жизни и труда) и прогресс медицинских технологий профилактики и лечения заболеваний (включая аортокоронарное шунтирование, коронарную ангиопластику и стентирование)⁵.

⁵ См.: Better Health for Europe: more equitable and sustainable. Transformational Reflections 2010–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.

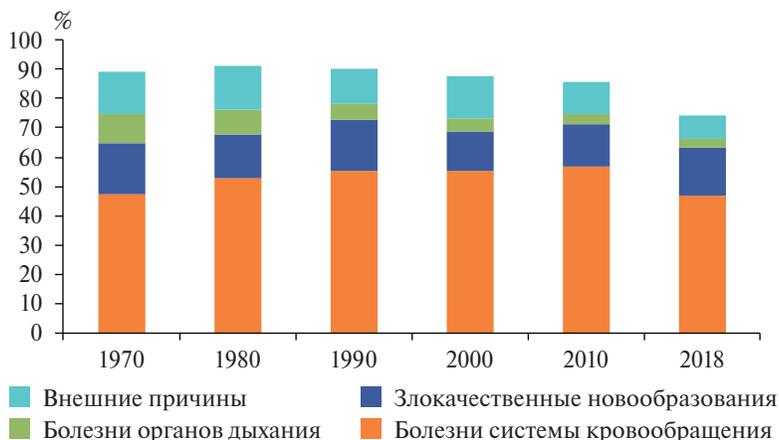


Рис. 2. Структура смертности в разрезе четырех основных классов причин смертности в Российской Федерации, % от общей смертности

Источник: Расчеты авторов на основе показателей числа смертей от всех причин и смертей по основным классам причин (данные Росстат: Демографический ежегодник России. 2021: стат. сб. / Росстат. М., 2021).

Период эпидемиологического перехода был отмечен изменениями и в системах здравоохранения, в их ресурсном обеспечении и организации оказания медицинской помощи. Эти изменения в странах ОЭСР не были единообразными, однако можно выделить несколько отчетливых общих направлений: рост доли ВВП, направляемой на здравоохранение⁶; развитие деятельности медицинских организаций по продвижению практик здорового образа жизни и профилактики заболеваний⁷; растущие масштабы скринингов для раннего выявления заболеваний и предрасположен-

362 p.; *Meslé F., Vallin J.* Diverging trends in female old-age mortality: The United States and the Netherlands versus France and Japan // *Population and Development Review*. 2006. Vol. 32. No. 1. P. 123–145.

⁶ См.: *Spending on health in Europe: entering a new era*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. 95 p.

⁷ См.: *Health Promotion & Primary Prevention: Exchange of Good Practices*. Study for ENVY Committee. European Parliament. 2017. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/595344/IPOL_STU\(2016\)595344_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/595344/IPOL_STU(2016)595344_EN.pdf) (дата обращения: 12.02.2021).

ности к ним⁸; укрепление ПМСП⁹, развитие форм оказания медицинской помощи больным с хроническими и множественными заболеваниями¹⁰, растущая дифференциация стационаров по степени сложности состояния пациентов¹¹ и др.

Как с этими изменениями соотносятся направления развития российской системы здравоохранения? После распада СССР в 1991 г. на протяжении более чем 10 лет отсутствовали ресурсы для поддержания в нормативном техническом состоянии зданий медицинских учреждений, ремонта и обновления оборудования и автопарка. Организация медицинской помощи в 1990-е годы практически не изменилась по сравнению с советским временем. Возможность увеличения финансирования системы здравоохранения появилась после 2000 г., когда существенно выросли цены на нефть и начался экономический рост.

Заметные изменения в российской системе здравоохранения происходили в последние два десятилетия. В научных публикациях описаны новые подходы к профилактической деятельности¹²; отражено развитие мультидисциплинарных практик оказания первичной медицинской помощи¹³; идет речь о сокращении коек¹⁴ и

⁸ См.: *Eriksen C.U., Rotar O., Toft U., Jørgensen T.* WHO Health Evidence Network synthesis report 71. 2021. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338530/9789289055376-eng.pdf> (дата обращения: 11.06.2021).

⁹ См.: OECD. Strengthening primary care systems // *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. URL: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en (дата обращения: 12.02.2021).

¹⁰ См.: *Kringos D. et al.* The strength of primary care in Europe: an international comparative study // *British Journal of General Practice*. 2013. Vol. 63. No. 616. P. e742–750.

¹¹ См.: *The Changing Role of the Hospital in European Health Systems* / ed. by M. McKee, S. Merkur, N. Edwards, E. Nolte. European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. 306 p.

¹² *Шейман И.М. и др.* Диспансеризация населения: ожидания и реальность // *Мир России*. 2021. Т. 30. № 4. С. 6–29.

¹³ *Rese A. et al.* Implementing General Practice in Russia: Getting Beyond the First Steps // *BMJ*. 2005. Vol. 331. No. 4. P. 204–207; *Sheiman I., Shishkin S., Shevsky V.* The evolving Semashko model of primary health care: The case of the Russian Federation // *Risk Management and Healthcare Policy*. 2018. Vol. 11. P. 209–220.

¹⁴ *Bochkareva V.K.* Health-Care Reform and Ensuring Equal Access to Free Medical Services // *Problems of Economic Transition*. 2013. Vol. 55. No. 12. P. 12–31; *Belova N.* Health Care in Rural Areas. Conditions, Trends, and Challenges // *Sociological Research*. 2018. Vol. 57. No. 2. P. 123–135.

концентрации больниц¹⁵, сокращении медицинского персонала¹⁶; констатируется улучшение доступа к первичной медико-санитарной и высокотехнологичной медицинской помощи¹⁷. Наибольшее внимание исследователей привлекают реформирование системы финансирования здравоохранения и ее влияние на систему здравоохранения¹⁸. В ряде публикаций представлен обобщающий анализ ведущих трендов в развитии российской системы здравоохранения¹⁹. Но в научной литературе нет работ, в которых исследуются тенденции изменений в российской системе здравоохранения в сравнении с тенденциями изменений в системах здравоохранения стран, прошедших второй эпидемиологический переход.

Для выявления общих трендов в системах здравоохранения разных стран необходимо выделить параметры, по которым эти системы оказываются сравнимыми. Такими параметрами являются структурные характеристики систем здравоохранения:

- структура ресурсного обеспечения здравоохранения;
- соотношение различных видов лечебно-профилактической помощи;

¹⁵ *Sheiman I., Shevski V.* Evaluation of health care delivery integration: The case of the Russian Federation // *Health Policy*. 2014. Vol. 115. No. 2–3. P. 128–137.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Somanathan A., Sheiman I., Salakhutdinova S., Buisman L.* Universal Health Coverage in Russia: Extending Coverage for the Poor in the Post-Soviet Era. Washington: The World Bank, 2018. (Universal Health Coverage Study series; 37). 47 p.; *Belova N.* Health Care in Rural Areas; *Kontsevaya A. et al.* How has the management of acute coronary syndrome changed in the Russian Federation during the last 10 years? // *Health Policy*. 2017. Vol. 121. No. 12. P. 1274–1279.

¹⁸ *Roik V.D.* Ways to Improve Medical Insurance in Russia // *Problems of Economic Transition*. 2013. Vol. 55. No. 12. P. 50–60; *Gordeev V.S., Pavlova M., Groot W.* Two decades of reforms. Appraisal of the financial reforms in the Russian public health-care sector // *Health Policy*. 2011. Vol. 102. No. 2–3. P. 270–277; *Tagaeva T.O., Kazantseva L.K.* Public Health and Health Care in Russia // *Problems of Economic Transition*. 2017. Vol. 59. No. 11–12. P. 973–990.

¹⁹ Human Rights in Patient Care. Stockholm Region Office in St. Petersburg. Russian Healthcare System Overview. 2010. URL: <https://health-rights.org/index.php/cor/item/russian-healthcare-system-overview> (дата обращения: 17.03.2021); *Popovich L. et al.* Russian Federation. Health System Review // *Health Systems in Transition*. 2011. Vol. 13. No. 7. P. 1–190, xiii–xiv; *Шишкин С.В.* Российская система здравоохранения: трудный путь реформ // *Экономика России. Оксфордский сборник / под ред. М. Алексеева, Ш. Вебера. Кн. 2. М.: Изд-во Института Гайдара, 2015. С. 1263–1302 (гл. 31).*

— организационная структура поставщиков медицинской помощи;

— структуры деятельности медицинских служб и медицинских организаций и способы их взаимодействия.

Изменения в указанных характеристиках можно обозначить обобщающим понятием «*структурные изменения в здравоохранении*». Именно они и являются предметом рассмотрения в настоящем докладе.

Цель исследования, результаты которого представлены в докладе, состоит в проведении сравнительного анализа структурных сдвигов в системах здравоохранения стран с развитой экономикой и России, а также в выявлении на этой основе направлений и механизмов структурных изменений в российской системе здравоохранения, необходимых для обеспечения второго эпидемиологического перехода.

Метод исследования. Сравнительный анализ структурных изменений в здравоохранении проводится для двух групп стран и России, а также для двух временных периодов. На первом этапе исследования анализируются структурные изменения в здравоохранении в странах ОЭСР в период, когда они проходили второй эпидемиологический переход, временные рамки которого определяются увеличением ожидаемой продолжительности жизни при рождении с 70 до 80 лет.

Предметом сравнения выступают количественные значения ряда структурных характеристик систем здравоохранения:

- доля расходов на здравоохранение в ВВП;
- доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение;
- доля расходов на амбулаторную помощь в государственных расходах на стационарную и амбулаторную помощь;
- обеспеченность населения врачами первичного звена здравоохранения;
- обеспеченность населения больничными койками;
- число госпитализаций на 1000 человек населения;
- доля реабилитационных коек и доля коек долговременного лечения в коечном фонде.

Для каждой страны ОЭСР, совершившей второй эпидемиологический переход, определялось значение каждого соответствующего показателя в год, когда ожидаемая продолжительность жизни

достигла 70 лет, и в год, когда она достигла 80 лет. Перечень рассматриваемых стран и годы, за которые были взяты значения сравниваемых показателей, приведены в приложении. Далее для всей совокупности рассматриваемых стран по каждому показателю рассчитывалось среднее арифметическое значений, соответствующих: а) календарному году достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и б) календарному году достижения ожидаемой продолжительности жизни — 80 лет. Эти средние значения сравнивались со значениями аналогичных показателей для России в 2012 и 2019 гг., которыми отмечен период, когда ожидаемая продолжительность жизни выросла с 70 до 73 лет.

При проведении анализа структурных изменений в здравоохранении стран ОЭСР и России использовались данные из базы данных ОЭСР²⁰ и статистических сборников ЦНИИОИЗ²¹.

На втором этапе исследования сравниваются структурные изменения, происходившие в системах здравоохранения стран ЕС и России в последние два десятилетия. Проведенный анализ не является систематическим обзором всех релевантных публикаций. Выделены структурные изменения в рамках четырех основных видов медицинской помощи — профилактической, амбулаторной, стационарной и долговременной, — отвечающие двум критериям: эти изменения 1) оцениваются в обзорах ОЭСР, ВОЗ, Всемирного банка и других обзорных публикациях по данной теме как наиболее примечательные характеристики развития европейских систем здравоохранения; 2) имеют место в большом числе европейских стран.

Структурные изменения в российском здравоохранении в рамках тех же четырех видов медицинской помощи выделяются на основе анализа релевантных публикаций в зарубежной и отечественной литературе и результатов предыдущих исследований авторов.

²⁰ OECD Health Statistics [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (дата обращения: 12.02.2021).

²¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения: стат. сб. 2013–2020 гг. [Электронный ресурс] // Сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. URL: <https://mednet.ru/> (дата обращения: 12.02.2021).

Далее рассматриваются движущие силы структурных изменений в системе здравоохранения России и обсуждаются причины отличий этих изменений от структурных сдвигов в европейских системах здравоохранения.

С учетом результатов сравнительного анализа структурных изменений и обсуждения причин имеющихся отличий делаются выводы о перспективных направлениях структурных изменений в российском здравоохранении.

1. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАН ОЭСР И РОССИИ

1.1. Изменения в финансировании здравоохранения

В странах ОЭСР в период второго эпидемиологического перехода произошел значительный рост доли ВВП, направляемой в здравоохранение (рис. 3). В среднем она выросла с 5,0 до 8,6%. Сравнительные межстрановые исследования показывают, что большие расходы на здравоохранение сопровождаются более быстрым снижением смертности, но не общей, а зависящей от доступности медицинской помощи¹.

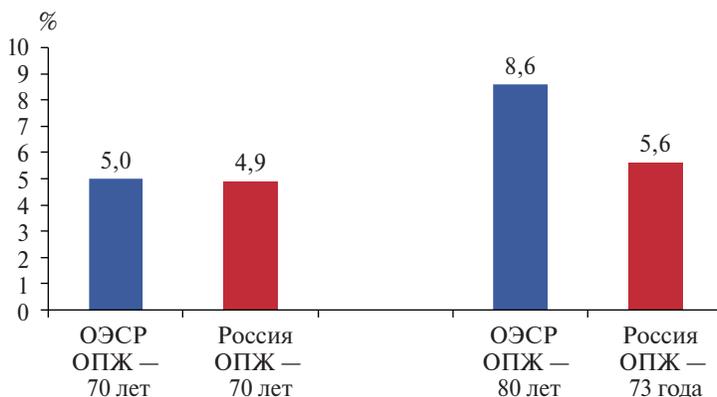


Рис. 3. Общие расходы на здравоохранение в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, % от ВВП

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР.

¹ Heijink R., Koolman X., Westert G.P. Spending more money, saving more lives? The relationship between avoidable mortality and healthcare spending in 14 countries // The European Journal of Health Economics. 2013. Vol. 14. No. 3. P. 527–538.

1. Структурные изменения в системах здравоохранения стран ОЭСР и России

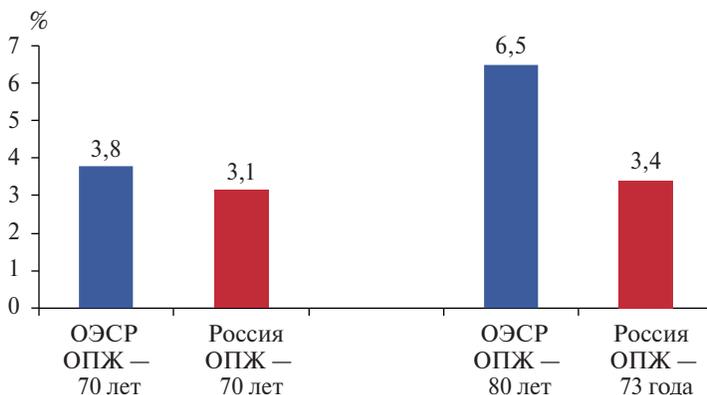


Рис. 4. Государственные расходы на здравоохранение в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, % от ВВП

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР.

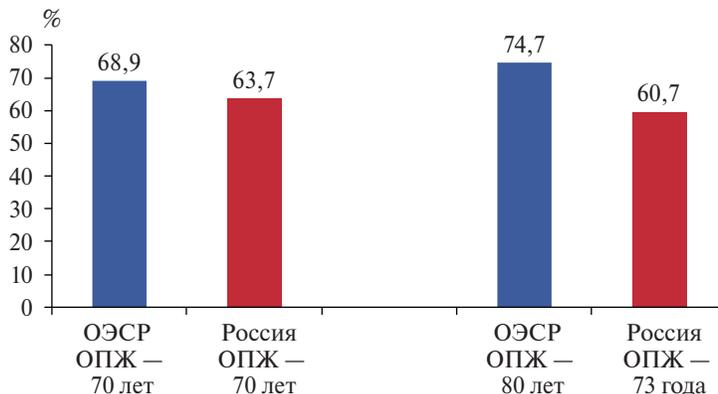


Рис. 5. Доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, %

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР.

В России в год достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет (2012 г.) доля расходов на здравоохранение в ВВП (4,9%) была почти такой же, как и в среднем для стран ОЭСР в соответствующие годы (5,0%). В рассматриваемый период начала второго эпидемиологического перехода в России, когда ожидаемая продолжительность жизни превысила 70 лет, доля общих затрат на здравоохранение также увеличилась, но незначительно, составив в 2019 г. 5,6% ВВП.

В странах ОЭСР очень существенно выросла доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП (рис. 4). В среднем она увеличилась за рассматриваемый период с 3,8 до 6,5%. В России эта доля в год достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет была меньше — 3,1%, в последующие годы она почти не изменилась, составив 3,4% в конце рассматриваемого периода.

Соответственно изменения в соотношении двух источников финансирования здравоохранения (расходов государства и частных расходов) в странах ОЭСР и в России были разнонаправленными (рис. 5). Если в странах, совершивших второй эпидемиологический переход, доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение увеличилась в среднем с 68,9 до 74,7%, то в России в рассматриваемый период начала второго эпидемиологического перехода она, наоборот, уменьшилась с 63,7 до 60,7%.

Следует также обратить внимание на большой разрыв между величинами доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в странах ОЭСР и в России. Этот разрыв объясняется прежде всего широтой предоставляемых государственных гарантий оказания медицинской помощи. Во всех включенных в наш анализ европейских странах лекарственное обеспечение при оказании амбулаторной помощи субсидируется из бюджета или из средств социального страхования², а в России лекарственное обеспечение за счет государства гарантируется только льготным категориям граждан.

² *Robinson R.* User charges for health care // *Funding health care: options for Europe.* European Observatory on Health Systems series / E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds). Open University Press, 2002. P. 161–183.

1.2. Усиление роли амбулаторной помощи

Важным структурным сдвигом в системах здравоохранения стран с развитой экономикой является усиление роли амбулаторной помощи, в том числе первичной медицинской помощи, в системе оказания медицинской помощи населению. В проведенных исследованиях показано позитивное влияние развития первичной медицинской помощи на показатели состояния здоровья населения. Широко цитируемая работа Масинко и др.³ на примере 18 развитых стран продемонстрировала, что повышение на 25% интегрированного показателя «силы» первичной медицинской помощи ведет к снижению преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15% (при неизменности ВВП на душу населения, общей обеспеченности врачами, доли пожилого населения). Приблизительно такие же результаты получены в более поздних исследованиях⁴.

Соотношение размеров затрат на амбулаторную и стационарную помощь в странах ОЭСР меняется в пользу первой. В России в рассматриваемый период доля расходов на амбулаторную помощь также имеет тенденцию к росту, однако остается существенно ниже, чем в зарубежных странах (рис. 6); сохраняется стационароцентричная модель оказания медицинской помощи.

В странах ОЭСР просматривается четкая тенденция роста обеспеченности населения врачами первичного звена. В России этот показатель значительно ниже и очень мало изменился (рис. 7).

В рассматриваемых странах ОЭСР и в России сокращался конечный фонд стационаров. Причем в нашей стране темпы этого сокращения (с учетом разницы в продолжительности рассматриваемых периодов времени) были даже больше, чем в странах ОЭСР,

³ *Macinko J., Starfield B., Shi I.* The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998 // *Health Services Research*. 2003. Vol. 38. No. 3. P. 831–865.

⁴ См.: *Building primary care in a changing Europe / D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman (eds).* The European Observatory on Health Systems and Policies. 2015. (Observatory Studies Series; 38). URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf (дата обращения: 12.02.2021); OECD. *Health at a Glance: Europe 2017*. URL: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (дата обращения: 12.02.2021).

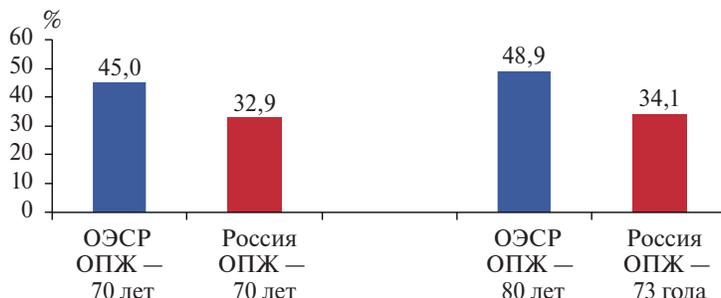


Рис. 6. Доля расходов на амбулаторную помощь в расходах* на стационарную и амбулаторную помощь в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, %

*В состав расходов включены государственные и частные.

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР (для Российской Федерации показатель для ОПЖ — 70 лет представлен по данным 2015 г., ближайшего доступного в базе данных к уровню достижения показателя ОПЖ).

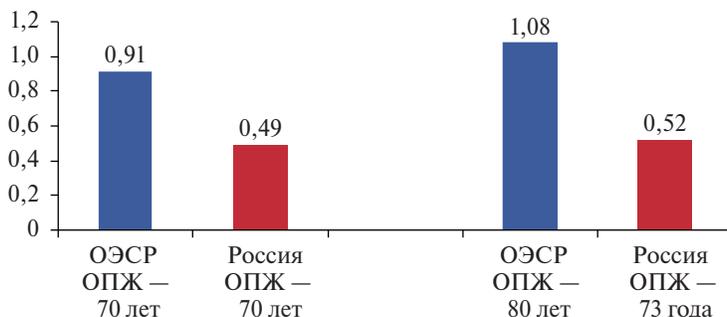


Рис. 7. Обеспеченность населения врачами первичного звена здравоохранения* (на 1000 человек населения) в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года

*В странах ОЭСР — врачи общей практики (семейные врачи), в России — участковые терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики.

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР и статистических сборников ЦНИИОИЗ.

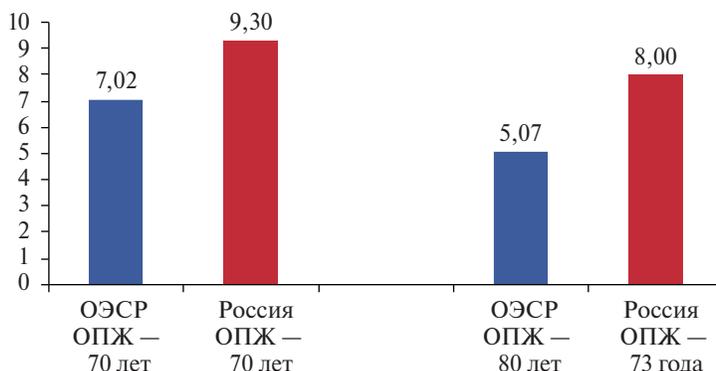


Рис. 8. Число больничных коек на 100 тыс. населения в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года.

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР.

но обеспеченность населения койками в России остается значительно выше, чем в среднем по странам ОЭСР (рис. 8).

1.3. Интенсификация стационарной медицинской помощи

В странах ОЭСР и в России наблюдается незначительное повышение уровня госпитализации (рис. 9). При этом в России он выше, чем в среднем в странах ОЭСР. Отчасти это объясняется особенностями расселения и организации медицинской помощи в нашей стране: жители сельской местности, малых городов могут получить многие виды медицинской помощи только в более крупных городах, в стационарных условиях. Вместе с тем действуют и факторы сохранения стационароцентричной модели оказания медицинской помощи, а также отсутствия амбулаторного лекарственного обеспечения для всех граждан в составе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

И в странах ОЭСР, и в России наблюдается тенденция сокращения средней продолжительности госпитализации, но в странах ОЭСР оно было более масштабным, и значение этого показателя в России сейчас немного выше (рис. 10).

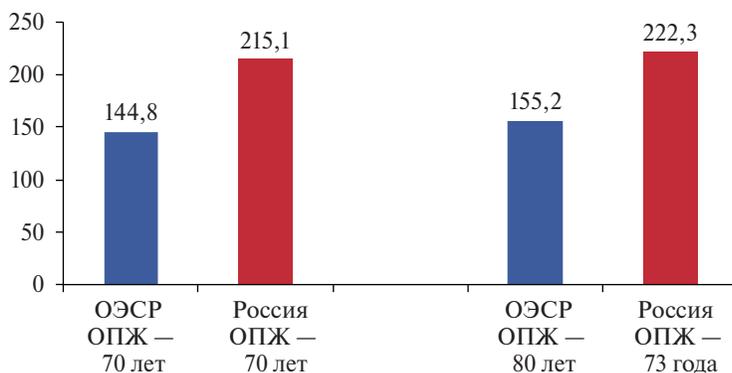


Рис. 9. Число госпитализаций на 1000 человек населения в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР.

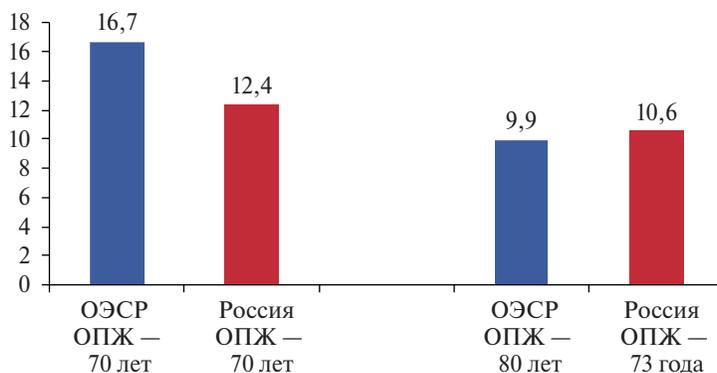


Рис. 10. Средняя длительность лечения в стационаре в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, дней

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР и статистических сборников ЦНИИОИЗ.

1.4. Развитие реабилитационной и долговременной медицинской помощи

Заметным изменением в структуре оказания медицинской помощи в странах, прошедших второй эпидемиологический переход, является увеличение доли реабилитационных коек (рис. 11) и коек долговременного лечения (рис. 12) в общем объеме коечного фонда. В России в рассматриваемый период доля реабилитационных коек начала расти, но остается очень небольшой по сравнению со странами ОЭСР. В международной классификации понятие койки долговременного лечения включает психиатрические, геронтологические, паллиативные и другие виды коек. Российская статистика не выделяет в составе коечного фонда койки долговременного лечения, но учитывает койки сестринского ухода, которые функционально можно отнести к койкам долговременного лечения. Их число в абсолютном и относительном выражении сокращается.

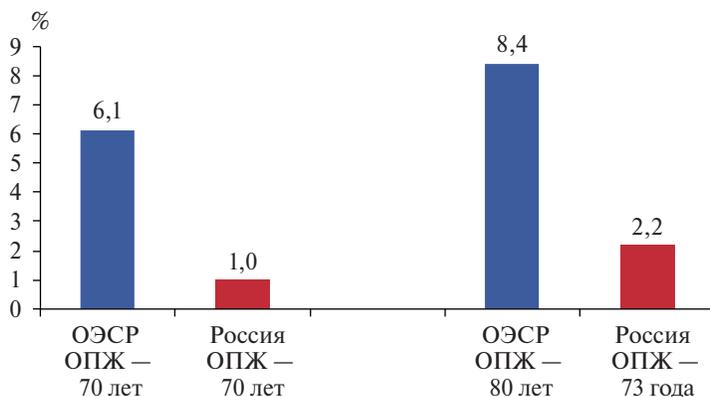


Рис. 11. Доля реабилитационных коек в коечном фонде в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, %

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР и статистических сборников ЦНИИОИЗ.

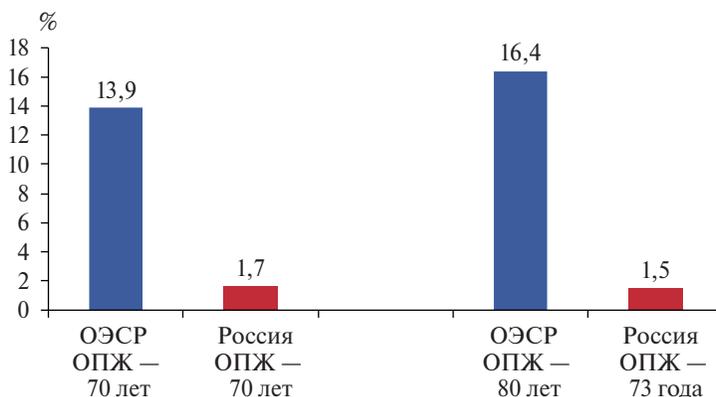


Рис. 12. Доля коек долговременного лечения по странам ОЭСР и сестринского ухода по России в коечном фонде в среднем для стран ОЭСР в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 80 лет и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни — 70 лет и 73 года, %

Источник: Расчеты авторов по данным из базы данных ОЭСР и статистических сборников ЦНИИОИЗ.

2. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРАНАХ ЕС И В РОССИИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В РАМКАХ ОСНОВНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Развитие деятельности по профилактике заболеваний

Европейский союз. В большинстве европейских стран существуют профилактические посещения, осмотры населения, выборочные (сопутствующие) и популяционные (в рамках специальных программ) скрининговые исследования для раннего выявления заболеваний. Эти мероприятия обычно рассматриваются как возможность улучшить лечение новообразований и других заболеваний за счет того, что система здравоохранения будет сфокусирована на их диагностике и лечении на более раннем этапе¹. Охват населения некоторыми видами скрининговых исследований высок и продолжает расти. В Германии 81% населения в возрасте от 50 до 74 лет, по данным на 2014 г., хотя бы раз в жизни проходили тест на колоректальный рак, в Австрии — 78%, во Франции — 60%, в Великобритании — 48%². Европейские государства стремятся к тому, чтобы скрининговые исследования охватывали социально незащищенные группы, в которых более высока вероятность развития заболеваний. Программы скрининга основываются на оценках потребностей конкретных сообществ. Опрос Boston Consulting Group в 22 странах показал, что в 73% из них основную роль в выборе целевых групп играли местные органы власти, в противном случае всеобщий охват скринингами может привести к нехватке ресурсов³. Кроме того,

¹ Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. 2017. Union International Agency for Research on Cancer. European Commission. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf (дата обращения: 03.07.2021).

² OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. URL: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> (дата обращения: 12.02.2021).

³ Boston Consulting Group. Исследование глобальных трендов в здравоохранении. Презентация в г. Москве, 16 января 2020 г.

у врачей есть свобода выбора в принятии решений о необходимости обследования тех или иных пациентов в зависимости от значимости такового для конкретных групп населения, а также от индивидуальных рисков.

Основными субъектами принятия решений о содержании профилактических программ являются врачи, а не чиновники. Роль правительства заключается в продвижении профилактических кампаний, в повышении доступности и удобства профилактических мероприятий для населения и привлечении целевых групп. При этом модели реализации программ и их результаты существенно различаются в европейских странах⁴.

Россия. Действующее законодательство декларирует приоритет профилактической работы. В начале 2000-х годов вновь было заявлено о приоритетности профилактики в форме национальной программы диспансеризации (далее также — Программа), т.е. набора медицинских осмотров и обследований. Ожидания от ее проведения аналогичны ожиданиям во многих европейских странах: раннее выявление проблем со здоровьем позволит повысить эффективность медицинских вмешательств и обеспечить улучшение здоровья при относительно низких затратах⁵.

Сформированный перечень обследований является обязательным и единым для всего населения страны: жители старше 40 лет должны проходить обязательные обследования ежегодно, граждане в возрасте 18—39 лет — один раз в три года. Обследование большинства детей ограничено осмотром врачами разных специальностей.

Проведение диспансеризации возложено на участковых врачей и других врачей, работающих в амбулаторно-поликлиническом звене. В крупных поликлиниках были созданы профилактические подразделения, специализирующиеся исключительно на профилактических мероприятиях. Предполагается, что данное нововведение позволит поликлиникам более эффективно проводить диспансеризацию. Это возможно при условии, что специали-

⁴ Organization and financing of public health services in Europe / B. Rechel, E. Jakubowski, M. McKee, E. Nolte (eds). Copenhagen: WHO, 2018. 154 p.

⁵ В. Сворцова: «Мы строим систему здравоохранения для каждого из 146 781 095 человек». URL: <https://www.kp.ru/daily/26986.4/4045958/> (дата обращения: 05.06.2021).

сты профилактических отделений координируют свою работу с участковыми врачами⁶.

До пандемии COVID-19 программа диспансеризации имела беспрецедентную поддержку со стороны Правительства России и широко освещалась в СМИ; регулярно появлялась информация о возможности пройти необходимые обследования, в том числе вне амбулаторно-поликлинических учреждений. Так, мобильные пункты для прохождения некоторых обследований были открыты в популярных торговых и рекреационных зонах, а также в учебных заведениях и на территориях предприятий и организаций. Кроме того, на всех уровнях власти осуществлялось административное давление: количество медицинских осмотров по субъектам Российской Федерации, муниципалитетам, конкретным поликлиникам, районам обслуживания планировалось вышестоящими органами управления; врачи работали по правилам, установленным администраторами поликлиник, которые, в свою очередь, подчинялись приказам федеральных и региональных органов здравоохранения. Работодатели по закону обязаны поощрять прохождение своими сотрудниками диспансеризации и предлагать им для этого выходной один раз в год. В условиях пандемии реализация Программы была приостановлена.

Федеральные власти высоко оценивали уровень охвата населения мероприятиями Программы: по официальным данным, до 100% граждан, подлежащих диспансеризации в соответствующем году, проходили ее⁷. Однако в ходе опроса врачей, проведенного НИУ ВШЭ в 2019 г., более половины респондентов сообщили, что эта доля составляет менее 60%, а 17,4% респондентов указали, что она меньше 20%⁸.

Еще один отчетный показатель по итогам проведения диспансеризации — количество впервые выявленных заболеваний. По оценкам Минздрава России, с 2013 по 2019 г. количество впервые

⁶ Шейман И.М. и др. Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России. 2021. Т. 30. № 4. С. 6–29.

⁷ Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2019 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2020. № 4. С. 22.

⁸ Шейман И.М. и др. Диспансеризация населения: ожидания и реальность. С. 6–29.

зафиксированных случаев злокачественных заболеваний увеличилось в 2,6 раза. Доля выявленного на первой и второй стадиях рака шейки матки составляет 67,9%, рака груди — 68,7%, рака толстой кишки — 57,1%⁹. За последние десять лет показатель заболеваемости раком груди вырос исключительно за счет случаев обнаружения болезни на ранних стадиях. Но при этом заболеваемость раком на поздних стадиях в абсолютном выражении не снижается, хотя именно это рассматривается как желаемый эффект раннего обнаружения¹⁰.

Для мотивации медицинских работников и медицинских организаций к проведению диспансеризации населения установлены специальные выплаты. За 2012–2018 гг. число взрослых, проходящих диспансеризацию, увеличилось в 2,1 раза, детей — на 25%. При этом врачи обязаны провести весь установленный перечень обследований вне зависимости от фактических нужд пациента.

Программа инициирована на федеральном уровне и рассматривается как приоритет политики в сфере здравоохранения. Регионам предоставлено дополнительное финансирование на ее проведение, но управление ее реализацией осуществляется централизованно. Обусловленные этим единообразие целевых групп населения и фиксированный перечень обследований ограничивают гибкость регионов в реагировании на местные потребности и особые факторы заболеваемости с учетом возможностей (мощности и уровня финансирования) ПМСП, структуры и численности наиболее уязвимых групп населения.

Централизованно установленные показатели охвата населения, объемов профилактической помощи и количества выявленных заболеваний заставляют региональные органы здравоохранения и поставщиков ПМСП искать пути достижения поставленных целей диспансеризации независимо от существующих на уровне

⁹ Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год. Минздрав России, 2014; Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2019 году и задачах на 2020 год. Минздрав России, 2020.

¹⁰ *Ledovskikh Y., Vlassov V.* One year mortality from selected cancers: a dubious success of screening, Russia // *BMJ Evidence-Based Medicine*. Vol. 32. Iss. Suppl. 2. URL: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111070.32>.

субъекта Российской Федерации возможностей для лечения новых случаев заболеваний. Профессиональная автономия врачей в выборе собственных схем профилактической работы ограничена централизованно устанавливаемыми правилами.

Следует отметить слабую взаимосвязь между профилактическими и лечебными мероприятиями, что не соответствует концептуальному подходу, основанному на предположении, что по завершении программы диспансеризации должен следовать этап лечения выявленных заболеваний. Есть данные о том, что более половины участковых врачей не знают о результатах обследований своих пациентов, проведенных в рамках диспансеризации, и не уделяют необходимого внимания пациентам, нуждающимся в диспансерном наблюдении¹¹. Диспансеризации уделяется существенно больше внимания, чем диспансерному наблюдению.

Еще одной проблемой Программы является несоответствие между ее основной целью и возможностями первичного звена здравоохранения. Дефицит участковых врачей и обусловленная им высокая нагрузка на этих медицинских работников (см. об этом далее) не позволяют обеспечивать в должном объеме последующее наблюдение за выявленными случаями заболеваний. Таким образом, российский пример показывает, что программы обследований и скрининговых обследований населения должны соответствовать возможностям здравоохранения и быть разработаны как комплекс взаимосвязанных мероприятий по выявлению заболеваний и обеспечению их лечения, с упором на хронические случаи. Недооценка важности такого системного подхода, а также недостаточное внимание к местным условиям и отсутствие профессиональной автономии медицинских организаций и медицинских работников предстают как изъяны российской программы диспансеризации по сравнению с аналогичными мероприятиями в европейских странах. Вместе с тем использование в Программе некоторых конкретных инструментов: информационное продвижение скрининговых обследований, создание профилактических отделений в многопрофильных поликлиниках, формирование групп здоровья после медицинских осмотров, — представляется очень перспективным.

¹¹ Шейман И.М. и др. Диспансеризация населения: ожидания и реальность. С. 6–29.

2.2. Развитие первичной медико-санитарной помощи

Европейский союз. В странах ЕС получили развитие междисциплинарные практики и сети первичной медицинской помощи¹² как ответ на увеличение численности пациентов с более сложными клиническими случаями (коморбидность, пожилой возраст и т.д.) и как инструмент содействия командной работе и координации поставщиков медицинской помощи. В Испании, Франции и Великобритании объединенные практики все чаще охватывают более 20 тыс. человек наблюдаемого населения и имеют возможность предоставлять больше видов помощи, чем традиционные индивидуальные и групповые практики, например за счет привлечения фармацевтов, специалистов по психиатрической помощи, диетологов, иногда двух-трех врачей — узких специалистов¹³. Расширяется роль медсестер в оказании первичной медицинской помощи населению. Большинство высококвалифицированных медсестер самостоятельно проводят вакцинацию, отвечают за пропаганду здорового образа жизни, за плановые осмотры хронических больных. Это расширение функционала медсестер отмечается во всех «старых»¹⁴ членах ЕС¹⁵. Наблюдается рост концентрации первичной медицинской помощи, главным образом благодаря слиянию врачебных практик и увеличению их размера. К основным ожиданиям относится экономия на масштабе за счет совместного использования персонала и лучшей интеграции разных видов помощи. Однако существует риск повышения неудовлетворенности

¹² Термин «первичная медицинская помощь» используется за рубежом. В нашей стране применяется понятие «первичная медико-санитарная помощь». Его содержание шире, чем понимание первичной помощи за рубежом, и включает, помимо доврачебной и общей врачебной первичной медико-санитарной помощи, также первичную специализированную медико-санитарную помощь.

¹³ *Dedeu T., Marti T.* Multiprofile primary health care teams in Catalonia, Spain: A population-based effective model of service delivery. Copenhagen: World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345705> (дата обращения: 26.06.2021); *Kumpunen S., Curry N., Farnworth M., Rosen R.* Collaboration in general practice: Surveys of GP practice and clinical commissioning groups. L.: Nuffield Trust, Royal College of General Practitioners, 2017. 35 p.

¹⁴ Страны — члены ЕС до 2004 г.

¹⁵ OECD. Realizing the Full Potential of Primary Health Care. Policy brief. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2020. 16 p.

пациентов из-за более длинных маршрутов к поставщикам услуг, увеличения времени ожидания, а также дополнительных проблем с управлением более крупными организациями. В настоящее время нет убедительных доказательств правильности или ошибочности решений об укрупнении общих врачебных практик¹⁶.

Прослеживается также тенденция к укреплению взаимодействия с местными сообществами, социальными службами и больницами. Работники здравоохранения в местных сообществах часто берут на себя ответственность за влияние на социальные факторы, определяющие состояние здоровья, и содействуют улучшению доступа к медицинской помощи для уязвимых и избегающих обращения за медицинской помощью групп населения¹⁷. Поставщики первичной медицинской помощи все более регулярно участвуют в реализации программ ведения хронических заболеваний вместе с другими специалистами, работающими как в объединенных практиках, так и вне их. Взаимодействие с больницами тоже выходит за рамки простой системы направлений пациентов. Оно может включать предоставление консультаций по электронной почте и по телефону, обучение и тренинги, клиническое наблюдение и другие совместные действия, особенно для ведения пациентов с хроническими заболеваниями.

В целях укрепления первичной медицинской помощи многие страны предпринимают значительные усилия по увеличению числа врачей общей практики. Основными инструментами являются долгосрочное планирование их количества, регулирование структуры последипломного обучения с акцентированием внимания на первичную помощь; при этом повышаются требования к подготовке соответствующих специалистов. Некоторым странам (например, Франции) удалось очень существенно увеличить обеспеченность кадрами первичного звена здравоохранения¹⁸.

¹⁶ *Damiani G. et al.* The bigger, the better? A systematic review on the impact of mergers on primary care organizations // *The European Journal of Public Health*. 2021. Vol. 31. No. 2. P. 244–252.

¹⁷ OECD. Realizing the Full Potential of Primary Health Care.

¹⁸ *Lafortune G., Moreira L.* Trends in Supply of Doctors and Nurses in EU and OECD Countries. Expert Group Meeting on European Health Workforce. 16 November 2015. Brussels. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Trends-in-education-and-training-November2015.pdf> (дата обращения: 05.09.2021).

В условиях пандемии COVID-19 в странах ЕС произошел взрывной рост использования телемедицинских сервисов¹⁹. Цифровые инструменты расширяют функциональные возможности поставщиков первичной медицинской помощи. Они все чаще используются для проведения удаленной диагностики, лечения пациентов и оказания им поддержки, а также для обеспечения преемственности ведения пациентов.

Россия. Тенденция развития междисциплинарных практик и расширения их лечебного функционала в полной мере затронула российское здравоохранение. Однако данный тренд в России существенно отличается от европейского. Во-первых, он начался значительно раньше — еще в 80-е годы прошлого века, когда была проведена массовая специализация ПМСП. Сегодня в крупных городских поликлиниках работает от 15 до 20 категорий специалистов, в поликлиниках небольших городов — 3–5 категорий. Во-вторых, развитие междисциплинарных практик происходит за счет появления в поликлиниках новых категорий врачей-специалистов, в то время как в европейских странах — преимущественно за счет увеличения в составе общих врачебных практик медицинских сестер и прочих категорий медицинского персонала. В-третьих, специалисты в российских поликлиниках не дополняют, а, по существу, замещают участковых врачей (дженералистов): в крупных поликлиниках на них приходится примерно две трети врачебных посещений.

Лечебный функционал участковых врачей поликлиник ограничен: как минимум 30–40% первичных посещений участковых врачей заканчиваются направлением к специалисту или в стационар (поскольку поликлинические специалисты недостаточно подготовлены и обеспечены материально для проведения амбулаторных вмешательств). В европейских странах — лишь 5–15%²⁰.

¹⁹ OECD. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2020. URL: <https://doi.org/10.1787/82129230-en> (дата обращения: 12.02.2021).

²⁰ Шейман И.М., Шевский В.И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? // Вопросы государственного и муниципального управления. 2019. № 1. С. 111–135; Building primary care in a changing Europe / D.S. Kringos, W.G.W. Voerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman (eds). The European Observatory on Health Systems and Policies. 2015. (Observatory Studies Series; 38).

При этом растущая часть первичных врачебных приемов специалистов в крупных городах осуществляется без направления участкового врача — вопреки официально действующей системе направлений²¹. Данная тенденция во многом связана с перегруженностью участковых врачей и их незаинтересованностью в расширении лечебного функционала. Важно подчеркнуть, что быстроразвивающийся частный сектор ПМСП также строится преимущественно по принципу многопрофильной поликлиники с большим числом специалистов. Главный мотив — обеспечить оказание широкого спектра видов медицинской помощи «под одной крышей».

В 1990-е годы в ряде субъектов Российской Федерации был начат процесс замещения участковых врачей терапевтов и педиатров врачами общей практики, но институт врача общей практики не получил широкого развития — доля таких врачей составила в 2018 г. лишь 15% от общего числа врачей участковой службы²².

Тенденция повышения роли медсестер, доминирующая в мировом здравоохранении, в России проявляется слабо — из-за недостаточного их числа, низкой клинической подготовки и регуляторных ограничений. Участие медсестер в клиническом процессе сводится к выполнению назначений врачей и выполнению вспомогательных функций. Соотношение врачей и медсестер в России составляет только 2,1, в то время как в Германии достигает 3,0, в Канаде — 3,8, а в США — 4,3²³. Относительно шире используется в нашей стране дополнительная категория профессионалов — фельдшеры. Они оказывают значительную часть первичной помощи в сельской местности, в составе небольших фельдшерско-акушерских пунктов. Сокращение в 2010-х годах числа таких пунктов было признано ошибкой. Сегодня ставится задача восстановления их роли в системе оказания медицинской помощи.

URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf (дата обращения: 12.02.2021).

²¹ Шейман И.М., Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» [сетевое издание]. 2019. Т. 65. № 1. С. 1–29.

²² Там же.

²³ OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators.

Взаимодействие организаций ПМСП с органами местного самоуправления и социальной службой выражено слабо — отчасти потому, что первичная помощь находится в ведении региональных, а не местных органов власти. В последние годы предпринимаются попытки интеграции медицинской и социальной помощи. Реализуются пилотные проекты, целью которых является оказание комплексной долговременной помощи лицам пожилого возраста и инвалидам. Формируются общие информационные системы, обеспечивающие обмен информацией о числе лиц, нуждающихся в постоянном уходе, и их состоянии²⁴. Но задача создания объединенных бригад медицинских и социальных работников пока не ставится.

Интеграционные процессы в самих поликлиниках также выражены слабо. Имеющиеся исследования показывают низкий уровень командной работы, координации и преемственности ведения пациентов в составе поликлиник. Сам по себе крупный размер медицинской организации не обеспечивает интеграцию. Нужны специальные интеграционные мероприятия²⁵.

Кадровое обеспечение является наиболее значительной проблемой ПМСП. Большинство врачей участковой службы работают с серьезной перегрузкой. Фактический показатель численности взрослого населения в расчете на одного участкового терапевта (2434 в 2019 г.²⁶) превышает утвержденный Минздравом России норматив (1700) в 1,4 раза, а детского (979 в 2019 г.) — в 1,2 раза (норматив — 800). Сегодня проблема дефицита участковых врачей решается главным образом за счет допуска выпускников медицинских вузов к работе в качестве участковых терапевтов и педиатров без прохождения ординатуры. Это явное ослабление требований к подготовке врачей вряд ли позволит полноценно укрепить кадры системы ПМСП. Меры по долгосрочному планированию и регу-

²⁴ Поручение Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2017 г. № ОГ-П12-8359. URL: <https://base.garant.ru/71996662/> (дата обращения: 12.04.2021).

²⁵ *Sheiman I., Shevski V.* Evaluation of health care delivery integration: The case of the Russian Federation // *Health Policy*. 2014. Vol. 115. No. 2–3. P. 128–137.

²⁶ ЦНИИОИЗ. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения: стат. сб. 2020 [Электронный ресурс]. URL: <https://mednet.ru/napravleniya/medicziinskaya-statistika> (дата обращения: 20.10.2021).

лированию структуры подготовки врачей, осуществляемые в европейских странах, в России развиты недостаточно²⁷.

Кроме общего дефицита врачей ПМСП, существует проблема значительного неравенства в обеспеченности врачами ПМСП в городе и селе. Для преодоления кадрового дефицита реализуется программа «Земский доктор», направленная на повышение доступности медицинской помощи сельскому населению. С 2012 г. осуществляются единовременные выплаты врачам на компенсацию стоимости жилья в сельской местности. В первые годы реализации этой программы число ее участников было внушительным, но потом сократилось.

Важная тенденция последних лет — принятие мер по улучшению внутренних процессов в составе крупных поликлиник в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (2018–2024 гг.). Эти меры, получившие обобщающее название «Бережливая поликлиника», включают совершенствование логистики пациентов и медицинского персонала в поликлиниках, стандартизацию лечебно-диагностических процессов, улучшение сервисной составляющей медицинской помощи. Одновременно предпринимаются шаги по внедрению цифровых технологий — единой электронной медицинской карты, телемедицинских технологий, средств для удаленного мониторинга состояния пациентов, систем поддержки принятия врачебных решений. В крупных городах страны идет формирование единых информационно-аналитических систем, позволяющих управлять потоками пациентов в амбулаторном звене, вести единую электронную медицинскую карту, проводить учет медицинской помощи. Например, в Москве благодаря внедрению такой системы очереди к врачам в поликлиниках сократились в 2 раза²⁸.

В больших поликлиниках для увеличения «производительности» системы врачи, вместо работы на прикрепленных участках, распределяются по функциям: врачи посещения на дому; врачи

²⁷ Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей // Мир России. 2018. Т. 27. № 3. С. 130–153.

²⁸ Сборник лучших практик региональной и муниципальной информатизации. 2016. URL: http://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/02/2016-prof-it_print.pdf (дата обращения: 18.05.2021).

срочного приема; врачи планового приема; врачи, работающие с пожилыми и пациентами с множественной патологией.

При том что направление изменений в организации оказания ПМСП в России сходно с тенденциями в европейских странах, принимаемые меры пока не привели к существенному ослаблению проблем кадрового обеспечения первичного звена, расширению ограниченного лечебного функционала участковой службы, усилению взаимодействия с другими службами. Состояние данного вида медицинской помощи остается неудовлетворительным, порождая множество других проблем российского здравоохранения.

2.3. Развитие стационарной помощи

Европейский союз. Исторически краеугольным камнем системы оказания медицинской помощи было стационарное лечение. Практически повсеместной тенденцией в странах Европы является перевод значительной части стационарной помощи (с соответствующим сокращением коечного фонда) в амбулаторные медицинские учреждения и учреждения долгосрочного ухода. Это происходит под влиянием растущих затрат и технологических достижений в лечебно-диагностическом процессе, изменений характера заболеваний и характеристик пациентов (которые становятся старше, а потому более уязвимы). Стационары остаются центрами высоких медицинских технологий, но в то же время фокусируются на наиболее сложных случаях заболеваний и интенсифицируют оказание стационарной помощи при соответствующем сокращении длительности пребывания в больнице. Этим серьезным изменениям способствовал переход к новой системе оплаты медицинской помощи — за случаи лечения по тарифам, устанавливаемым для клинико-статистических групп заболеваний, а также растущая интеграция с другими секторами предоставления услуг.

Во многих европейских странах большинство больниц уже не действуют как обособленные структуры; они превратились в интегрированные врачебно-госпитальные системы — многоуровневые сложные адаптивные структуры, которые все чаще совместно берут на себя ответственность за исходы медицинской помощи и результа-

тивность предоставления услуг²⁹. Врачи стационаров стали тесно взаимодействовать с врачами общей практики, врачами амбулаторных подразделений, специалистами по реабилитации и специалистами по уходу, представляющими местные сообщества, при ведении пациентов с хроническими заболеваниями. Непрерывность оказания помощи пациенту после выписки из больницы — важная задача руководителей больниц и в целом системы планирования перемещения пациентов из стационаров в амбулаторные учреждения³⁰.

Россия. Советская модель организации медицинской помощи, часто именуемая за рубежом моделью Семашко, обычно рассматривается как стационароцентричная³¹. Эта модель стала постепенно модифицироваться начиная с конца 1990-х годов. Существенное укрепление материальной базы больниц, освоение новых медицинских технологий неизбежно меняют структуру деятельности стационаров. Число госпитализаций с использованием наиболее сложных и дорогостоящих медицинских вмешательств (высокотехнологичной медицинской помощи) выросло за 2005–2015 гг. в 13,7 раза³², причем такую помощь оказывают не только федеральные, но и региональные больницы. Заметно повысились требования к обоснованности госпитализаций, предоперационные обследования пациентов постепенно перемещаются в поликлиники.

За прошедшие 20 лет предпринимались значительные усилия для развертывания дневных стационаров — как в больницах, так

²⁹ The Changing Role of the Hospital in European Health Systems / M. McKee, S. Merkur, N. Edwards, E. Nolte (eds). European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. 306 p.

³⁰ Urbanski D., Reichert A., Amelung V. Discharge and Transition Management in Integrated Care // Handbook Integrated Care / V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, E. Suter (eds). Springer, 2017. P. 97–111.

³¹ Davis C. The Organization and Performance of the Contemporary Soviet Health System // State and Welfare, USA/USSR: Contemporary Policy and Practice / G. Lapidus, G. Swanson (eds). Berkeley: University of California, 1988. P. 114–130; Kuhbrandt C., Boerma W. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges // Eurohealth. 2015. Vol. 21. No. 2. P. 3–6.

³² Шишкин С.В. и др. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. URL: https://www.hse.ru/data/2017/01/12/1115337576/Доклад_итог.pdf (дата обращения: 27.09.2021).

и в поликлиниках, — чтобы снизить нагрузку на круглосуточные стационары. В результате доля больных, пролеченных в дневных стационарах, в общем числе госпитализаций в круглосуточных и дневных стационарах повысилась с 7,6% в 2000 г. до 20,8% в 2016 г.³³, т.е. примерно до уровня ряда европейских стран.

Важная тенденция — концентрация больниц. За 2000–2014 гг. число стационаров сократилось более чем вдвое, что объясняется прежде всего превращением мелких стационаров в подразделения более крупных больниц. Но есть и много примеров закрытия недостаточно оснащенных стационаров. Данный процесс привел к увеличению среднего размера больниц с 156 коек в 2000 г. до 223 коек в 2018 г.³⁴ Этот показатель сегодня заметно выше, чем в западных странах с крупными территориями. Средний размер больницы во Франции — 130 коек в 2018 г., в Германии — 215 коек в 2017 г.³⁵

Одновременно идет процесс включения ранее самостоятельных поликлиник в состав больниц. Доля самостоятельных поликлиник (без стоматологических) в общем числе поликлиник (самостоятельных и в составе объединенных больниц) сократилась с 35% в 2000 г. до 19% в 2014 г.³⁶

Среди проведенных преобразований последних десятилетий нужно выделить формирование в каждом регионе трехуровневой модели организации медицинской помощи. Она включает локальный (районный), межрайонный и региональный уровни, которые различаются по техническому оснащению и кадровому обеспечению. Трехуровневая модель является вертикально интегрированной: определение видов и объемов медицинской помощи на каждом уровне, маршрутизация пациентов, координация деятельности медицинских организаций на разных уровнях осуществляется региональным органом управления здравоохранением.

Эта модель позволяет распределять ресурсы, исходя из тяжести заболеваний, которые лечатся на соответствующем уровне.

³³ Росстат. Здравоохранение в России: стат. сб. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 12.10.2021).

³⁴ Там же.

³⁵ OECD.Stat [Электронный ресурс]. URL: <https://stats.oecd.org/index.aspx?r=513451#> (дата обращения: 12.02.2021).

³⁶ Шейман И.М., Шевский В.И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? С. 111–135.

Она отражает особенности размещения населения на территории России — относительно высокую долю сельского населения, низкую плотность расселения, большие расстояния между малыми и крупными населенными пунктами. Эти факторы повышают значение межтерриториальных потоков пациентов, диктуя необходимость формирования более рациональных маршрутов. Особенно важна роль учрежденных в ряде регионов межрайонных центров, которые обслуживают население нескольких районов (преимущественно сельских). Они позволяют снизить нагрузку на региональные организации третичного уровня и облегчают доступность стационарной помощи сельскому населению.

2.4. Развитие долговременной медицинской помощи

Европейский союз. За последние 20 лет в большинстве европейских стран стали активнее развиваться государственные службы долговременного ухода. Количество коек в домах престарелых на 100 тыс. жителей стран ЕС выросло с 581,7 в 2000 г. до 748,3 в 2014 г.³⁷; при этом темпы изменений, формы организации долговременной медицинской помощи и способы ее финансирования в разных странах существенно различаются. В Испании, Италии, Португалии наблюдается четкая тенденция к увеличению ресурсов, выделяемых на оказание долговременной медицинской помощи в стационарах. В странах Северной Европы упор сделан на развитие ухода на дому. Независимо от преобладающей формы организации долговременного ухода, спрос значительно превышает предложение, в основном из-за финансовых ограничений³⁸. Многим странам приходится контролировать расходы путем развития амбулаторных форм обслуживания силами местных органов власти³⁹. Важным результатом инвестиций в долгосрочный уход является сокращение нагрузки на семьи и возвращение женщин трудоспособного возраста на рынок труда.

³⁷ European Health For All database (HFA-DB) [Электронный ресурс]. URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/> (дата обращения: 12.02.2021).

³⁸ *Hernández-Quevedo C. et al.* 20 years of health system reforms in Europe: what's new? // *Eurohealth*. 2018. Vol. 24. No. 2. P. 23–27.

³⁹ *Spasova S., Baeten R., Vanhercke B.* Challenges in long-term care in Europe // *Eurohealth*. 2018. Vol. 24. No. 4. P. 7–12.

Россия. В отличие от европейских стран, в России долговременная помощь развита слабо. Обеспеченность койками для долговременного ухода в последние годы снизилась с 14,7 койки се-стринского ухода на 100 тыс. населения в 2011 г. до 10,6 — в 2019 г.⁴⁰ Доля граждан старше трудоспособного возраста и инвалидов, получающих амбулаторную и стационарную помощь в рамках системы долговременного ухода, от общего числа граждан старшего трудоспособного возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, составила в 2019 г. лишь 2,9%⁴¹. Для исправления ситуации правительство утвердило специальный федеральный проект «Старшее поколение», реализация которого позволит в 2030 г. достичь полного охвата долговременным уходом всех нуждающихся в нем граждан.

⁴⁰ ЦНИИОИЗ. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения: стат. сб. 2020 [Электронный ресурс]. URL: <https://mednet.ru/napravleniya/medicziinskaya-statistika> (дата обращения: 20.10.2021).

⁴¹ Паспорт федерального проекта «Старшее поколение». URL: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1173-src-1631197511.7038.pdf> (дата обращения: 12.04.2021).

3. ДВИЖУЩИЕ СИЛЫ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Рассмотренные структурные изменения в российском здравоохранении стали результатом действия двух главных движущих сил: Федерального правительства и региональных органов власти. Для управления структурными изменениями были использованы два основных инструмента: 1) установление целевых показателей объемов медицинской помощи для страны и регионов и 2) реализация вертикальных программ.

С 1998 г. федеральное правительство ежегодно утверждает программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Программа). В ней устанавливаются нормативы объемов медицинской помощи, финансируемых за счет государственных средств. Эти нормативы функционально выполняют роль целевых показателей системы оказания медицинской помощи. Программа предназначена для балансировки указанных объемов с размерами государственного финансирования из бюджетной системы и системы ОМС. При этом уже первая утвержденная Программа предусматривала сокращение объемов стационарной медицинской помощи и увеличение объемов помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров. Та же линия выдерживалась и в последующие годы (табл. 1). Установленные целевые показатели должны были учитываться при формировании региональных планов.

В первое десятилетие использование этого инструмента существенно повлияло на изменение фактических объемов помощи, но во второе десятилетие давление со стороны федерального центра на регионы усилилось и разрыв между целевыми и фактическими показателями стал заметно сокращаться (табл. 1). Объемы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на одного жителя, уменьшались, а объемы помощи в дневных стационарах увеличивались. Важно учитывать, что сокращение объемов стационарной помощи происходило преимущественно за счет сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре, а не за счет численности пациентов, лечившихся в стационарных условиях.

Число госпитализаций в расчете на 1000 человек населения даже несколько увеличилось (рис. 9). Сокращение коечного фонда компенсировалось ростом оборота койки в силу более интенсивного лечения в стационарах. В результате доступность стационарной помощи в целом в стране не снижалась.

Следует констатировать, что Программа стала результативным инструментом структурных преобразований в российском здравоохранении.

Таблица 1. Объемы медицинской помощи в России: целевые (нормативные) и фактические показатели, 1998–2019 гг.

Показатель		1998	2000	2005	2010	2014	2015	2019
Амбулаторная помощь								
Число врачебных посещений на одного жителя	Целевой показатель*	9,198	9,198	9,198	9,5	—	—	—
	<i>Факт</i>			8,523	9,312			
Число врачебных посещений с профилактическими целями на одного жителя	Целевой показатель	—	—	—	—	2,77	2,9	3,61
	<i>Факт</i>					3,772	3,735	
Число законченных случаев амбулаторного лечения на одного жителя	Целевой показатель	—	—	—	—	2,12	2,15	2,24
	<i>Факт</i>					2,019	1,915	
Дневные стационары								
Число дней лечения на одного жителя	Целевой показатель	0,749	0,749	0,577	0,590	0,665	0,675	—
	<i>Факт</i>			0,457	0,523	0,597	0,619	
Стационарная помощь								
Число койко-дней на одного жителя	Целевой показатель*	2,902	2,813	2,813	2,78	—	—	—
	<i>Факт</i>	3,317	3,298	3,038	2,733			
Число госпитализаций на одного жителя	Целевой показатель	—	—	—	—	0,197	0,193	0,189
	<i>Факт</i>					0,205	0,2	

3. Движущие силы структурных изменений в системе здравоохранения России

Окончание табл. 1

Показатель		1998	2000	2005	2010	2014	2015	2019
Скорая помощь								
Число вызовов на одного жителя	Целевой показатель	0,34	0,318	0,318	0,318	0,318	0,318	0,300
	Факт	0,346	0,362	0,339	0,336	0,303	0,307	

Примечания. Целевые показатели в рассматриваемый период несколько раз менялись. Таблица построена на основе показателей, действующих в соответствующие годы. Для экономии места данные в таблице приведены за отдельные годы периода, в течение которого ежегодно устанавливаются целевые показатели.

*Целевые показатели устанавливались до 2014 г.

Источники: Постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» в 1998–2018 годах; Министерство здравоохранения Российской Федерации. Отчеты о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за 1998–2015 годы.

Политика регионов стала сильным фактором структурных преобразований в здравоохранении с 2006 г., когда в действие вступил новый закон о местном самоуправлении, передавший почти все полномочия по финансированию и управлению территориальными системами здравоохранения с муниципального на региональный уровень власти. Соответственно в период с 2006 по 2010 г. региональные органы власти активно трансформировали сеть медицинских учреждений. Именно в эти годы имели место максимальные сокращения коечного фонда, а также количества стационаров и амбулаторных учреждений — за счет закрытия или присоединения мелких к более крупным (табл. 2).

Таблица 2. Изменения в сети государственных медицинских организаций в России, 1990–2019 гг.

Организации	Количество						
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Государственные больничные организации, ед.	12 762	12 035	10 617	9186	6084	5188	4802
Центральные районные больницы, ед.	1798	1786	1765	1734	1754	1426	1325
Районные больницы, ед.	324	294	263	267	191	415	416

Окончание табл. 2

Организации	Количество						
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Участковые больницы, ед.	4813	4409	3310	2631	400	69	32
Койки в государственных больничных организациях, ед.	2037,6	1848,0	1663,9	1543	1317,8	1197,9	1143,8
Государственные амбулаторно-поликлинические организации (самостоятельные и входящие в состав других организаций), ед.	21 527	20 368	19 044	17 172	12 173	13 985	14 514
Фельдшерско-акушерские пункты, тыс. ед.	47,7	45,8	44,6	43,1	37,8	34,3	33,6

Источник: Росстат. Здравоохранение в России: стат. сб. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 12.10.2021).

Инструментом структурных преобразований в российском здравоохранении стали вертикальные программы, инициируемые федеральным правительством, финансируемые из федерального бюджета при небольшом дополнительном участии региональных бюджетов и администрируемые федеральным министерством здравоохранения и региональными органами власти. К наиболее крупным программам относятся: приоритетный национальный проект «Здоровье» (2004–2012 г.), программа диспансеризации (2008 г. — настоящее время), региональные программы модернизации здравоохранения (2011–2013 г.), программа «Развитие здравоохранения» (2018–2024 г.), национальный проект «Здравоохранение» (2018–2024 г.). Эти программы стали реакцией на нехватку ресурсов, выразившейся в стремлении решать наиболее болезненные проблемы системы здравоохранения.

В постсоветское время основной задачей системы здравоохранения было выживание в условиях жестких финансовых ограничений. По всей видимости, именно в силу глубоко укоренившегося представления о необходимости адаптации системы здравоохранения к низкому уровню финансирования возник соблазн выделять дополнительные ресурсы только по конкретным наиболее приоритетным направлениям, например, на мероприятия программы диспансеризации, защиты материнства и детства, борьбу с наиболее смертоносными заболеваниями (создание сосудистых центров и т.д.).

Структурные изменения в системе оказания медицинской помощи являются результатом реализации поставленных в таких программах целей по развитию отдельных видов медицинской помощи, а также unplanned следствием достижения других целей. Например, среди целей региональных программ модернизации здравоохранения было повышение оплаты труда медицинским работникам. Для ее достижения правительство требовало от регионов изыскать возможности экономии расходов на содержание медицинских учреждений и использовать высвобождаемые средства для оплаты труда. Это вынудило региональные власти продолжить сокращение коечного фонда и сети больничных учреждений и фельдшерско-акушерских пунктов. Такое сокращение вызвало социальное напряжение во многих населенных пунктах.

На структурные сдвиги в оказании стационарной помощи некоторым образом повлиял переход в начале 2010-х годов к оплате стационарной помощи в системе ОМС за случаи лечения по тарифам, устанавливаемым для клиничко-статистических групп заболеваний. Этот переход был инициирован федеральным правительством и реализован при участии экспертов Всемирного банка. Стационарам стало выгодно снижать длительность госпитализаций и усложнять структуру случаев стационарного лечения, повышать требования к обоснованности госпитализаций¹.

¹ *Авксентьева М.В. и др.* Новые подходы к формированию клиничко-статистических групп, объединяющих случаи госпитализации для лекарственного лечения злокачественных новообразований // *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2018. № 2 (32). С. 8–22.

4. ПРИЧИНЫ ОТЛИЧИЙ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОТ ЗАРУБЕЖНЫХ ТРЕНДОВ

Проведенный анализ показывает, что по ряду направлений структурные сдвиги в российском здравоохранении совпадают с трендами в странах с развитой экономикой, прошедших второй эпидемиологический переход. Прежде всего это касается сокращения объемов стационарной помощи за счет сокращения сроков пребывания на больничной койке. Четко прослеживается тенденция к замещению части стационарной помощи дневными стационарами. Как и в европейских странах, быстрыми темпами идет процесс концентрации медицинских организаций и формирования крупных амбулаторно-стационарных комплексов. Примерно одинаковые тенденции отмечаются в развитии профилактических услуг: растет охват скринингами и профилактическими осмотрами. Повышается роль мультидисциплинарных форм оказания первичной медицинской помощи.

Отличия структурных сдвигов в российском здравоохранении от общих трендов в странах с развитой экономикой состоят в следующем. Доля расходов на здравоохранение в ВВП остается существенно ниже. Изменения в соотношении государственных и частных расходов разнонаправлены. Сохраняется значительное превышение затрат на стационарную помощь по сравнению с затратами на амбулаторное лечение. Развитие профилактических программ в меньшей степени ориентировано на наиболее уязвимые целевые группы населения и местные потребности. В отличие от европейских стран, Россия реализует масштабную программу диспансеризации, включающую универсальный охват населения профилактическими мероприятиями, при этом уделяется недостаточное внимание мероприятиям по диспансерному наблюдению и лечению выявленных больных с хроническими заболеваниями. Тенденция к специализации ПМСП носит более выраженный характер, чем в европейских странах. Роль врача первого контакта не усиливается, а, скорее, ослабевает. Институт врача общей практики развивается крайне медленно. Свойственная европей-

ским странам тенденция повышения роли медицинских сестер и расширения состава врачебных практик практически не прослеживается в России. Делаются только первые шаги к развитию взаимодействия первичной помощи с социальной службой. Укрепление системы ПМСП в целом идет значительно более медленными темпами, чем в европейских странах, что сдерживает возможности перемещения части нагрузки стационаров в амбулаторный сектор. В меньшей степени проявляется тенденция к дифференциации коечного фонда по степени сложности больных и используемым методам лечения. При этом особенностью структурных изменений в российском здравоохранении является развитие многоуровневых вертикально интегрированных систем оказания медицинской помощи. Долговременная помощь начинает развиваться, но пока находится на очень низком уровне. Гораздо слабее выражены интеграционные процессы в системе здравоохранения — как внутри отдельных медицинских организаций, так и между разными медицинскими службами.

Каковы же причины этих отличий? Они кроются в особенностях организации и управления российским здравоохранением. Доминирующей в нем является государственная система с высоким уровнем централизации управленческой деятельности. В силу своего генезиса управление российским здравоохранением воспроизводит методы государственного управления плановой экономикой. Особенностью такого управления являются действия по принципу, который сформулировал Я. Корнай: «отсрочка решения проблемы — тушение пожара — отсрочка»¹. Управление фокусируется на мобилизации и распределении имеющихся ресурсов для решения или ослабления наиболее острых проблем — на «тушении пожаров». Это и обуславливает фрагментарность структурных изменений в отечественном здравоохранении по сравнению со структурными сдвигами в европейских странах.

Важная особенность функционирования централизованной административной системы управления состоит в том, что каждый уровень управления должен демонстрировать успешность принимаемых им мер исключительно более высоким уровням управления. Достичь успеха легче при решении задач оптимиза-

¹ *Kornai J. Economics of Shortage. Amsterdam: Elsevier Science, 1980. 631 p.*

ции объемов медицинской помощи и организационной структуры медицинских учреждений и гораздо сложнее — при решении задач повышения эффективности работы всех звеньев оказания медицинской помощи. Именно поэтому в российском здравоохранении более заметными были изменения, связанные с объемами медицинской помощи и организационной структурой поставщиков медицинских услуг, а менее выраженными — изменения в функционалах и способах взаимодействия участников оказания медицинской помощи.

Многие институты управления, существующие в европейских системах, в России либо совсем отсутствуют, либо находятся на стадии становления. Во-первых, недостаточно эффективен институт согласования федеральных решений с органами региональной власти. Федеральный центр планирует структурные преобразования и вертикальные программы, устанавливает требования в отношении форм их реализации на уровне регионов, утверждает региональные планы, но при этом роль регионов в формировании политики здравоохранения и планировании системы оказания медицинской помощи ослаблена. Например, вышеупомянутые федеральные нормативы объемов медицинской помощи устанавливались без адекватного учета реальной ситуации на местах. Они стимулировали структурные преобразования, но одновременно сдерживали региональные инициативы. Не одобренные федеральным центром региональные новации в организации медицинской помощи не имели серьезных шансов для развития в регионах. Справедливости ради следует отметить, что в самое последнее время установленные федеральным центром правила планирования объемов медицинской помощи на региональном уровне стали утрачивать излишнюю жесткость, и возможности регионов корректировать федеральные нормативы расширились.

Во-вторых, существенно снижена в России роль местных органов власти. Доминирующая в 1990-е годы тенденция к децентрализации управления здравоохранением сменилась впоследствии другой крайностью — передачей в 2006 г. практически всех полномочий муниципальных органов на уровень региона. Такая централизация расширяет возможности для перераспределения ресурсов в пределах региона, но одновременно снижает ответственность местной власти за решение текущих проблем. Даже самые простые из них решаются преимущественно на уровне региональных

органов власти. Таким образом, утрачивается связь ПМСП с местными потребностями.

В-третьих, в нашей стране плохо работают демократические институты развития здравоохранения. Роль медицинских сообществ в управлении здравоохранением очень незначительна по сравнению с западными странами. Профессиональные организации практически не вовлечены в принятие решений по вопросам здравоохранения. Деятельность общественных советов при органах власти носит в основном имитационный характер. Информация о работе системы в целом и отдельных медицинских организаций строго дозирована для общественного пользования. Это дает возможность органам управления здравоохранением в своих отчетах делать акцент на достижениях, умалчивая о недостатках. Слабо выражена обратная связь с пациентами и обществом в целом, поэтому остаются без должного внимания жалобы населения об ухудшении доступности медицинских учреждений вследствие проводимых структурных преобразований.

Слабость этих и других институтов управления здравоохранением компенсируется административными усилиями органов власти — преимущественно через централизованные вертикальные программы. Иногда эти программы дают обнадеживающие результаты, иногда результаты скромные. Но во всех случаях новые институты системы развиваются крайне медленно, диктуя необходимость новых административных усилий.

Следует выделить и ряд имеющихся ограничений для проведения структурных преобразований в российском здравоохранении.

Во-первых, это установки руководителей органов управления здравоохранением. Как правило, такие руководители имеют большой опыт руководства именно стационарами и являются убежденными сторонниками сохранения стационароцентричной модели оказания медицинской помощи, отдавая именно этим организациям приоритет при распределении государственных средств на финансирование текущей деятельности и инвестиций.

Во-вторых, население привыкло к тому, что качественную медицинскую помощь, а также бесплатные лекарства и питание во время болезни можно получить только в стационаре, что сдерживает увеличение доли сложных случаев в структуре работ стационара.

В-третьих, первичное звено здравоохранения оказалось неготовым к замещению значительной части стационарной помо-

щи лечением в амбулаторных условиях. Кадровый, технический и организационный уровень первичной помощи не позволяет поликлиникам брать на себя лечение основной части заболеваний, особенно хронических.

В-четвертых, особенностью российской системы здравоохранения является слабое развитие горизонтальных связей между медицинскими организациями, относящимися к разным звеньям оказания медицинской помощи, а также между медицинскими работниками из разных подразделений медицинских организаций¹. Взаимодействие различных звеньев осуществляется через вертикальные каналы. Это является серьезным препятствием для развития интеграционных структур, которое в странах ЕС опирается на существующие горизонтальные связи и усиливает их².

¹ *Sheiman I., Shevsky V.* Concentration of health care providers: does it contribute to integration of service delivery? // *Risk Management and Healthcare Policy*. 2019. Vol. 12. P. 153–166; *Сажина С.В., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В.* Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей // *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»* [сетевое издание], 2021. Т. 67. № 1. С. 4; *Kuhlmann E. et al.* Understanding the role of physicians within the managerial structure of Russian hospitals // *Health Policy*. 2019. Vol. 123. No. 8. P. 773–781.

² *Sheiman I., Shevsky V.* Concentration of health care providers: does it contribute to integration of service delivery? P. 153–166.

5. НАПРАВЛЕНИЯ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВТОРОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА

Опираясь на результаты сравнительного анализа структурных сдвигов в системах здравоохранения стран с развитой экономикой и России, можно утверждать, что для сокращения смертности и улучшения состояния здоровья населения, а соответственно, осуществления второго эпидемиологического перехода структурные преобразования в российском здравоохранении должны быть продолжены.

Направлениями структурных изменений в системе здравоохранения, необходимых для обеспечения второго эпидемиологического перехода, являются следующие.

1. *Увеличение доли ВВП, направляемого в здравоохранение, и доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение.*

2. *Развитие деятельности медицинских организаций по продвижению практик здорового образа жизни и профилактике заболеваний.* Борьба с табакокурением, алкоголизмом, ожирением, разьяснительная работа по предотвращению заболеваний и проведению самолечения должны быть важной составляющей работы системы здравоохранения.

Увеличение масштабов скринингов на раннее выявление заболеваний повышает вероятность их успешного лечения. Усиление профилактической направленности работы систем здравоохранения является важным фактором достижения более высоких показателей здоровья населения. Но работа по раннему выявлению заболеваний должна быть тесно связана с расширением масштабов и повышением качества диспансерного наблюдения. В противном случае усилия по профилактике заболеваний не дадут ожидаемых результатов.

3. *Расширение лечебного функционала первичного звена.* ПМСП — это наиболее массовый вид медицинской помощи. В России каждый гражданин в среднем 9 раз в год обращается к врачу первич-

ного звена (в странах ЕС — 5–7). На этом уровне в европейских странах начинается и заканчивается лечение от 80 до 95% заболеваний. Доступность и качество первичной помощи во многом определяют распространенность сложных заболеваний и вероятность их успешного лечения силами специализированных медицинских служб.

4. *Расширение масштабов и изменение форм деятельности по оказанию медицинской помощи больным с хроническими и множественными заболеваниями.* Развитие новых форм организации медицинской помощи, включая специализированные программы ведения больных с гипертонией, диабетом, астмой и проч.

5. *Развитие пациентоориентированных моделей оказания медицинской помощи.* Инициирование проактивных форм оказания медицинской помощи, которые, во-первых, предполагают изменение характера взаимодействия медиков и пациентов (отказ от патерналистской модели взаимодействия и повышение роли самих пациентов) и, во-вторых, нацелены на предотвращение обострений заболеваний путем более ранних медицинских вмешательств.

6. *Организационная трансформация ПМСП на основе масштабного внедрения новых цифровых технологий.* Современный уровень развития цифровых технологий позволяет говорить о потенциальных возможностях изменить ряд процессов оказания медицинской помощи. Имеются в виду следующие изменения:

— увеличение объемов оказываемой медицинской помощи в первичном звене в форме доврачебной помощи, прежде всего существенное повышение доступности и качества медицинской помощи в фельдшерско-акушерских пунктах и на дому посредством технического обеспечения дистанционной диагностики и удаленной связи с врачом;

— приближение ПМСП к месту проживания пациента благодаря миниатюризации медицинских диагностических приборов и повышению их доступности, в том числе организация профилактического наблюдения на дому и создание новых форм проактивного взаимодействия системы ПМСП с пациентом;

— выполнение функций постоянного участкового врача на виртуальной основе;

— формирование новых моделей ПМСП сетевого типа — таких как расширенная общая врачебная практика, интегрирован-

ная медико-социальная практика, центр специализированной амбулаторной медицинской помощи, поликлинический центр, фельдшерская (сестринская) практика, клиника на дому, — которые обеспечат новое содержание и качественно иной уровень взаимодействия участников ПМСП на основе использования современных цифровых и организационных технологий и включения в сети передачи информации¹.

7. *Создание доступных форм лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях.* Расширение государственных гарантий лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях: возмещение стоимости дополнительного числа лекарственных средств из государственных источников; расширение численности населения, получающего эти лекарства бесплатно или на льготной основе. Растущая финансовая доступность лекарственных средств становится важным фактором результативности лечения.

8. *Усиление специализации стационарной помощи по степени сложности состояния пациентов и выполняемым лечебным функциям.* Превращение стационаров в центры оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Стационары все в большей степени должны концентрировать ресурсы на оказании медицинской помощи наиболее сложным больным с использованием современных медицинских технологий, а долечивание больных целесообразно осуществлять в центрах реабилитационной помощи, учреждениях сестринского ухода.

9. *Развитие долговременной медицинской помощи.* Создание специализированных организаций, которые ведут пациентов со старческими заболеваниями, травмами, психическими расстройствами и проч., требующих постоянного наблюдения силами междисциплинарных групп медиков и социальных работников. Преимущественная часть долговременной помощи должна оказываться в амбулаторных условиях. Результатом такой деятельности станет повышение качества и продолжительности жизни.

Результативность этих изменений будет во многом зависеть от развития демократических принципов управления системой здравоохранения.

¹ Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы / С.В. Шишкин (отв. ред.), А.А. Алмазов, М.Н. Корнилов, В.И. Шевский, И.М. Шейман. М.: Изд. дом ВШЭ, 2022.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российское здравоохранение, генетической основой которого была советская модель Семашко, преодолев период выживания в 1990-е годы, в последующие два десятилетия претерпело заметные структурные изменения. Эти изменения происходили в условиях, когда было необходимо, с одной стороны, решать задачи восстановления государственной системы оказания медицинской помощи, частично деградировавшей в период трансформационного экономического кризиса 1990-х годов, а с другой стороны, реагировать на демографические, технологические, экономические и социальные вызовы, общие для стран Европейского региона. В значительной своей части направления этих структурных изменений совпадали с тенденциями изменений в системах здравоохранения стран с развитой экономикой. Интенсивное развитие получили профилактика и раннее выявление заболеваний. Россия восстановила масштабную диспансеризацию населения, проводившуюся в СССР. Высокими темпами шли развитие стационарозамещающей помощи и интенсификация лечения в стационарных условиях. Но соотношение стационарной и амбулаторной помощи, в отличие от стран с развитой экономикой, изменилось мало. Особенностью России стало усиление концентрации медицинской помощи в крупных медицинских организациях и увеличение среднего размера больниц. Структурные изменения в амбулаторной помощи были выражены в гораздо меньшей степени. Что же касается развития интеграционных процессов в оказании медицинской помощи, Россия выдвинулась вперед в формировании вертикально интегрированных структур (многоуровневая модель организации медицинской помощи), но существенно отстала в уровне развития горизонтальных связей.

Отмеченные особенности структурных изменений в российском здравоохранении связаны со спецификой жестко регулируемой государством модели оказания медицинской помощи. Управление фокусируется на мобилизации и распределении ресурсов для решения наиболее острых проблем, что обуславливает фрагментарность структурных изменений. Осознаваемая каждым уровнем управления необходимость демонстрировать успешность принимаемых мер исключительно более высоким уровням управ-

ления приводит к тому, что в российском здравоохранении более заметны изменения, связанные с объемами медицинской помощи и организационной структурой поставщиков медицинских услуг, и менее выражены изменения в функционалах и способах взаимодействия участников оказания медицинской помощи.

Для эффективного ответа на современные глобальные вызовы, сокращения смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни, наконец, для улучшения состояния здоровья населения структурные преобразования в российском здравоохранении должны быть продолжены.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица. Временные рамки второго эпидемиологического перехода в странах ОЭСР

Страна	Год достижения ОПЖ — 70 лет*	Год достижения ОПЖ — 80 лет	Ближайший год доступных данных к достижению ОПЖ — 70 лет по показателям**								
			Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП	Государственные расходы на здравоохранение, % от ВВП	Доля расходов на амбулаторную помощь в расходах на стационарную и амбулаторную помощь, %	Обеспеченность населения врачами первичного звена (на 1000 человек населения)	Число больничных коек на 100 тыс. населения	Число госпитализаций на 1000 человек населения	Средняя длительность лечения в стационаре, дней	Доля реабилитационных коек в коечном фонде, %	Доля коек долговременного лечения в коечном фонде, %
Австралия		2002	1971	1971	1971		1970		1991		
Австрия	1964	2006	1970	1970	1990	1980	1985	1989	1970	1988	1988
Бельгия	1961	2009	1970	1992	2003	2000	1988	2000	2000	1988	1988
Великобритания		2009	1970	1970		2000	2000	2000	2000		
Германия	1963	2007	1970	1970	1970	1991	1991	1970	1970	1991	
Греция		2008	1988	1988	2003	2005	1970	1970	1970	2010	2015
Дания		2012	1971	1971	1980		1997	1979	1970	1998	2002
Израиль	1971	2004	1975	1995	1995	2000	1988	2000	2000	1988	1988
Ирландия		2008	1970	1970		1980	1980	1980	1980	2009	1988
Исландия		2001	1970	1970	1980	1998	2007	1980	1999	2007	2007
Испания	1970	2004	1970	1970	1999		1970	1972	1972	1996	1988
Италия	1971	2001	1988	1988		1995	1971	1971	1971	2000	1988
Канада	1960	2005	1970	1970	1970	1980	1976			1995	1988
Корея	1987	2009	1987	1987	1970	2004	1990	1996	1996	2014	2003
Коста-Рика	1977	2016	2000	2000	2011		2000	1997	1997		

Страна	Год достижения ОПЖ — 70 лет*	Год достижения ОПЖ — 80 лет	Ближайший год доступных данных к достижению ОПЖ — 70 лет по показателям**								
			Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП	Государственные расходы на здравоохранение, % от ВВП	Доля расходов на амбулаторную помощь в расходах на стационарную и амбулаторную помощь, %	Обеспеченность населения врачами первичного звена (на 1000 человек населения)	Число больничных коек на 100 тыс. населения	Число госпитализаций на 1000 человек населения	Средняя длительность лечения в стационаре, дней	Доля реабилитационных коек в кожном фонде, %	Доля коек длительного лечения в кожном фонде, %
			1976	1976	1999	2005	2004	2002	2002	2004	
Люксембург	1972	2008	1976	1976	1999	2005	2004	2002	2002	2004	
Нидерланды		2007	1972	1972	1972		1970	1990	1990	2015	2010
Новая Зеландия		2006	1970	1970	2004			2000	1970		
Норвегия		2004	1970	1970	1980		1985	1973	1970		
Португалия	1977	2010	1977	1977	2000	1983	1985	1985	1985		
Словения	1982	2011	2000	2000	2002	2005	1985	1980	1985	2000	2002
Швейцария		2001	1970	1995			1998	1997	1970	1998	2010
Швеция		2003	1970	1970	2001	1995	1970	1987	1970	1992	1988
Финляндия	1970	2009	1970	1970	1970		1993	1988	1970	2000	1994
Франция		2004	1970	1970	1970	1990	1997	1974	1974	1997	1997
Чили	1982	2016	2000	2000		2010	1999	2001	2001		
Япония	1964	1996	1970	1970	1988		1993	1975	1970		

Примечания. Ближайшие годы доступных данных определяются по базе данных ОЭСР.

* Пустые ячейки — достижение ОПЖ — 70 лет до 1960 г.

** Пустые ячейки — 1) отсутствие данных по конкретным показателям до года достижения уровня ОПЖ — 80 лет или 2) непредставление данных по показателю по всему периоду наблюдения в базе данных ОЭСР.

АВТОРЫ ДОКЛАДА

Шишкин Сергей Владимирович

Доктор экономических наук, директор Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Шейман Игорь Михайлович

Кандидат экономических наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Власов Василий Викторович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», заслуженный профессор НИУ ВШЭ

Потапчик Елена Георгиевна

Кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Сажина Светлана Владимировна

Ведущий аналитик Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Научное издание

**Структурные изменения в здравоохранении:
тенденции и перспективы**

Доклад НИУ ВШЭ

Формат 60×88 1/16. Гарнитура Newton
Усл. печ. л. 3,6. Уч.-изд. л. 2,6. Изд. № 2617

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»
101000, Москва, ул. Мясницкая, 20
Тел.: +7 495 772-95-90 доб. 15285



При поддержке Фонда целевого капитала НИУ ВШЭ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
РАДИОПАРТНЕР



ГЛАВНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



Российская Газета



ПОЛИТ.РУ



Индикатор



журнал
стратегия

ЭКОНОМИКА
и ЖИЗНЬ



InScience.News

