

# РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Доклад НИУ ВШЭ



ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

---

# РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*Доклад НИУ ВШЭ*



---

Издательский дом  
Вышей школы экономики  
Москва, 2024

УДК 614.2  
ББК 51.1+ 65.495  
Р76



<https://elibrary.ru/wbqehw>

В докладе использованы результаты исследований,  
выполненных в рамках Программы фундаментальных  
и прикладных исследований НИУ ВШЭ

Рецензент:

к.э.н, доцент, заместитель руководителя Департамента прикладной  
экономики факультета экономических наук НИУ ВШЭ *Л.С. Засимова*

Под редакцией *С.В. Шишкина*

Авторы:

*С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Алмазов, А.И. Бирюкова,  
В.В. Власов, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина, С.К. Салахутдинова*

**Российское здравоохранение: перспективы развития.** Доклад НИУ  
Р76 ВШЭ / С. В. Шишкин, И. М. Шейман и др.; под ред. С. В. Шишкина;  
Нап. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом ВШЭ,  
2024. — 60 с. — 50 экз. — ISBN 978-5-7598-2986-7 (в обл.). — ISBN 978-  
5-7598-4046-6 (e-book).

В докладе определены наиболее значимые характеристики состояния здо-  
ровья российского населения, состояния системы здравоохранения и стоящие  
перед ней вызовы. Дается описание наиболее важных и заслуживающих особого  
внимания направлений изменений, происходящих в сфере здравоохранения в  
странах с развитой экономикой. На этой основе сформулированы предложения  
о главных приоритетах развития российского здравоохранения на перспективу  
до 2036 г.

УДК 614.2  
ББК 51.1+ 65.495

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

ISBN 978-5-7598-2986-7 (в обл.)  
ISBN 978-5-7598-4046-6 (e-book)

© Авторы, 2024

## СОДЕРЖАНИЕ

Принятые сокращения .....	4
Резюме доклада .....	5
Введение .....	8
1. Состояние здоровья российского населения .....	9
2. Состояние системы здравоохранения .....	16
3. Финансирование здравоохранения.....	27
4. Важнейшие тенденции развития здравоохранения в мире .....	35
5. Приоритеты развития российского здравоохранения.....	40
6. Развитие системы финансирования здравоохранения.....	55
Авторы доклада .....	59

## **ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ**

АГ — артериальная гипертензия.

ВВП — валовой внутренний продукт.

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения.

ДМС — добровольное медицинское страхование.

ЕС — Европейский союз.

ОМС — обязательное медицинское страхование.

ОПЗЖ — ожидаемая продолжительность здоровой жизни.

ОЭСР — Организация экономического сотрудничества и развития.

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь.

Росстат — Федеральная служба государственной статистики.

СГХ — семейная гиперхолестеринемия.

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

## РЕЗЮМЕ ДОКЛАДА

В последние два десятилетия наблюдаются позитивные сдвиги в состоянии здоровья населения России: снижение смертности, увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Темпы изменения этих показателей выше, чем в странах с развитой экономикой. Но разрыв между Россией и этими странами все еще велик.

В последние годы внимание и общества, и государства к развитию здравоохранения заметно выросло. Результаты опросов НИУ ВШЭ «Готовность к переменам» в 2021–2023 гг. свидетельствуют о повышении удовлетворенности граждан результатами обращения за медицинской помощью. Среди значимых позитивных изменений в системе здравоохранения следует отметить также масштабное внедрение новых информационных технологий.

Вместе с этими и целым рядом других позитивных изменений в здравоохранении сохраняются серьезные системные проблемы:

- дефицит кадров в государственном секторе здравоохранения;
- недостаточный уровень доступности и качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и реабилитационной помощи;
- низкий уровень преемственности лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях и интеграции звеньев системы оказания медицинской помощи;
- ограниченная доступность медикаментозной помощи при лечении в амбулаторных условиях.

За последние 20 лет расходы государства на здравоохранение в реальном выражении значительно выросли, но рост был нестабильным. По уровню общих и государственных расходов на здравоохранение Россия соответствует средним значениям для группы стран с доходами выше среднего. Но ключевая проблема финансового обеспечения российского здравоохранения состоит в том, что объем гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в нашей стране сопоставим с гарантиями стран ЕС (за исключением лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении), а уровень государственного финансирования здравоохранения намного ниже: в ЕС — 7,7% ВВП, в России — 3,3% ВВП (2022 г.).

Это обуславливает широкую распространенность обращений граждан за платными медицинскими услугами. В 2023 г. 63%

взрослых граждан сообщили, что в течение года им приходилось прибегать к услугам платной медицины.

Особенностью финансирования российского здравоохранения является гибридный характер институтов оказания бесплатной и платной медицинской помощи: симбиоз правил, опирающихся на диаметрально разные принципы обеспечения доступа к медицинской помощи и не соблюдаемых в полном объеме.

Для обязательного медицинского страхования в России характерны системные противоречия его дизайна. Очень чувствительной проблемой финансирования здравоохранения выступает значительное неравенство регионов по уровню государственного финансирования отрасли.

В докладе рассматриваются изменения, происходящие в системах оказания медицинской помощи в мире, наиболее интересные для обсуждения перспектив развития российского здравоохранения.

В ряду важнейших тенденций технологического развития здравоохранения в мире необходимо выделить:

- цифровую трансформацию здравоохранения;
- развитие первичной и вторичной профилактики заболеваний и их персонификацию, в том числе на основе использования big data;
- диагностику и лечение заболеваний с использованием молекулярных и клеточных технологий, учитывающих особенности каждого индивида;
- выход здравоохранения за рамки лечения заболеваний в клинике, активное сохранение и улучшение здоровья граждан дома и на работе.

Важнейшие тенденции изменений в организации медицинской помощи в мире:

- повышение приоритетности первичной помощи и развитие новых форм ее организации;
- превращение больниц в центры оказания высокотехнологичной медицинской помощи на основе передачи растущей части относительно несложных больных в амбулаторный сектор и дневные стационары;
- усиление интеграционных процессов (совместная работа и координация работы врачей разных специальностей, повышение преемственности лечения);

- усиление взаимодействия медицинских организаций с организациями социального обслуживания.

Достижение национальной цели развития — повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет в 2030 г. — требует от здравоохранения выхода на принципиально новый уровень организации. С учетом глобальных тенденций и системных проблем российского здравоохранения можно выделить главные приоритетные направления его развития на перспективу до 2036 г. Реализация этих приоритетов имеет критическое значение для адекватного ответа российского здравоохранения на существующие вызовы.

Общесистемные приоритеты:

- цифровая трансформация здравоохранения;
- развитие превентивного здравоохранения;
- ликвидация кадрового дефицита;
- персонификация и повышение комфортности условий оказания медицинской помощи.

Приоритеты в развитии видов медицинской помощи:

- укрепление первичной медико-санитарной помощи;
- расширение лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении;
- развитие реабилитационной помощи;
- интеграция медицинской помощи.

Целевым состоянием российского здравоохранения является Здравоохранение-3Д: доступное, достойное, дружественное.



## ВВЕДЕНИЕ

Здравоохранение — его состояние, проблемы, перспективы — выступает предметом постоянного общественного внимания. Нынешний 2024 г. является рубежным для нашего общества и для системы здравоохранения. Начинается новый электоральный президентский цикл, завершается реализация национальных проектов, включая масштабный проект «Здравоохранение» (2018–2024). Это делает актуальным проведение анализа современного состояния системы здравоохранения и перспектив ее дальнейшего развития.

В настоящем докладе представлены результаты такого анализа, выполненного сотрудниками Центра политики в сфере здравоохранения и кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. В нем выделены наиболее значимые с точки зрения авторов характеристики здоровья российского населения, состояния системы здравоохранения и стоящих перед ней вызовов.

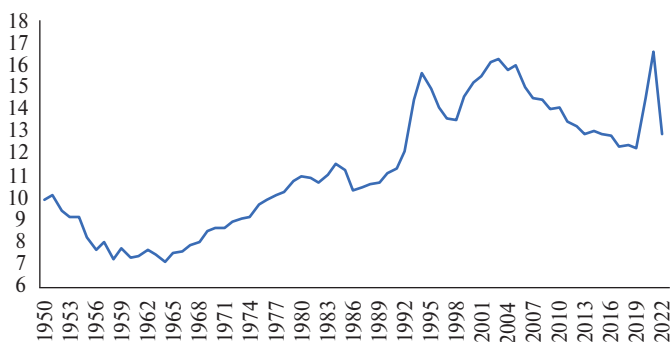
Обсуждение перспектив развития отечественного здравоохранения невозможно без учета основных современных тенденций развития систем здравоохранения в мире. Доклад содержит описание наиболее важных и заслуживающих особого внимания направлений, в которых происходят изменения в сфере здравоохранения стран с развитой экономикой.

Эта аналитика служит основой для формулирования предложений о главных приоритетах развития российского здравоохранения на перспективу до 2036 г.

# 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В последние годы наблюдаются *позитивные сдвиги в состоянии здоровья населения*. Общая смертность населения России после почти 40 лет повышения (с 1964 г.) снижалась с 2000 г. (рис. 1). За период 2000–2019 гг. она уменьшилась на 37%, составив в конце периода 925,7 смертей на 100 000 населения. Темпы сокращения стандартизированного показателя смертности были выше, чем в странах, входящих в европейский регион ВОЗ, и в странах с развитой экономикой. Вместе с тем Россия по абсолютному значению этого показателя намного превосходит уровень указанных стран (табл. 1).

К очевидным успехам российской системы здравоохранения относится снижение младенческой (в возрасте до года) и детской смертности. Младенческая смертность за последние 20 лет сократилась более чем в 3 раза, составив в 2020 г. 4,4 на 1000 родившихся живыми. Этот уровень был ниже, чем в среднем по странам ОЭСР (5,7) и значительно ниже, чем в среднем по группе стран с доходами выше среднего (9,1), но все еще выше, чем в среднем



**Рис. 1.** Общий коэффициент смертности в Российской Федерации, на 1000 населения

*Источники:* Demoscope Weekly. Общий коэффициент смертности (на 1000 жителей), 1950–2019 г. <http://www.demoscope.ru/weekly/app/app4089.php> (данные за 1950–2019 гг.); Росстат. Демография. <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (данные за 2020–2022 гг.).

**Таблица 1.** Стандартизированный коэффициент смертности (на 100 000 населения) по Российской Федерации и отдельным группам стран, 2000–2019 гг.

Страны	2000	2019	Снижение СКС (%)
Российская Федерация	1465,92	925,68	–37
Европейский регион ВОЗ	945,56	669,33	–29
ЕС	736,54	533,12	–28

*Источник:* База данных Европейского офиса ВОЗ. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.

по странам ЕС (3,2)<sup>1</sup>. В России значительными темпами сокращалась детская смертность (смертность в возрасте до 5 лет). За период 2000–2020 гг. детская смертность снизилась в 3,5 раза, составив в конце периода 5,5 смертей на 1000 родившихся живыми<sup>2</sup>. Детская смертность в Российской Федерации в 2020 г. была ниже, чем в среднем по странам ОЭСР (6,8) и значительно ниже, чем в среднем по своей доходной группе (11,2), но все еще оставалась выше, чем в странах ЕС (3,9)<sup>3</sup>.

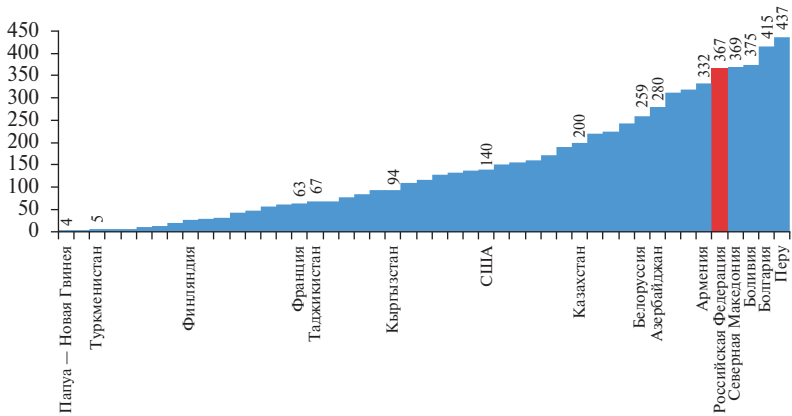
*Россия больше, чем другие страны, пострадала от пандемии COVID-19.* По избыточной смертности в 2020–2021 гг. Россия имела один из самых высоких показателей. По оценкам ВОЗ (уточненные расчеты на май 2022 г.), в 2020–2021 гг. уровень избыточной смертности, обусловленной этим заболеванием, был одним из самых высоких в мире — 367 смертей на 100 000 населения. Хуже показатели были только в четырех странах: Северной Македонии (369 смертей), Боливии (375 смертей), Болгарии (415 смертей) и Перу (437 смертей)<sup>4</sup> (рис. 2). Причина этого не вполне ясна. Возможно, она состоит в недостаточной отзывчивости системы здра-

<sup>1</sup> World Bank. Mortality rate, infant (per 1,000 live births). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>.

<sup>2</sup> Росстат. Демографический ежегодник России. <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207>.

<sup>3</sup> World Bank. Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>.

<sup>4</sup> WHO. Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates). <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.



**Рис. 2.** Избыточная смертность, связанная с COVID-19, по отдельным странам, число смертей на 100 000 населения

*Источник:* WHO. Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates). <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.

воохранения на внезапно возникшую большую потребность в медицинской помощи.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России за последние 20 лет выросла на 7,9 года (рис. 3). Этот прирост был почти в 3 раза больше, чем в странах с развитой экономикой. Но уровень этого показателя остается ниже, чем в экономически развитых странах, в странах с таким же уровнем дохода, а также ниже среднемирового значения. По данным Всемирного банка, в 2020 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в среднем в мире составила 72,3 года, в странах с доходами выше среднего — 75,9 года, в странах европейского региона ВОЗ — 78,2 года, в странах ОЭСР — 79,0 лет, в странах ЕС — 80,5 года, а в России — 71,3 года<sup>5</sup>.

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) в нашей стране также сравнительно низкий. По данным ВОЗ, в 2019 г. ОПЗЖ в России составляла 64,2 года, в то время

<sup>5</sup> World Bank. Life expectancy at birth, total (years). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.

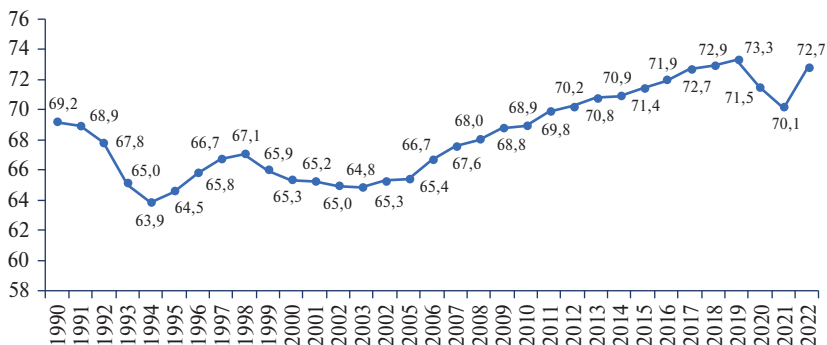


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации в 1990–2022 гг.

Источник: Данные Росстата.

как в странах с доходами выше среднего этот показатель составлял 67,0 лет, в странах европейского региона ВОЗ — 68,3 года, и в среднем по миру — 63,7 года<sup>6</sup>.

Россия находится в начале второго эпидемиологического перехода, который прошли страны с развитой экономикой. Второй эпидемиологический переход — это изменение в структуре причин смертности: они диверсифицируются, сердечно-сосудистые заболевания перестают быть доминирующей причиной, а ожидаемая при рождении продолжительность жизни увеличивается с 70 до 80 лет<sup>7</sup>. В нашей стране в качестве национальной цели развития определено повышение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет в 2030 г.<sup>8</sup>; в 2022 г. ожидаемая продолжительность жизни составила 72,7 года. Для достижения цели потребуются осуществление второго эпидемиологического

<sup>6</sup> WHO. Life expectancy and healthy life expectancy. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>.

<sup>7</sup> Вишневский А.Г. Эпидемиологический переход и его интерпретации // Демографическое обозрение. 2020. Т. 7. № 3. С. 6–50; Bergeron-Boucher M., Aburto J.M., van Raalte A. Diversification in causes of death in low-mortality countries: emerging patterns and implications // BMJ Global Health. 2020. Vol. 5. No. 7. P. e002414.

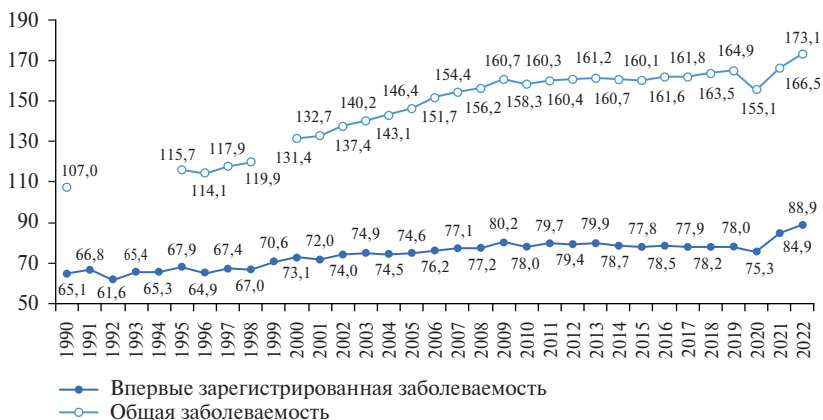
<sup>8</sup> Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

**Таблица 2.** Период, в течение которого ожидаемая продолжительность жизни выросла с 72,7 до 78 лет в разных странах

Страны	Значения ожидаемой продолжительности жизни, лет	Период времени	Длительность периода, лет
Австралия	72,7–78,0	1975–1993	18
Австрия	72,6–78,0	1980–1999	19
Бельгия	72,9–78,1	1977–2001	24
Великобритания	73,2–78,2	1980–2001	21
Германия	72,8–78,2	1979–2000	21
Израиль	73,0–78,2	1976–1996	20
Ирландия	72,9–78,2	1980–2003	23
Италия	72,7–78,0	1975–1994	19
Новая Зеландия	72,7–78,1	1978–1999	21
Португалия	72,7–78,4	1984–2004	20
США	72,7– 78,1	1975–2007	32
Финляндия	73,0–78,2	1978–2001	23
Франция	72,8–78,0	1974–1994	20
Швейцария	72,7–78,1	1968–1992	24
Япония	72,9–78,1	1971–1986	15
Корея	73,0–78,2	1993–2005	12
Польша	72,7–77,9	1997–2017	20
Словения	73,0–78,3	1988–2006	18
Турция	72,7–78,0	2004–2013	9
Чехия	72,8–78,0	1993–2012	9
Чили	72,9–78,0	1990–2007	17
Хорватия	72,8–78,0	2000–2016	16
Эстония	72,7–77,7	2006–2017	11
Российская Федерация	72,7–78,0	2022–2030	8

*Примечание:* Приводятся значения ожидаемой продолжительности жизни по странам в те годы, когда она равнялась или превысила соответственно 72,8 года и 78,0 лет.

перехода, включая значительное сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В странах с развитой экономикой увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 72,7 до 78 лет заняло от 9 до 32 лет (см. табл. 2). В XX в. такой рост проис-



**Рис. 4.** Заболеваемость населения Российской Федерации в 1990–2022 гг., на 100 человек

Источник: ЦНИИОИЗ. Медицинская статистика. <https://mednet.ru/napravleniya/medicinskaya-statistika/>.

ходил в течение как минимум 15 лет. В странах, в которых увеличение ожидаемой продолжительности жизни в рассматриваемом интервале происходило в конце XX — начале XXI в., оно заняло уже от 9 до 17 лет. За 9 лет удалось поднять ожидаемую продолжительность жизни до 78 лет в Турции и Чехии. России предстоит это сделать за 8 лет. Это серьезнейший демографический и политический вызов для всего нашего общества и для системы здравоохранения.

В отличие от динамики смертности, динамика заболеваемости в Российской Федерации менее однозначна. Число впервые регистрируемых заболеваний постоянно увеличивается (рис. 4). Этот рост может быть частично объяснен изменением ситуации с доступностью первичной медицинской помощи и последовательным развертыванием все новых программ, нацеленных на раннюю диагностику. Общая заболеваемость в период 2005–2009 гг. росла быстрее числа первично выявленных заболеваний: увеличение на 9,8 и 7,8% соответственно. Относительная стабилизация показателя общей заболеваемости после 2008 г., возможно, свидетельствует о потенциале поворота к улучшению состояния здоровья населения.

Менее половины взрослых российских граждан оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее (48,8% в 2022 г.)<sup>9</sup>, в то время как среди граждан ЕС доля таких оценок превышает две трети (68,7% в 2021 г.)<sup>10</sup>.

Особого внимания требует ситуация с туберкулезом. В 2022 г. туберкулез оставался в мире второй ведущей причиной смертности от одного инфекционного агента после инфекции COVID-19. Заболеваемость и смертность от туберкулеза в России сокращаются. Но в 2022 г. Российская Федерация вошла в тройку стран наряду с Индией и Филиппинами, на долю которых приходилось 42% от расчетного мирового числа больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью: Индия (27%), Филиппины (7,5%) и Российская Федерация (7,5%)<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Росстат. Итоги выборочного наблюдения состояния здоровья населения в 2022 г. [https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/zdor22/PublishSite\\_2022/files/9.1\\_%D0%A0%D0%A4\\_2022\\_%D0%A1%D0%97%D0%9D.xlsx](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor22/PublishSite_2022/files/9.1_%D0%A0%D0%A4_2022_%D0%A1%D0%97%D0%9D.xlsx).

<sup>10</sup> Eurostat. Self-perceived health by sex, age and groups of country of citizenship. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SILC\\_24\\_\\_custom\\_5724988/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_24__custom_5724988/default/table?lang=en).

<sup>11</sup> WHO Global Tuberculosis Report 2023. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>.



## 2. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В последние годы внимание и общества, и государства к развитию здравоохранения заметно выросло. С 2018 г. реализуется масштабный национальный проект «Здравоохранение», решается задача существенного укрепления первичной медико-санитарной помощи. Результаты опросов НИУ ВШЭ «Готовность к переменам» в 2021–2023 гг. свидетельствуют о некотором **повышении удовлетворенности граждан результатами обращения за первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощью**. Доля респондентов, оставшихся недовольными полученной медицинской помощью, сокращается (рис. 5).



**Рис. 5.** Распределение ответов респондентов на вопрос: «За последние 12 месяцев среди обращений за бесплатной медицинской помощью к врачу-терапевту (участковому врачу), врачу-специалисту или вызовов скорой медицинской помощи были ли случаи, когда вы остались недовольны результатами?», 2021–2023 гг. (% от числа опрошенных)

Источник: Опросы НИУ ВШЭ и ОМІ «Готовность к переменам», 2021–2023 гг.

Среди значимых позитивных изменений в системе здравоохранения следует отметить также **масштабное внедрение новых информационных технологий**. Данные опроса медицинских ра-

ботников, проведенного НИУ ВШЭ, свидетельствуют, что по состоянию на середину 2023 г. наибольшее распространение получили такие новые информационные технологии, как электронный больничный лист и электронная медицинская карта. Их отметили 80 и 77% респондентов соответственно (рис. 6). Стоит также обозначить уже значительную распространенность в медицинских организациях практик проведения телемедицинских консультаций (52%).



**Рис. 6.** Доля респондентов, указавших на использование новых информационных технологий в своей медицинской организации в 2023 г. (%)

*Источник:* Онлайн-опрос НИУ ВШЭ, проведенный на информационной платформе ООО «Медицинские Информационные Решения», июнь 2023 г. ( $N = 1183$  респондентов: врачи, средний медицинский персонал из 83 регионов).

Наряду с этими и целым рядом других позитивных изменений в здравоохранении сохраняются серьезные системные проблемы, к основным из которых относятся:

- дефицит кадров в государственном секторе здравоохранения;
- недостаточный уровень доступности и качества ПМСП и реабилитационной помощи;
- низкий уровень преемственности лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях и интеграции звеньев системы оказания медицинской помощи;
- ограниченная доступность медикаментозной помощи при лечении в амбулаторных условиях.

### **Дефицит кадров в государственном секторе здравоохранения**

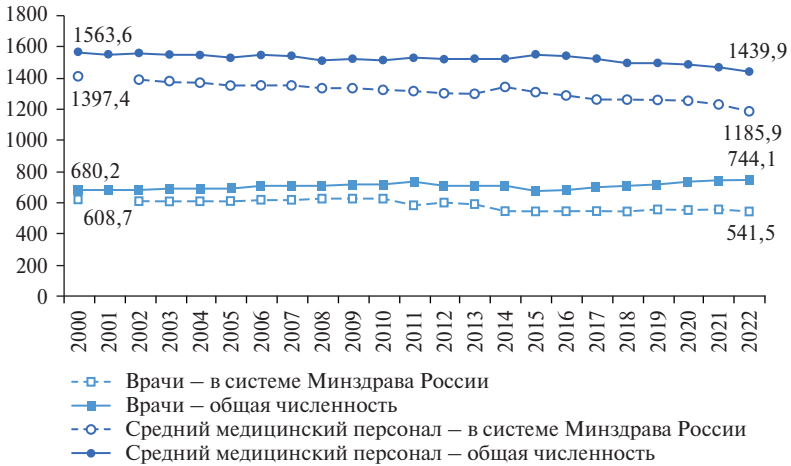
В долговременном плане численность врачей в медицинских учреждениях, подведомственных Минздраву России, снизилась с 608,7 тыс. в 2000 г. до 541,5 тыс. в 2022 г. При этом общая численность врачей в стране за тот же период выросла с 680,2 до 744,1 тыс. Численность среднего медицинского персонала имела тенденцию к сокращению как в государственном секторе, так и в целом по стране, но сокращение в государственном секторе было более значительным (рис. 7). Эти тенденции являются признаком перемещения медицинских работников из государственного в негосударственный сектор. Сегодня 28% врачей и 18% среднего медицинского персонала работают в частных и ведомственных медицинских организациях.

Обеспеченность населения врачами в медицинских учреждениях, подведомственных Минздраву России, в долговременном плане ухудшается. С 2000 по 2021 г. она снизилась с 42,2 до 37,7 на 10 тыс. населения. Аналогичная тенденция отмечается в отношении среднего медицинского персонала (рис. 8).

В последние годы наметились негативные тренды в структуре кадрового обеспечения. Вопреки принятой стратегии укрепления ПМСП, численность штатных должностей врачей в поликлиниках за 2017–2021 гг. сократилась, по расчетам ЦНИИОИЗ<sup>12</sup>, с 45,7 до 44,7 тыс. (на 2,2%), а численность физических лиц оста-

---

<sup>12</sup> Руголь Л.В., Котловский М.Ю. Динамика кадрового обеспечения медицинских организаций в аспекте достижения целевых показателей реализации федерального проекта // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2023. № 1 (69). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1453/30/lang,ru/>.



**Рис. 7.** Динамика численности врачей и средних медицинских работников в 2000–2022 гг.

Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ.

валась практически неизменной — примерно 30,2 тыс. человек. За тот же период в стационарах отмечен прирост штатных должностей врачей стационаров с 31,1 до 40,2 (на 11,1%) и физических лиц — с 21,6 до 22,3 тыс. (на 3,2%).

Для граждан особенно чувствителен дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов, педиатров, врачей общей практики). Укомплектованность должностей участковых терапевтов физическими лицами составляла в 2021 г. 79,1%<sup>13</sup>, что дает оценку дефицита в 21%. Но если сравнивать фактическую численность с численностью, необходимой для соблюдения установленных нормативных требований к размеру участка (1700 жителей на одного врача), то дефицит врачей участковых терапевтов будет составлять уже 32%, а участковых педиатров — 13%<sup>14</sup>. В числе дефицитных специальностей в городских поликлиниках обычно

<sup>13</sup> Там же.

<sup>14</sup> Шейман И.М., Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2019. № 1 (65).



**Рис. 8.** Динамика обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом в государственном секторе в 2000–2021 гг., на 10 тыс. человек

Источник: ЦНИИОИЗ. Медицинская статистика. <https://mednet.ru/napravleniya/medicinskaya-statistika/>.

фигурируют рентгенологи, стоматологи-ортопеды, дерматологи, ЛОР-специалисты, травматологи, фтизиатры, неврологи, хирурги, офтальмологи. В стационаре — реаниматологи, офтальмологи, УЗИ-специалисты, психотерапевты, специалисты по функциональной диагностике, педиатры, рентгенологи<sup>15</sup>.

Велики региональные различия в уровне обеспеченности врачами. Согласно официальным оценкам, существенный дефицит врачебных кадров в 2022 г. отмечен в 22 субъектах Российской Федерации, профицит врачей — в 11 регионах. В семи субъектах Российской Федерации отмечается крайне низкая по сравнению с потребностью численность среднего медицинского персонала, необходимого для выполнения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Избыток среднего медицинского персонала зафиксирован в 18 регионах<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Семенова Т.Н. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2019. № 4. С. 49–59.

<sup>16</sup> Бескаравайная Т. Государственные медорганизации в России потеряли за прошлый год 9,7 тыс. врачей // Медицинский вестник. 2023. 29 марта.

Дисбаланс кадрового обеспечения обусловлен множеством факторов, в том числе и действующей практикой планирования кадров. Отсутствуют среднесрочные и долгосрочные планы кадрового обеспечения, необходимые для обоснования подготовки врачей по отдельным специальностям. Федеральный проект «Обеспечение здравоохранения квалифицированными кадрами» предусматривает оценку потребности в кадрах только на ближайшие годы его реализации, причем в очень укрупненном виде (общее число врачей и среднего медицинского персонала, а также число сотрудников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) без разбивки по отдельным врачебным специальностям. Более детальные квоты на места по программам ординатуры в медицинских вузах отражают текущую потребность регионов в кадрах, которая определяется на основе оценки неукomплектованных штатных должностей. В результате невозможно определить, будет ли достаточно конкретных категорий специалистов после окончания учебы студентов. С высокой вероятностью могут возникнуть новые диспропорции.

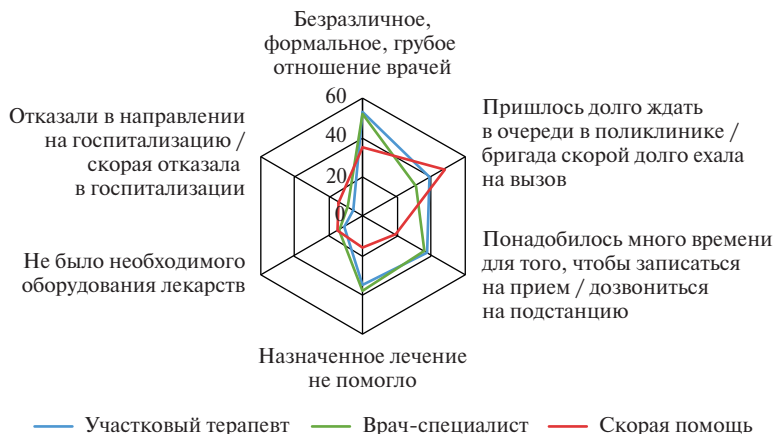
Слабо учитываются ожидаемые сдвиги в организации медицинской помощи. В частности, курс на укрепление ПМСП и предпринимаемые для его реализации меры не находят отражения в планировании кадрового обеспечения этого сектора здравоохранения. Из паспорта упомянутого федерального проекта следует, что обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, увеличится с 20,7 на 10 тыс. населения в 2017 г. до 22,5 в 2024 г. Но их доля в общей численности врачей за этот период, по нашей оценке, сохранится неизменной — 55,2%.

### **Недостаточный уровень доступности и качества первичной медико-санитарной помощи**

Особенностью организации ПМСП в нашей стране является ограниченный лечебный функционал участковых врачей. Частота направлений ими пациентов к узким специалистам составляет, по

---

<https://medvestnik.ru/content/news/Gosudarstvennye-medorganizacii-v-Rossii-poteryali-za-proshlyi-god-9-7-tys-vrachei.html>



**Рис. 9.** Распределение ответов на вопрос о причинах недовольства медицинской помощью в 2023 г. (% от числа обратившихся за соответствующей помощью)

Источник: Опрос НИУ ВШЭ, ОМІ «Готовность к переменам», 2023.

нашей оценке, 29%<sup>17</sup>. В европейских странах этот показатель находится в пределах 5–15%<sup>18</sup>.

Результаты реализации программы диспансеризации недостаточно используются для организации диспансерного наблюдения за выявленными больными. Частота посещений участкового врача-терапевта по поводу диспансерного наблюдения составила в 2022 г. 0,78 на одного пациента, состоящего на диспансерном наблюдении<sup>19</sup>. При этом нормативные значения — 2 и более посещений в год, а по некоторым хроническим заболеваниям — 3–4 посещения. Но в последнее время здесь наметились перемены к лучшему. В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 г. и на плановый период 2024 и 2025 гг. были предусмотрены дополнительные

<sup>17</sup> Расчет авторов по данным опроса ВШЭ медицинских работников в июне 2023 г.

<sup>18</sup> Kringos D. et al. (eds). Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Health Policies, 2015.

<sup>19</sup> Оценка по данным отраслевой отчетности (форма № 131) за 2022 г.

меры по расширению диспансерного наблюдения, включая меры экономического стимулирования. Вводится специальный тариф на оплату диспансерного наблюдения в системе ОМС.

Главная причина недовольства граждан работой первичного звена: безразличное, формальное, грубое отношение врачей к пациентам. На втором месте — большие затраты времени на ожидание нужной медицинской помощи (на запись к врачу, на ожидание приема). Очевидной первопричиной недовольства пациентов является дефицит и перегрузка врачей первичного звена. Меньше всего претензий к материально-технической стороне работы учреждений здравоохранения (см. рис. 9).

### **Недостаточный уровень доступности и качества реабилитационной помощи**

Реабилитация является одним из важных секторов системы здравоохранения. Реабилитация дополняет другие виды медицинской помощи, способствуя уменьшению воздействия заболеваний и травм на человека и максимизации возможного результата лечения. Реабилитация направлена на снижение инвалидизирующих последствий хронических заболеваний и травм. Помимо этого, реабилитация также способствует предупреждению и уменьшению потенциальных осложнений заболеваний и травм. Потребность в реабилитационных услугах растет вследствие старения населения, увеличения распространенности хронических заболеваний и их сочетанности и других факторов.

По данным Минздрава России, в 2019 г. медицинскую реабилитацию получили около 800 тыс. человек. По экспертным оценкам главных специалистов национальных медицинских исследовательских центров, количество нуждающихся в этом виде помощи как минимум в 4,5 раза больше<sup>20</sup>. В 2022 г. количество граждан, прошедших медицинскую реабилитацию, выросло до 1,14 млн человек<sup>21</sup>. Вместе с тем потребность в получении реабилитационной

---

<sup>20</sup> В Минздраве заявили, что около 3,6 млн человек в Российской Федерации нуждаются в медицинской реабилитации // ТАСС. 2 июля 2021 г. <https://finance.rambler.ru/money/46744045-v-minzdrave-zayavili-chto-okolo-3-6-mln-chelovek-v-rf-nuzhdayutsya-v-meditsinskoy-reabilitatsii/>.

<sup>21</sup> Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. 2023. № 12 (832). Новые технологии в медицинской реа-



помощи значительно выросла после пандемии COVID-19. Существующая сеть учреждений службы медицинской реабилитации, несмотря на реализацию федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» и продолжающуюся работу по повышению доступности медицинской реабилитации для инвалидов, а также для людей, перенесших серьезные заболевания, операции и травмы, пока неспособна полностью обеспечить удовлетворение имеющейся и растущей потребности населения в этом виде помощи.

### **Низкий уровень преемственности лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях и интеграции звеньев системы оказания медицинской помощи**

По данным онлайн-опроса медицинских работников, проведенного НИУ ВШЭ в 2020 г., только каждый пятый врач поликлиники (19,6%) считает, что его поликлиника получает информацию о госпитализации всех находящихся в зоне ее ответственности пациентов. В 2012 г. доля таких ответов среди респондентов была даже немного выше — 21% (рис. 10).

По данным опроса медицинских работников, проведенного НИУ ВШЭ в июне 2023 г., доля врачей, указавших, что практикуется посещение на дому пациентов в первые дни после завершения ими стационарного лечения по поводу инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения, составляет лишь 35%. Пока только каждый пятый врач (20,0%) имеет доступ ко всем медицинским записям, внесенным в электронные медицинские карты пациентов, независимо от того, врачи какой медицинской организации их внесли. Меньше половины (45,1%) респондентов, работающих в амбулаторных учреждениях, отмечают, что взаимодействуют с работниками отдела социальной защиты, обслуживающего население прикрепленной территории, 15,1% — с работниками стационарных учреждений социального обслуживания.

---

билитации: возможности и перспективы. Материалы заседания Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (Совет Федерации, 30 марта 2023 г.). М., 2023. С. 23.



**Рис. 10.** Распределение ответов врачей поликлиник на вопрос: «Как часто ваша поликлиника получает информацию о госпитализации приписавшихся к ней пациентов?» в 2012 и в 2020 гг. (%)

*Источники:* Опрос медицинских работников, проведенный ВЦИОМ по заказу НИУ ВШЭ в августе 2012 г. ( $N = 750$  респондентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях трех регионов страны); онлайн-опрос НИУ ВШЭ в октябре 2020 г. ( $N = 1118$  респондентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях в 81 регионе страны).

### **Ограниченная доступность медикаментозной помощи при лечении в амбулаторных условиях**

Важнейшей проблемой является отсутствие бесплатного или частично бесплатного лекарственного обеспечения при получении гражданами амбулаторной медицинской помощи. В настоящее время лекарства бесплатно предоставляются отдельным категориям граждан. При этом категории выделены по несовпадающим признакам (по наличию заболевания, возрасту, социальному статусу), частично пересекаются, а их лекарственное обеспечение имеет разные источники финансирования и порядок администрирования.

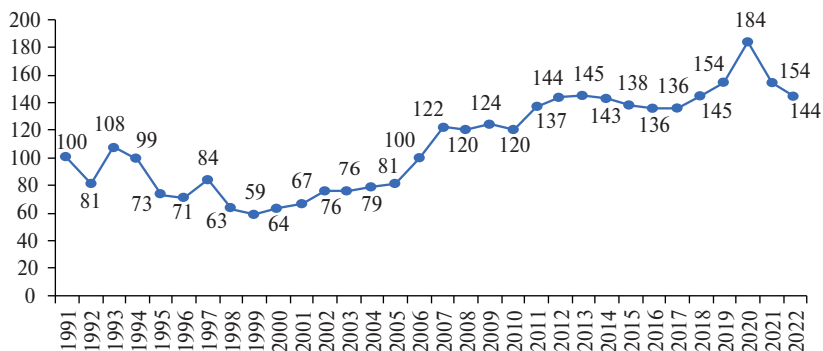
Улучшение лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении происходит путем предоставления лекарств новым категориям граждан, прежде всего лицам, страдающим определенными за-

болезнями, как правило, с высоким риском осложнений и потери трудоспособности. Поэтапно выделяются отдельные группы болезней и состояний, по оценкам специалистов имеющие высокий риск неблагоприятного исхода, каковой риск может быть снижен при предоставлении лекарственной помощи. Так было введено лекарственное обеспечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда, обеспечение препаратами для химиотерапии больных гепатитом С. Но ни одна из программ лекарственного обеспечения, нацеленных на отдельную категорию граждан, не имеет прозрачного механизма выбора лекарственных препаратов, предоставляемых бесплатно реципиентам, и не была предметом публичной оценки с точки зрения затратной эффективности. Оценка клинико-экономической эффективности медицинских технологий пока системно не институализирована в российском здравоохранении.

Отсутствие всеобщего лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях возлагает значительные расходы на граждан и обуславливает неравенство в получении доступа к лекарствам. При высоких или длительных расходах многие пациенты не способны финансировать свое лечение в полной мере. Это приводит к неоптимальности терапии. Отсутствие бесплатного лекарственного амбулаторного лечения увеличивает потребность в стационарном лечении. Широкое использование дневных стационаров для бесплатного предоставления лекарственной терапии приводит к увеличению трудозатрат системы здравоохранения и сложностям для пациентов, чего можно было бы избежать при амбулаторном лечении.

### 3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В последние 20 лет расходы государства на здравоохранение в реальном выражении значительно выросли, но рост был нестабильным (рис. 11). В процентном выражении к ВВП они составили в 2022 г. 3,3%, а общие расходы — 5,2% (табл. 3).



**Рис. 11.** Динамика государственных расходов на здравоохранение в 1991–2022 гг. в реальном выражении (%)

*Источник:* Расчеты по данным Росстата, Минфина России, Федерального фонда ОМС с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Как уровень расходов на здравоохранение в России соотносится с расходами в других странах? Для ответа на этот вопрос воспользуемся данными Всемирного банка об уровне финансирования систем здравоохранения в 2000–2019 гг. в группах стран, различающихся по уровню подушевого дохода<sup>22</sup>. В 2019 г. уровень общего финансирования здравоохранения в России был сопоставим с уровнем расходов по группе стран с доходами выше среднего, в которую в этом году входила Россия (5,6% против 5,8% от ВВП по группе), но был намного меньше, чем в группе стран с высокими

<sup>22</sup> World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/>. Оценки Всемирного банка по России могут отличаться от данных российской статистики, что обусловлено разными методологиями сбора и обработки данных по отдельным составляющим расходов на здравоохранение.

Таблица 3. Источники финансирования здравоохранения, 2022 г.

	Млрд руб.	% ВВП
1. Государственное финансирование здравоохранения, в том числе:	5093,7	3,3
1.1. Федеральный бюджет, фактическое исполнение	1533,0	1,0
1.2. Бюджеты субъектов Российской Федерации, в том числе взносы на ОМС неработающего населения	1961,3 813,8	1,3
1.3. Взносы на ОМС работающего населения	1599,4	1,0
2. Взносы на добровольное медицинское страхование	12,8	
3. Платные медицинские услуги (без выплат по ДМС)	1211,9	0,8
4. Приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в розничной торговле	1785,6	1,1
5. Общие расходы на здравоохранение (1 + 2 + 3 + 4)	8104,0	5,2

*Источники:* Данные Минфина России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

доходами (12,5%) (рис. 12). По размеру подушевых общих расходов на здравоохранение, исчисляемых в текущих ценах в долларах с учетом паритета покупательной способности, Россия превышает среднемировой уровень (в 2019 г. 1704 и 1459 долл. соответственно), а также среднее значение для группы стран с доходами выше среднего (1046 долл.), но сильно отстает от стран с высокими доходами (6240 долл.). Разрыв с этой группой стран составляет 3,7 раза. Государственные расходы на здравоохранение в России, измеряемые в процентах от ВВП, существенно меньше, чем в группе стран с высокими доходами (3,5 и 7,7% в 2019 г.), но ненамного выше, чем в группе стран с доходами выше среднего (3,2%) (рис. 13).

Приведенные данные свидетельствуют, что по уровню общих и государственных расходов на здравоохранение Россия соответствует средним значениям для группы стран с доходами выше среднего. Но ключевая проблема финансового обеспечения российского здравоохранения состоит в том, что объем гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в нашей стране сопоставим с гарантиями стран ЕС (за исключением гарантий лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении), а уровень государственного финансирования здравоохранения намного ниже:

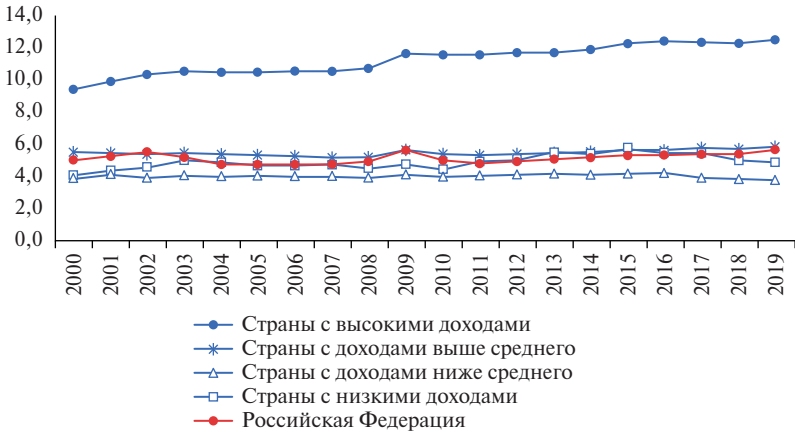


Рис. 12. Общие расходы на здравоохранение в 2000–2019 гг. (% ВВП)

Источник: World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/>.

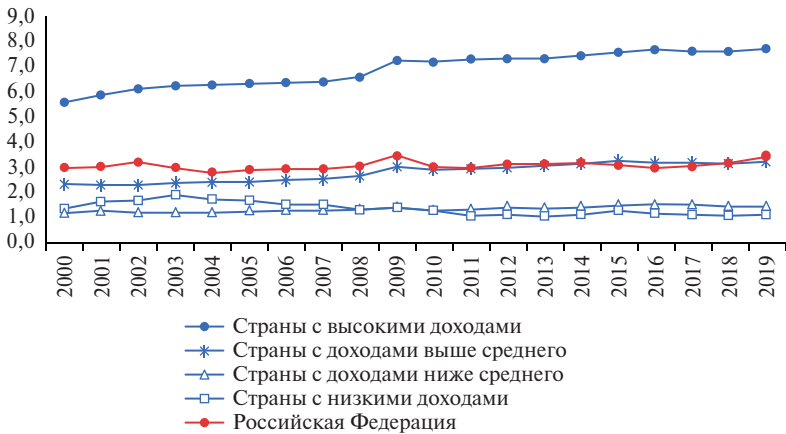


Рис. 13. Государственные расходы на здравоохранение в 2000–2019 гг. (% ВВП)

Источник: World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/>.

в ЕС — 7,7% ВВП<sup>23</sup>, в России — 3,3% ВВП (2022 г.). Финансовая обеспеченность программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам России является недостаточной. И это обуславливает широкую распространенность обращений граждан за платными медицинскими услугами. В 2023 г. 63% взрослых граждан сообщили, что в течение года им приходилось прибегать к услугам платной медицины<sup>24</sup>. При этом ведущая причина обращения — недоступность соответствующих бесплатных услуг (рис. 14).

Особенностью финансирования российского здравоохранения является гибридный характер институтов оказания бесплатной и платной медицинской помощи: симбиоз правил, опирающихся на диаметрально разные принципы обеспечения доступа к медицинской помощи и не соблюдаемых в полном объеме.

Для ОМС в России характерны системные противоречия дизайна. Система ОМС сохраняет элементы, наличие которых обусловлено исходной ориентацией при ее создании в начале 1990-х годов на построение конкурентной модели ОМС с высокой ролью рыночного регулирования. Это страховые медицинские организации, их функционал — механизмы взаимодействия с территориальными фондами ОМС и медицинскими учреждениями. Но функционирует система ОМС не как конкурентная, в ней абсолютно доминирует государственное регулирование. В настоящее время российская система ОМС является социальной страховой (обособленной от бюджетной системы) в части формирования и объединения финансовых средств и в то же время гибридной, сочетающей элементы страховой и бюджетной систем в части выполнения функции покупки/оплаты медицинской помощи<sup>25</sup>.

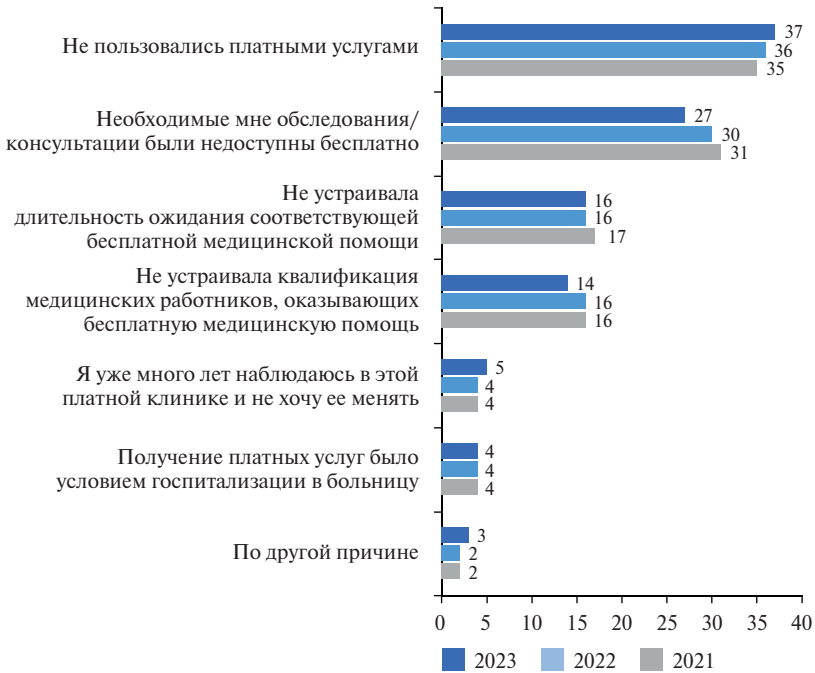
Очень чувствительной проблемой финансирования здравоохранения выступает значительное неравенство регионов по уровню государственного финансирования отрасли. Максимальный уровень подушевого государственного финансирования здравоохранения

---

<sup>23</sup> Eurostat. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government\\_expenditure\\_on\\_health#:~:text=As%20a%20ratio%20to%20GDP,peaked%20at%208.0%20%25%20of%20GDP](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health#:~:text=As%20a%20ratio%20to%20GDP,peaked%20at%208.0%20%25%20of%20GDP).

<sup>24</sup> Опрос НИУ ВШЭ «Готовность к переменам», 2023.

<sup>25</sup> *Шишкин С.В.* Является ли страховой российская система обязательного медицинского страхования? // Вопросы экономики. 2022. № 8. С. 32–47.



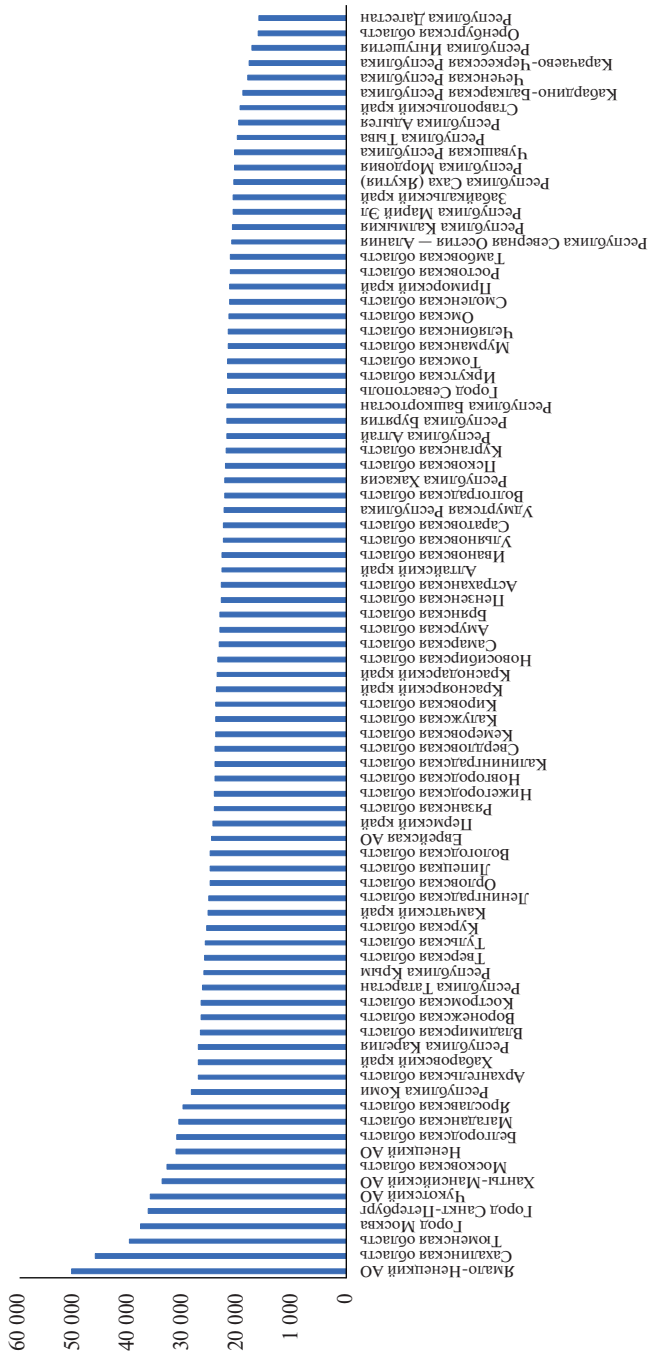
**Рис. 14.** Причины обращения за платными медицинскими услугами (% от числа опрошенных)

Источник: Опросы НИУ ВШЭ «Готовность к переменам», 2021–2023.

ранения с учетом региональных коэффициентов затрат (в Ямало-Ненецком АО) в 2022 г. превышал минимальный уровень (в Республике Дагестан) более чем в 3 раза (рис. 15)<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Государственные расходы на здравоохранение по субъектам Российской Федерации рассчитывались как сумма расходов консолидированных региональных бюджетов на здравоохранение и расходов территориальных фондов ОМС. Чтобы избежать двойного счета, из суммы расходов региональных бюджетов на здравоохранение исключаются переданные в Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС бюджетные трансферты. Региональные коэффициенты затрат определялись на основе субвенций, рассчитываемых в соответствии с «Правилами распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам





**Рис. 15.** Полушевые государственные расходы на здравоохранение (бюджет + ОМС) с учетом региональных коэффициентов (руб.), 2022 г.

Источник: Расчеты по данным Федерального фонда ОМС, законов об исполнении бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов ОМС.

Исследование, выполненное в НИУ ВШЭ, позволило получить оценки результативности увеличения государственного финансирования региональных систем здравоохранения. Согласно результатам регрессионного анализа показателей здоровья и систем здравоохранения субъектов Российской Федерации за 2014, 2016 и 2018 гг., увеличение размера государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения по регионам в сопоставимом выражении на 1 тыс. руб. (6% от среднего размера подушевого финансирования в 2018 г.) связано с сокращением стандартизированного показателя смертности в расчете на 100 тыс. жителей — на 6 человек (0,1% от среднего показателя в 2018 г.)<sup>27</sup>.

Российские граждане ждут от государства большего сосредоточения сил в первую очередь именно в здравоохранении. Согласно опросам НИУ ВШЭ «Готовность к переменам» в 2016–2022 гг., развитие больниц и поликлиник, в том числе повышение зарплат медицинскому персоналу, с большим отрывом занимает в представлениях граждан первое место среди задач, на решение которых государство должно направлять больше средств, чем сейчас (рис. 16).

---

территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере ОМС».

<sup>27</sup> Отчет о научно-исследовательской работе «Влияние новых эпидемиологических и экономических условий на организацию медицинской помощи». М.: НИУ ВШЭ, 2023.



**Рис. 16.** Распределение ответов респондентов на вопрос: «На что в первую очередь, по вашему мнению, государство должно направлять больше средств, чем сейчас?» (%)

Источник: Опросы «Готовность к переменам» (2016–2022 гг.), НИУ ВШЭ, Левада-центр (2016–2020 гг.), ОМИ (2021–2022 гг.).

## **4. ВАЖНЕЙШИЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРЕ**

Рассмотрим теперь изменения, происходящие в системах оказания медицинской помощи в мире, наиболее интересные для обсуждения перспектив развития российского здравоохранения.

В ряду важнейших тенденций технологического развития здравоохранения в мире необходимо выделить:

- цифровую трансформацию здравоохранения;
- развитие первичной и вторичной профилактики заболеваний и их персонификацию, в том числе на основе использования big data;
- диагностику и лечение заболеваний с использованием молекулярных и клеточных технологий, учитывающих особенности каждого индивида;
- выход здравоохранения за рамки лечения заболеваний в клинике, активное сохранение и улучшение здоровья граждан дома и на работе.

Важнейшие тенденции изменений в организации медицинской помощи в мире:

- повышение приоритетности первичной помощи и развитие новых форм ее организации;
- превращение больниц в центры оказания высокотехнологичной медицинской помощи на основе передачи растущей части относительно несложных больных в амбулаторную службу и дневные стационары;
- усиление интеграционных процессов (совместная работа и координация работы врачей разных специальностей, повышение преемственности лечения);
- усиление взаимодействия медицинских учреждений с организациями социального обслуживания и муниципальной службой.

Рассмотрим эти тенденции подробнее.

### **Повышение приоритетности первичной помощи и развитие новых форм ее организации**

В постсоветских странах Центральной и Восточной Европы практически завершилось преобразование поликлинической

модели организации амбулаторной помощи, получили массовое развитие индивидуальные общие врачебные практики. В западных странах, где врач общей практики традиционно был главным субъектом оказания первичной помощи, наоборот, активно развиваются командные формы организации первичной помощи. Объединяет эти тренды поиск новых моделей организации медицинской помощи, соединяющих преимущества крупных организационных форм с возможностями небольших медицинских учреждений.

Например, в США заметно повысилась активность «медицинских домов» — сетей врачебных практик, включающих врачей нескольких специальностей, различных категорий медсестер и прочих медицинских и немедицинских работников. Одновременно ускорился процесс слияния врачебных практик с другими медицинскими службами и создания медицинских объединений — либо амбулаторных, либо амбулаторно-стационарных (соединенных со стационарами)<sup>28</sup>. В Великобритании также происходит укрупнение общих врачебных практик. Наряду с этим развивается особая форма их кооперации — формирование сетей общих практик. Сами практики остаются самостоятельными, но при этом действуют на основе взаимных соглашений, предусматривающих создание общих административных служб, обмен вспомогательным персоналом, совместные действия. Такие сети обслуживают от 30 до 50 тыс. жителей при среднем размере практики чуть больше 8 тыс. человек<sup>29</sup>. Исследование ОЭСР уточняет состав западноевропейских многопрофильных практик<sup>30</sup>. Помимо врачей общей практики, они включают 2–3 категории узких специалистов, социальных работников, фармацевтов, несколько категорий медсестер, специалистов по общественному здравоохранению. При этом нужно особо подчеркнуть, что укрупнение форм оказания первичной помощи в западных странах не означает движения к модели городской многопрофильной поликлиники, действующей в российском здравоохранении. Расширенные практики по своим

---

<sup>28</sup> OECD. Realizing the full potential of primary care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2020.

<sup>29</sup> Fisher R., Thorlby R., Alderwick H. Understanding primary care networks: Context, benefits and risks // The Health Foundation. 2019. July.

<sup>30</sup> OECD. Realizing the full potential...

размерам и степени специализации врачебного труда отнюдь не достигают уровня многопрофильной поликлиники<sup>31</sup>.

Расширенные врачебные практики являются главным субъектом ведения пациентов с хроническими заболеваниями. Почти во всех странах ОЭСР получили развитие программы управления хроническими заболеваниями. Их главный элемент — формирование междисциплинарных групп медицинских работников.

Использование цифровых технологий модифицирует традиционные формы оказания первичной помощи, делая возможным дистанционный мониторинг состояния больных, проведение удаленных консультаций и коммуникаций. Эти новации получили особенно быстрое развитие в условиях пандемии COVID-19<sup>32</sup>.

### **Превращение больниц в центры оказания высокотехнологичной медицинской помощи на основе передачи растущей части относительно несложных больных в амбулаторную службу и дневные стационары**

Эта тенденция носит универсальный характер. Во многих странах для обеспечения такого перемещения больницы создают или расширяют собственные амбулаторные подразделения. В результате амбулаторная специализированная помощь все больше оказывается в больницах. Значительная часть помощи перемещается в дневные стационары.

Четко прослеживается долговременная тенденция к сокращению значения показателя обеспеченности койками всех типов в расчете на 1000 жителей (рис. 17).

Усиливается дифференциация коечного фонда по степени интенсивности лечения. Это ведет к передаче части больных в стационары долговременного пребывания и реабилитационные учреждения. Однако коечный фонд в этих больницах не имеет выраженной тенденции к росту. Динамика мощности больниц определяется прежде всего растущим замещением стационарной помощи амбулаторной.

---

<sup>31</sup> Шишкин С.В. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Изд. дом ВШЭ, 2022.

<sup>32</sup> OECD. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. Paris: OECD Publishing, 2021.

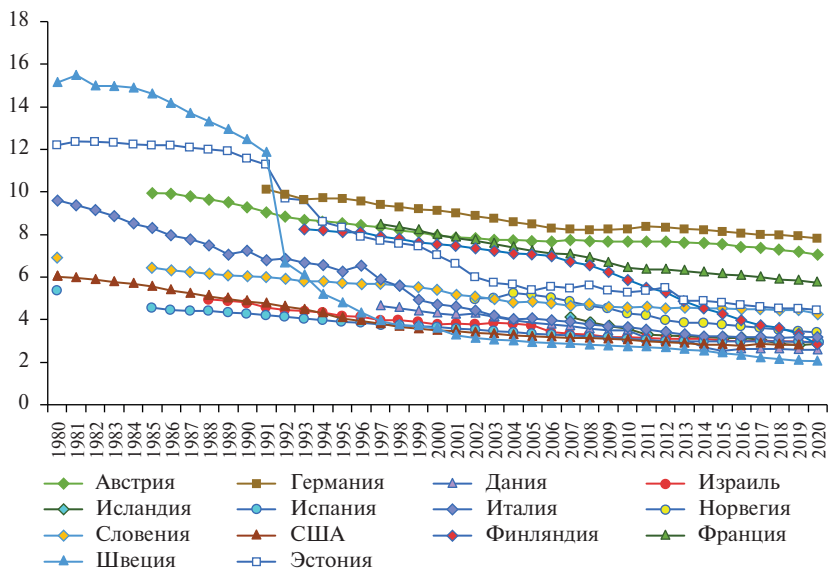


Рис. 17. Динамика общей обеспеченности больничными койками (total hospital beds) в 1980–2020 гг. в отдельных странах ОЭСР на 1000 населения

Источник: OECD Stat. <https://stats.oecd.org/>.

### Усиление интеграционных процессов (совместная работа и координация работы врачей разных специальностей, повышение преемственности лечения)

Можно выделить следующие главные направления интеграции:

- 1) объединение поставщиков медицинских услуг для усиления их взаимодействия;
- 2) развитие интегрированных моделей ведения больных с хроническими и множественными заболеваниями;
- 3) усиление координирующей функции врачей общей практики и других субъектов системы оказания медицинской помощи;
- 4) усиление информационного обмена между поставщиками медицинских услуг;

- 5) формирование интегрированных порядков оказания медицинской помощи и эффективной системы направлений в многоуровневой системе оказания медицинской помощи;
- 6) использование интегрированных тарифов на комплекс взаимосвязанных видов медицинских услуг.

Все более активно идет информационный обмен между медиками. Этому способствует быстрое развитие цифровых технологий, использование которых резко увеличилось в условиях пандемии COVID-19.

#### **Усиление взаимодействия медицинских учреждений с организациями социального обслуживания и муниципальной службой**

Близость, а иногда и общность функций, выполняемых общими врачебными практиками и службой социальной помощи, создает условия для формирования медико-социальных практик. Их деятельность в равной мере сфокусирована на постоянном наблюдении за определенным контингентом населения. Во многих западных странах традиционное разделение на две совершенно разные службы постепенно уступает место тенденции к их сближению.

Этот процесс идет двумя путями. Первый — расширение состава общих врачебных практик — включение в них социальных работников. Второй — интеграция первичной и социальной помощи в рамках формальных и неформальных соглашений между соответствующими службами. Оба варианта предусматривают мероприятия по усилению связей первичного звена с местными органами власти и общественными организациями.



## 5. ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Достижение национальной цели развития — повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет в 2030 г. — требует от здравоохранения выхода на принципиально новый уровень организации. Нужно сформировать новое качество национальной системы здравоохранения. С учетом глобальных тенденций и требующих решения системных проблем российского здравоохранения, можно выделить приоритетные направления его развития на перспективу до 2036 г.: общесистемные и приоритеты в развитии видов медицинской помощи (табл. 4). Следует особо отметить, что речь идет именно о предлагаемых главных приоритетах развития российского здравоохранения в обозримой перспективе. Состав выделяемых приоритетов и мер, их конкретизирующих, не охватывает всего комплекса видов медицинской помощи, секторов здравоохранения и выполняемых им функций. Это не означает, что их развитие не заслуживает внимания и дополнительных ресурсов. Но в настоящем докладе мы фокусируемся именно на тех приоритетах, реализация которых, по нашей оценке, имеет критическое значение для адекватного ответа российского здравоохранения на существующие вызовы.

**Целевым состоянием российского здравоохранения является Здравоохранение-3Д: доступное, достойное, дружественное.**

**Доступное здравоохранение** означает возможность получения всеми гражданами гарантируемой государством медицинской помощи бесплатно и с приемлемыми затратами времени.

**Достойное здравоохранение** означает, что уровень технологического развития отрасли и качество оказания медицинской помощи соответствуют лучшим практикам стран с аналогичным уровнем экономического развития. Технологической основой Здравоохранения-3Д станут цифровизация, применение искусственного интеллекта и новые медицинские технологии, отвечающие требованиям доказательной медицины.

**Дружественное здравоохранение** означает персонификацию медицинской помощи, повышение уровня комфортности ее получения для граждан, новое качество отношений между медицинскими работниками и населением, включающее проактивные действия, партнерство, позитивный этический характер коммуникаций.

**Таблица 4.** Приоритетные направления развития российского здравоохранения на период до 2036 г.

	2024–2030	2031–2035
1. Общесистемные приоритеты	Цифровая трансформация здравоохранения	Персонификация и повышение комфортности условий оказания медицинской помощи
	Развитие превентивного здравоохранения	
	Ликвидация кадрового дефицита в здравоохранении	
2. Приоритеты в развитии видов медицинской помощи	Укрепление первичной медико-санитарной помощи	
	Расширение лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении	
	Развитие реабилитационной помощи	
	Интеграция медицинской помощи	
3. Целевое состояние: Здравоохранение-ЗД	Доступное	
	Достойное	
	Дружественное	

Какие движущие силы (драйверы) могут обеспечить реализацию этих приоритетов и формирование Здравоохранения-ЗД? Характеристика этих драйверов представлена в табл. 5.

**Таблица 5.** Драйверы изменений в российском здравоохранении

Драйверы	Современное состояние	Необходимое состояние
Финансирование	Заметный рост только в чрезвычайной ситуации — COVID-19	Стабильный рост
Новые медицинские и информационные технологии, цифровизация здравоохранения	Фрагментарное внедрение	Эффективное системное внедрение
Государственное управление	Усиление централизации управления	Новый баланс в распределении полномочий и ответственности между уровнями управления
Интеграция	Слабая, только по вертикали	Усиление по горизонтали
Компетенции кадров	Медленное повышение	Выход на новый уровень компетенций

Драйверы	Современное состояние	Необходимое состояние
Трудовая мотивация	Слабая	Стабильная политика обеспечения эффективной трудовой мотивации
Мотивация граждан к сохранению здоровья	Слабая	Усиление
Прозрачность системы	Ухудшается	Последовательная политика усиления прозрачности
Конкуренция	Слабая	Последовательная политика развития конкуренции

Рассмотрим подробнее предлагаемые действия по выделенным приоритетам.

### Цифровая трансформация здравоохранения

Первым по значимости общесистемным приоритетом развития здравоохранения является цифровизация. Главными составляющими этого процесса будут:

- формирование баз данных с огромным объемом информации о физиологическом состоянии и образе жизни граждан, накопление и хранение больших массивов данных в качестве основы для персонифицированного подхода к профилактике и лечению;
- внедрение систем мониторинга (включая телемониторинг) пациентов с хроническими заболеваниями, отдельных групп работающих граждан с использованием информационных и телекоммуникационных технологий для дистанционной передачи клинически важной информации, в том числе с помощью датчиков, позволяющих отслеживать текущее состояние отдельных функций, органов и систем человека, а также сенсоров с целью контроля состояния здоровья и оперативного предупреждения о возникновении негативных изменений;
- широкое использование систем предиктивной аналитики и управления статусом здоровья на основе искусственного интеллекта для анализа персональных рисков пациентов и развития персонифицированной профилактики заболеваний;

- широкое использование информационных систем поддержки принятия клинических решений, в том числе систем оперативной диагностики с возможностью удаленного доступа; обеспечение доступа всех врачей клинических специальностей к системам поддержки принятия врачебных решений;
- развитие телемедицинских коммуникативных технологий в системе оказания медицинской помощи;
- внедрение информационных технологий, обеспечивающих оптимизацию процессов в медицинских организациях, управление потоками пациентов, автоматизацию документооборота;
- развитие дистанционных и гибридных (очно-дистанционных) форм медицинской помощи, в том числе:
  - создание умных мини-поликлиник;
  - создание порталов для коммуникации пациентов с врачами;
  - создание виртуальных клиник, цифровых стационаров на дому;
  - организация виртуальных противотуберкулезных и других диспансеров для отдаленных районов.

### Развитие превентивного здравоохранения

В первую очередь это *расширение состава мероприятий по формированию здорового образа жизни.*

В системе медицинской помощи необходимо *усиление акцента при диспансеризации на группы риска и социально неблагополучные категории населения при одновременном расширении диспансерного наблюдения.*

Необходимо сфокусироваться на проведении профилактических осмотров и скринингов для социально неблагополучных групп населения и категорий, подверженных наиболее высоким рискам ухудшения состояния здоровья. Широко использовать дистанционные формы первичной профилактики и раннего выявления заболеваний. Объем диспансеризации других групп населения при этом может быть сокращен.

Следует учитывать, что введение программы диспансеризации и увеличение нагрузки на медицинский персонал первичного звена совпало с периодом заметного ухудшения кадрового обес-

печения ПМСП и обострило без того серьезную кадровую проблему. Поэтому растущее выявление заболеваний не сопровождалось адекватными действиями по диспансерному наблюдению<sup>33</sup>. В нынешней ситуации разумно организовать масштабное и качественное диспансерное наблюдение за пациентами с наиболее распространенными хроническими заболеваниями, вносящими наибольший вклад в смертность.

Для этого важно, во-первых, не «размазывать» дополнительные деньги, которые будут выделяться на улучшение диспансерного наблюдения, а сконцентрироваться на нескольких выделенных группах пациентов с хроническими заболеваниями с последующим расширением охвата больных.

Во-вторых, целесообразно использовать проектный подход к организации диспансерного наблюдения, включая:

- развитие программ ведения больных с конкретными заболеваниями: начать с небольшого перечня заболеваний (например, ишемическая болезнь сердца, диабет второго типа, хроническая обструктивная болезнь легких, астма);
- формирование групп врачей и среднего медицинского персонала, совместно реализующих мероприятия по ведению определенных категорий больных на постоянной основе — с общей ответственностью как участковых врачей, так и врачей-специалистов; назначение координатора программы;
- определение сроков действия каждой программы ведения больных с конкретными заболеваниями;
- установление в нормативных актах показателей результатов ведения больных: прежде всего — снижения частоты обострений заболеваний, числа вызовов скорой медицинской помощи, госпитализации таких больных в установленный период времени; такие показатели отсутствуют в действующих нормативных актах по диспансерному наблюдению, а они особенно важны для целевой ориентации программ;
- создание порталов для коммуникаций врачей ПМСП и пациентов;
- пропаганду и обеспечение самопомощи пациентов;

---

<sup>33</sup> Шейман И.М. и др. Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России: Социология, этнология. 2021. Т. 30. № 4. С. 6–29.

- введение отдельного тарифа на законченный случай сопровождения больных, перенесших инсульт, в амбулаторных условиях — в течение месяца после госпитализации; с включением в этот тариф расходов на лекарственное обеспечение и сестринский уход;
- проведение экспертизы качества диспансерного наблюдения силами страховых медицинских организаций.

### **Ликвидация кадрового дефицита в здравоохранении**

Учитывая существующие кадровые дисбалансы, необходимо уделить особое внимание структурным параметрам кадровых ресурсов с целью ликвидировать сложившийся дефицит и профицит отдельных категорий врачей, прежде всего ускоренно развивать кадровое обеспечение участковой службы, переместить часть врачебного персонала из стационара в поликлиники.

Главными инструментами решения этой задачи являются:

- повышение оплаты труда;
- социальные программы;
- программы профессионального развития.

В первую очередь необходимо использовать экономические и неэкономические стимулы для работы в участковой службе и занятия общей врачебной практикой. Такие врачи должны получать устойчиво более высокое денежное вознаграждение, чем в среднем врачи поликлинического сектора здравоохранения, а нуждающиеся — иметь служебное жилье. Необходим также комплекс мер по повышению профессиональной привлекательности работы в качестве врача общей практики, особенно в сельской местности. Для этого важно наладить коммуникации между отдаленными врачебными практиками и крупными медицинскими центрами.

Актуальным является перераспределение функций между разными категориями медицинского персонала. В первую очередь — повышение роли среднего медицинского персонала при оказании первичной медико-санитарной помощи и делегирование ему части функций участкового врача-терапевта, включая проведение медосмотров (профилактических, предварительных, периодических), активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения, контроль за профилактическими мероприятиями, работу с медицинской документацией, участие в

диспансерном наблюдении<sup>34</sup>. Важно учитывать, что во всем мире идет процесс частичного замещения или дополнения функций врачей медицинскими сестрами с разным уровнем профессиональной подготовки. Этот процесс ускоряется появлением пациенто-центристских моделей медицинской помощи, которые предполагают расширение сервисной составляющей медицинской помощи, устанавливают новые требования к обеспечению преемственности и непрерывности ее оказания, командной работе различных звеньев системы. Эти и другие координирующие функции все чаще выполняются медсестрами с расширенным функционалом.

Необходимы серьезные изменения в системе подготовки медицинских кадров:

- создание системы среднесрочного и долгосрочного планирования медицинских кадров;
- формирование в медицинских вузах структуры подготовки кадров, соответствующей среднесрочным и долгосрочным планам кадрового обеспечения;
- создание подразделений медицинских вузов и колледжей, специализирующихся на подготовке врачей и среднего медицинского персонала для последующей работы в удаленных районах, на северных территориях;
- увеличение масштабов подготовки медсестер, обеспечение пропорции 1 врач — 3 медсестры (в 2022 г. — 2,2 медсестры), при этом важно существенно повысить уровень подготовки.

По-прежнему актуальной остается задача расширения функционала врачей участковой службы. Для этого необходимо создание особой траектории подготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика», включая:

- создание специального направления подготовки врачей общей практики с момента поступления в вуз до окончания ординатуры с последующим трудоустройством только по этой специальности;
- создание медицинских подразделений/факультетов, специализирующихся на подготовке врачей по специальности «Общая врачебная практика»;

---

<sup>34</sup> <https://vademec.ru/news/2022/12/07/vracham-rekomendovali-delegirovat-chast-funktsiy-srednemu-medpersonalu/>.

- предоставление преимуществ жителям сельской местности и удаленных территорий при поступлении в медицинский вуз на данную специальность;
- существенное повышение доли врачей общей практики в составе целевого приема, формируемого в субъектах Российской Федерации;
- повышение доли выпускников медицинских вузов, проходящих ординатуру по специальности «Общая врачебная практика» (в России 2–3%; во Франции 48% выпускников медицинских вузов идут в ординатуру по общей врачебной практике, в Англии — 40%); необходимо сделать правилом прохождение двухгодичной ординатуры по специальности «Общая врачебная практика» в качестве условия допуска к практической деятельности; постепенно отказаться от действующего порядка аккредитации выпускников для работы в качестве участковых терапевтов и педиатров;
- увеличение доли врачей общей практики в общей численности участковых врачей для взрослого населения с 19% (2022 г.) до 30% в 2030 г.

Параллельно с подготовкой врачей общей практики в ординатуре организовать переподготовку действующих врачей по данной специальности (прежде всего участковых терапевтов и педиатров) в рамках годичной учебной программы. Использовать при этом уроки формирования общей врачебной практики в Москве (массовая переподготовка участковых врачей, проводившаяся в неоправданно ограниченные сроки).

### **Персонализация и повышение комфортности условий оказания медицинской помощи**

Это направление развития здравоохранения станет продолжением в 2030-е годы реализации приоритета «Цифровая трансформация здравоохранения». Оно включает следующие действия:

- широкое внедрение дистанционного мониторинга состояния здоровья пациентов с хронической сердечной недостаточностью, обструктивной болезнью легких, диабетом и другими заболеваниями с помощью персональных медицинских приборов и использования информационных



- технологий с искусственным интеллектом, обеспечивающее улучшение показателей частоты повторных госпитализаций, клинических исходов и удовлетворенности пациентов;
- широкое использование систем предиктивной аналитики для оценки персонального риска пациентов на основе накапливаемых данных об их физиологическом состоянии и образе жизни, в том числе для расчета рисков острых сердечно-сосудистых заболеваний (тромбоза и др.) и выявления пациентов, которым будет проводиться соответствующая индивидуальная (персонифицированная), а не только общая терапия;
  - массовый переход к дистанционному проведению начальной диагностики и подготовке к дистанционным и очным консультациям врача с автоматическими и полуавтоматическими технологическими системами медицинского назначения (лабораторные анализаторы, мобильное и компактное диагностическое оборудование), что позволит резко повысить вероятность получения пациентом решения своей медицинской проблемы или продвижения по пути от диагностики к лечению за одно посещение;
  - расширение числа видов исследований, манипуляций и т.д., которые могут быть оказаны пациенту амбулаторно и не требуют госпитализации;
  - развитие партисипативности — мотивированного участия пациента в оказании медицинской помощи благодаря возможности получения персональных «больших данных» для их анализа и выработке новых мероприятий по предупреждению и/или лечению хронических заболеваний и их обострений.

### **Укрепление первичной медико-санитарной помощи**

Это направление развития включает следующие необходимые действия.

- Расширение масштабов использования мобильных выездных бригад и мобильных комплексов для диагностики и оказания медицинской помощи в отдаленных районах, а также масштабов оказания помощи вахтовым методом. Эти

- «пожарные» меры позволят ослабить остроту проблем с доступностью ПМСП, возникающих из-за отсутствия нужных врачей участковой службы и узких специалистов, и в сельской местности, и в городах.
- Снижение нагрузки на врачей участковой службы при оказании неотложной помощи за счет:
    - разработки более реалистичных (отвечающих сегодняшней ситуации) условий предоставления неотложной медицинской помощи — в зависимости от состояния пациентов, для чего нужны более конкретные критерии обоснованности вызовов;
    - создания приемных отделений для оказания неотложной помощи непосредственно в поликлиниках — с акцентом на оказание доврачебной помощи и выполнение диспетчерской функции;
    - расширения использования телемедицинских услуг.
  - Расширение состава субъектов оказания ПМСП: помимо планируемого привлечения в штат многопрофильных поликлиник медицинских психологов, необходимо усиление взаимодействия с социальной службой, включая:
    - использование социальных работников для выявления больных из социально уязвимых групп населения — жителей удаленных поселений, этнических меньшинств, пожилых людей, лишенных семейной поддержки;
    - участие социальных работников в организации ведения больных с хроническими и множественными заболеваниями, ухода за больными, что позволит снизить нагрузку на медицинский персонал и расширить число постоянно наблюдаемых пациентов.
  - Расширение состава функций, выполняемых фармацевтами, работающими в аптеках, включая предоставление установленного набора консультаций по выявлению и лечению простых заболеваний и продлению действия врачебных рецептов. Снятие нормативных ограничений для выполнения этих функций. Во многих странах привлечение фармацевтов и социальных работников в период пандемии COVID-19 стало общепринятой практикой.
  - Развитие новых моделей организации ПМСП. Основываясь на анализе передового отечественного и зарубежного

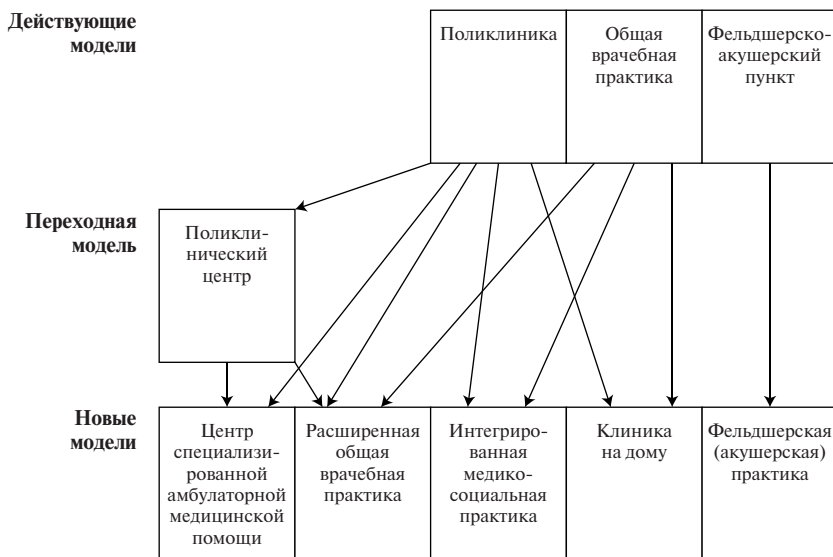


Рис. 18. Новые модели первичной медико-санитарной помощи

Примечание: Стрелки показывают возможные направления трансформации действующих моделей.

опыта, можно выделить следующие новые модели ПМСП<sup>35</sup> (рис. 18):

- расширенная общая врачебная практика;
- центр специализированной амбулаторной медицинской помощи;
- интегрированная медико-социальная практика;
- клиника на дому;
- поликлинический центр (продвинутая «бережливая поликлиника»);
- фельдшерская (сестринская) практика.

Главное отличие новых моделей от существующих (поликлиника и общая практика) состоит в том, что они обеспечивают новое

<sup>35</sup> Шишкин С.В. и др. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Изд. дом ВШЭ, 2022.

содержание ПМСП и качественно иной уровень взаимодействия ее участников. Это взаимодействие опосредуется современными цифровыми и организационными технологиями, включением в сети передачи информации, благодаря чему участники ПМСП образуют сетевую структуру. Поэтому новым моделям предлагается дать обобщающее название — «модели ПМСП сетевого типа».

### **Расширение лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении**

Давно назрело создание единой системы лекарственного обеспечения всех граждан при амбулаторном лечении. Главным сдерживающим фактором является представление о ее высокой стоимости. Размеры затрат на поддержание такой системы неоднократно оценивались. Они сопоставимы с затратами на лекарственное обеспечение при оказании онкологической помощи в стационарных условиях. Но нужно иметь в виду, что созданная по современным принципам система лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении может адаптироваться к величине доступных средств посредством продуманного поэтапного развертывания и выбора предоставляемых препаратов и размеров сооплаты.

В последние годы развитие системы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях идет по пути его предоставления лицам с отдельными заболеваниями. В качестве следующих шагов предлагается ввести в 2025–2028 гг. лекарственное обеспечение амбулаторного лечения двух болезней, которые являются сильными факторами риска и приводят к большому количеству неблагоприятных исходов. Это гипертензия и гиперлипидемия. Лекарственное обеспечение граждан с этими заболеваниями потребует вполне умеренных дополнительных затрат при весьма высокой их эффективности.

Артериальная гипертензия (АГ) сопряжена с умеренным повышением риска смерти, инфаркта, инсульта и временной потери трудоспособности (гипертонический криз). Однако АГ чрезвычайно распространена и, соответственно, приводит к значительному количеству неблагоприятных событий. Эффективная терапия АГ позволяет существенно, по крайней мере на треть, снизить этот риск.

По нашей оценке, численность граждан с АГ, не охваченных лекарственным обеспечением в рамках действующих программ, составляет примерно 22 млн человек. Средняя стоимость годового курса — 3000 руб. Обеспечение лекарственной терапией при 50%-й оплате потребует 33 млрд руб. в год.

Наследственная (семейная) дислипидемия. Очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от них наблюдается у лиц с наследственной (семейной) дислипидемией, регулярным вариантом которой является семейная гиперхолестеринемия (СГХ). Важно, что у этих пациентов заболевания, инвалидность и сердечная смерть часто наступают в раннем возрасте — до 50 и даже до 40 лет.

Оценка числа выявленных в настоящее время случаев — 100 тыс. Общее количество больных с СГХ в Российской Федерации можно оценить в 500—800 тыс. В течение 10 лет вероятно увеличение числа выявленных случаев до 400 тыс. Адекватная терапия СГХ статинами дает снижение риска смерти вдвое. Стоимость годового курса — 10 тыс. руб. в год. Обеспечение лекарственной терапией при 50%-й оплате потребует 0,5 млрд руб. в первый год и до 2 млрд руб. в последующие годы.

В дальнейшем, по мере увеличения экономических возможностей, лекарственное обеспечение граждан при амбулаторном лечении должно будет расширяться.

### **Развитие реабилитационной помощи**

Актуально расширение сети медицинских организаций, оказывающих услуги медицинской реабилитации. Число реабилитационных коек должно быть увеличено, по нашей оценке, с 25,9 тыс. (2022 г.) до 48,1 тыс. в 2030 г.

Технологическое развитие реабилитационной помощи будет идти по пути широкого применения цифровых платформ телереабилитации и создания на этой основе возможностей для проведения на дому курсов лечения, доступных ранее только в амбулаторных и/или стационарных условиях. Использование цифровых платформ для двигательной, речевой, психологической и других видов реабилитации пациентов при помощи телемедицинских технологий позволит проводить значительный объем реабилитации удаленно, на дому, без личного обращения в медицинские организации.

Такие технологии уже существуют и начинают внедряться в нашей стране. Например, цифровой стационар на дому, разработанный на базе реабилитационной цифровой платформы «Дневной стационар 2.0». Целевая группа — дети с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями и их родители. Проект разработан и реализуется в Москве и других регионах (Ростовская, Ивановская области, Приморский край). Еще один пример — платформа телереабилитации «Степс Реабил», предназначенная для двигательной, речевой и психологической домашней реабилитации пациентов с помощью телемедицинских технологий. Использование сервиса может одновременно осуществляться множеством пациентов и специалистов с любого рабочего места, имеющего выход в интернет. Сервис уже используется в нескольких субъектах Российской Федерации (Республика Адыгея, Воронежская, Ивановская, Самарская области, Красноярский край, Республика Татарстан, Чеченская Республика).

В перспективе возможно внедрение систем предиктивной аналитики, использующих технологии искусственного интеллекта, для анализа паттернов движений и коррекции индивидуальных программ телереабилитации. В настоящее время такие технологии находятся на стадии разработки и апробации.

### **Интеграция медицинской помощи**

Действенным фактором развития интеграции в системе оказания медицинской помощи в ближайшие годы станет внедрение цифровых технологий и информационных систем, облегчающих взаимодействие различных медицинских служб и отдельных врачей. Помимо этого, необходима реализация комплекса организационных мер, специально направленных на развитие интеграции. Наиболее перспективны следующие меры:

- организация планирования выписки пациентов из стационара для обеспечения преемственности лечения в амбулаторных условиях; особого внимания при этом требуют больные с наиболее сложными хроническими и множественными заболеваниями, прежде всего лица пенсионного возраста, которым труднее всего самостоятельно продолжать лечение в амбулаторных условиях;

- организация регулярного консультирования врачей поликлиник силами врачей стационаров, проведение обучающих сессий;
- организация в поликлиниках совместного планирования ведения сложных пациентов силами участковых врачей и врачей-специалистов;
- институционализация процедур обратной связи между врачами-специалистами и участковыми врачами по результатам консультаций и исследований по выделенным категориям пациентов;
- институционализация процедур, обеспечивающих интенсификацию взаимодействия медицинских учреждений, организаций социального обслуживания, некоммерческих организаций.

## 6. РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дилемма дальнейшего развития системы финансирования здравоохранения состоит в следующем: (а) продолжать замещение остающихся элементов общественного и рыночного регулирования административным управлением или (б) обеспечить сбалансированное развитие механизмов государственного, общественного и рыночного регулирования.

Выбор первой альтернативы означает полный или частичный демонтаж институтов сложившейся системы ОМС. Полный демонтаж — это упразднение ОМС и воссоздание системы бюджетного финансирования здравоохранения. Частичный демонтаж — это радикальная трансформация дизайна системы ОМС при сохранении ее формальной атрибутики и части институтов. Это означает, что страховые медицинские компании выводятся из ОМС или в лучшем случае им оставляют функции выдачи полисов ОМС, информационного сопровождения застрахованных лиц и защиты их прав. Функции покупателя медицинской помощи в системе ОМС передаются территориальным фондам ОМС. Усиливается их административное подчинение Федеральному фонду ОМС и Министерству здравоохранения Российской Федерации. Обособленность системы ОМС от системы бюджетного финансирования здравоохранения остается лишь в части формирования средств ОМС. Выполнение функций объединения средств и закупки медицинской помощи находится под административным контролем федерального и региональных органов управления здравоохранением.

Выбор второй альтернативы означает развитие системы ОМС. Этот выбор приводит к следующей развилке дальнейшей трансформации ОМС: (а) радикально изменить дизайн системы ОМС, перейти к новой ее модели или (б) обеспечить развитие институтов системы ОМС при сохранении сложившегося дизайна.

Радикальные изменения в системе финансирования здравоохранения (переход от страховой к бюджетной системе финансирования, изменения в дизайне страховой системы) оправданы, если ожидаемые преимущества будут превосходить возможные риски негативных последствий и обусловливаемых ими издержек. Рас-



смотрим подробнее радикальные варианты трансформации системы ОМС с точки зрения соотношения возможных преимуществ и рисков.

Если принять вариант возвращения России к бюджетному финансированию здравоохранения, то это могло бы дать непосредственную экономию расходов за счет закрытия фондов ОМС и вывода из ОМС страховых компаний. Полный или частичный демонтаж сложившейся системы ОМС обеспечит экономию расходов на управление системой финансирования: средства ОМС не будут тратиться на ведение дела страховыми медицинскими организациями. Но экономия будет небольшой: передача функций, выполнявшихся страховыми компаниями, органам управления здравоохранением или территориальным фондам ОМС потребует увеличения расходов на их деятельность.

Вывод страховых компаний из ОМС успокоит медицинскую общественность, которая ошибочно расценивает проблемы взаимодействия медицинских учреждений со страховыми медицинскими организациями как главный деструктивный фактор развития российского здравоохранения. Но демонтаж системы ОМС в среднесрочной перспективе окажет сильное сдерживающее влияние на эффективность использования государственных средств.

В настоящее время выравнивание расходов регионов на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС осуществляется посредством субвенций, направляемых из бюджета федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС. При отмене ОМС вся тяжесть выравнивания финансирования здравоохранения по регионам ляжет на систему бюджетного выравнивания, использующую принцип дотаций, в отличие от принципа перераспределения, используемого в системе ОМС. Отмена ОМС приведет к существенному повышению неравенства в финансировании отрасли из региональных бюджетов.

Система ОМС позволяет заключать договоры с любыми медицинскими организациями. Ее упразднение повлечет воссоздание барьеров для получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне региона постоянного проживания и создаст дополнительные проблемы для реализации права граждан на выбор медицинской организации.

Таким образом, возвращение к бюджетной системе здравоохранения способно привести к незначительному сокращению

потребности в государственном финансировании отрасли, но негативные последствия могут значительно превзойти выгоду, получаемую в результате сокращения административных расходов.

В существующей модели ОМС остались рудименты рыночного регулирования. В качестве варианта радикального изменения такой системы заслуживает обсуждения внедрение так называемой рискованной модели ОМС. Этот термин используется в отечественной литературе для обозначения модели ОМС, в которой последовательно реализованы принципы обеспечения конкуренции страховщиков, конкуренции поставщиков медицинской помощи и разделения финансовых рисков между государством, страховщиками, поставщиками медицинской помощи и застрахованными лицами.

Основные ожидания от возможного внедрения рискованной модели ОМС связаны с тем, что она обеспечит реальную экономическую заинтересованность страховых медицинских организаций в более эффективном использовании средств ОМС и будет содействовать развитию конкуренции между страховщиками и между медицинскими организациями. Вместе с тем основные риски ее внедрения состоят в угрозе стабильности финансирования медицинских организаций, в ухудшении доступности и качества медицинской помощи для отдельных групп населения из-за оппортунистического поведения страховщиков и медицинских организаций в условиях этой модели, особенно на этапе ее внедрения и отладки.

Главным условием успешного внедрения рискованной модели является возможность обеспечить стабильность размеров финансирования системы ОМС и ее субъектов: территориальных фондов ОМС, страховщиков, медицинских организаций, сбалансированность доходов системы ОМС и ее обязательств. Внедрение рискованной модели потребует длительного времени для ее отладки и высокого уровня мотивации работников органов управления, которые будут этим заниматься. Нам представляется, что по крайней мере в среднесрочной перспективе эти условия не будут выполняться, и поэтому внедрение рискованной модели ОМС и даже ее пилотная апробация в нескольких регионах не имеют достаточных предпосылок для успешной реализации в предстоящем десятилетии.

В среднесрочной перспективе (8–10 лет) целесообразно обеспечить развитие институтов системы ОМС при сохранении ее сложившегося дизайна. Для решения накопившихся в системе ОМС

проблем и усиления ее воздействия на конечные результаты функционирования системы оказания медицинской помощи потребуются преобразования по следующим направлениям:

- 1) расширение источников финансирования системы ОМС;
- 2) усиление прозрачности функционирования системы ОМС;
- 3) развитие новых форм планирования финансового обеспечения медицинской помощи;
- 4) изменение механизма межтерриториальных расчетов в системе ОМС;
- 5) изменение порядка распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;
- 6) повышение роли ОМС в финансировании крупных инвестиций в медицинское оборудование;
- 7) усиление нацеленности способов оплаты медицинской помощи на решение приоритетных задач российского здравоохранения;
- 8) совершенствование методов обоснования тарифов на медицинскую помощь;
- 9) расширение возможностей участия частных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС.

## **АВТОРЫ ДОКЛАДА**

### **Алмазов Андрей Александрович**

Старший преподаватель кафедры управления и экономики здравоохранения факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

### **Бирюкова Алина Ильинична**

Аспирант факультета экономических наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

### **Власов Василий Викторович**

Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», доктор медицинских наук

### **Потапчик Елена Георгиевна**

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

### **Сажина Светлана Владимировна**

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

### **Шейман Игорь Михайлович**

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

### **Шишкин Сергей Владимирович**

Директор Центра политики в сфере здравоохранения, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», доктор экономических наук

*Научное издание*

**Российское здравоохранение:  
перспективы развития**

Доклад НИУ ВШЭ

Подписано в печать 12.04.2024. Формат 60×88 1/16. Гарнитура Newton  
Усл. печ. л. 3,6. Уч.-изд. л. 2,7. Тираж 50 экз. Изд. № 2836

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

Отпечатано ООО «Фотоэксперт»  
109316, Москва, Волгоградский проспект, д. 42