# Приложение 1

# **ДОКЛАД**

# **о совершенствовании здравоохранения Российской Федерации**

В 2020 году в Российской Федерации естественная убыль населения составила почти 700 тыс. человек (за январь-декабрь 2021 года в Российской Федерации естественная убыль населения составила 1 043 тыс. человек), и до 2030 года, согласно средним прогнозам Федеральной службы государственной статистики, государство потеряет еще около 2,8 млн. человек. При этом смертность российского населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек в 2,4 раза выше, чем в развитых странах, а ожидаемая продолжительность жизни населения упала почти на 1,8 года (ожидаемая продолжительность жизни населения в 2021 году по предварительным данным упала почти на 1,5 года). Безусловно, на данные показатели повлияла пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19): смертность в 2020 году выросла на 18,7%, или на 340,3 тыс. человек, из них 144,7 тыс. — число умерших от коронавируса (за январь-декабрь 2021 года 446,9 тыс. человек). Проведенные исследования показывают, что ожидаемая продолжительность жизни как мужчин, так и женщин снизилась во многих индустриальных странах, и речь, по подсчетам экспертов, идет о 28 млн лет жизни в общей сложности. С другой стороны, например, в сопоставимых по коэффициенту заболеваемости коронавирусной инфекцией на 1 тыс. населения странах – в Новой Зеландии, Тайване и Норвегии - ожидаемая продолжительность жизни в 2020 году выросла. Ожидаемая продолжительность жизни не изменилась также и в Дании, Исландии и Южной Корее.

Таким образом, статистика демонстрирует чрезвычайность ситуации с демографией и состоянием здоровья населения, которая напрямую влияет на социально-экономическое развитие Российской Федерации и национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан. Неэффективная реализация политики народосбережения влечет за собой ежегодные потери до 15% валового внутреннего продукта (далее – ВВП). Необходимо срочно осуществлять коррекцию тех факторов, которые напрямую влияют на данные показатели. Одним из них является эффективность функционирования системы здравоохранения.

На качество системы здравоохранения влияет совокупность взаимосвязанных ресурсных факторов, к которым, в том числе, относятся: эффективность системы финансирования, кадровое обеспечение, лекарственное обеспечение. В настоящее время они характеризуются кризисным состоянием: общий объем недофинансирования равен 30-40%; дефицит медицинских кадров на 2020 год составляет 148 тыс. человек, при этом в ряде субъектов Российской Федерации он достигает 7-15% от необходимого количества медицинских сотрудников; действующая система льготного лекарственного обеспечения не покрывает потребности всех нуждающихся в лекарственных препаратах лиц.

В связи с этим, с целью обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан и повышения эффективности реализации политики народосбережения, необходимо осуществить совершенствование системы здравоохранения путем реализации комплекса мер, направленных на обеспечение достаточности ресурсов системы здравоохранения.

Для реализации указанной цели Автономной некоммерческой организацией «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» (далее – Агентство) были разработаны два блока предложений, направленных на повышение качества системы здравоохранения в Российской Федерации:

**I. Предложения, прошедшие экспертные обсуждения с представителями Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России).** Данные предложения прошли процедуру экспертных обсуждений с представителями Минздрава России и могут быть проработаны и внедрены в ближайшие три года. **Указанные рекомендации направлены на минимизацию кадрового дефицита в государственной и муниципальной системах здравоохранения.** К ним относятся:

*1) предложения, направленные на управление профессиональной нагрузкой медицинских кадров:* совершенствование порядка реализации правил нормирования времени в части запрета использования указанных норм времени в качестве основания для отмены части стимулирующих выплат; совершенствование управления документооборотом путем введения института секретаря для врачебных кадров; введение института страхования профессиональной ответственности медицинских работников; разработка и внедрение рекомендаций по управлению психоэмоциональным состоянием сотрудников медицинских организаций; формирование позитивных образов медицинских работников в информационном пространстве посредством создания пресс-служб крупных государственных и муниципальных медицинских учреждений; ограничение совместительства медицинских работников в государственной и муниципальной системах здравоохранения до 0,25 ставки после устранения кадрового дефицита.

*2) предложения, направленные на совершенствования системы медицинского образования:* реализация органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения профориентационной работы при получении потенциальным абитуриентом среднего общего образования; совершенствование системы среднего профессионального и высшего медицинского образования путем углубления изучения английского языка.

Прогнозными эффектами от реализации первого блока мер являются снижение кадрового дефицита системы здравоохранения на 25%. Для реализации мер, направленных на совершенствование системы здравоохранения, необходимо дополнительное финансирование в размере от 47,5 млрд рублей.

**II. Предложения, в отношении которых требуются дополнительные экспертные обсуждения с целью определения целесообразности их реализации, необходимых ресурсов и эффектов.** Данный перечень предложений не требует незамедлительного внедрения, не является обязательным и может обсуждаться на экспертном уровне с участием Минздрава России при содействии Агентства как возможный вектор развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2030 года. **Указанные рекомендации направлены на совершенствование модели финансирования, программы льготного лекарственного обеспечения и системы гарантий и поощрений медицинских сотрудников** и включают в себя:

*1) предложения, направленные на совершенствование модели финансирования с целью повышения ее эффективности:* передача полномочий по осуществлению межтерриториальных расчетов специализированной клиринговой организации и внедрение многосторонних клиринговых платежей в текущую архитектуру взаиморасчетов; распределение объема медицинских услуг для реализации частными медицинскими организациями т.н. «пакетным предложением», в который будут входить сопутствующие дорогостоящим медицинские услуги разного вида; при получении для реализации данного объема медицинских услуг установление для медицинских организаций возможности использовать средства обязательного медицинского страхования на любые нужды; разработка перечня случаев, когда медицинская организация по своему усмотрению может осуществить распределение средств системы обязательного медицинского страхования.

*2) предложения, направленные на совершенствование кадровой политики в отношении медицинских работников:* увеличение и изменение соотношения элементов структуры заработной платы медицинских кадров; расширение действия программы «Земский доктор (фельдшер)» до указанных населенных пунктов; изменение ее целеполагания от необходимости обеспечения переезда медицинского работника к внедрению т.н. «вахтового» метода в осуществление ими трудовых обязанностей;

*3) предложения, направленные на совершенствование программы льготного лекарственного обеспечения:* расширение покрытия федеральной программы льготного лекарственного обеспечения на население, входящее в группу риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Прогнозными эффектами от реализации второго блока мер являются снижение уровня смертности на 20 % и снижение кадрового дефицита системы здравоохранения на 60%. Для реализации мер, направленных на совершенствование системы здравоохранения, необходимо дополнительное финансирование в размере от 653 млрд рублей[[1]](#footnote-1).

В Приложении к настоящему докладу содержится Концепция совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации.

Приложение – на 71 л.

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

«АГЕНТСТВО СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИНИЦИАТИВ ПО ПРОДВИЖЕНИЮ НОВЫХ ПРОЕКТОВ»

(Агентство стратегических инициатив)

**КОНЦЕПЦИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Приложение

к докладу о совершенствовании системы здравоохранения

Москва 2022

Оглавление

[Раздел I. Общие положения 3](#_Toc106730196)

[Раздел II. Современные угрозы национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан 4](#_Toc106730197)

[Раздел III. Влияние демографической ситуации Российской Федерации на экономическое развитие страны 9](#_Toc106730198)

[Раздел IV. Современная система здравоохранения Российской Федерации: текущее состояние и возможные направления совершенствования 12](#_Toc106730199)

[1. Финансирование системы здравоохранения Российской Федерации 13](#_Toc106730200)

[2. Обеспеченность медицинскими кадрами системы здравоохранения Российской Федерации 29](#_Toc106730201)

[3. Система льготного лекарственного обеспечения 47](#_Toc106730202)

[Раздел V. Основные направления совершенствования системы здравоохранения 53](#_Toc106730203)

[Раздел VI. Мероприятия, направленные на совершенствование системы здравоохранения, и сроки их реализации 54](#_Toc106730204)

[1. Предложения, прошедшие экспертные обсуждения с представителями Минздрава России 54](#_Toc106730205)

[1.1. Разработка системы управления профессиональной нагрузкой медицинских кадров 54](#_Toc106730206)

[1.2. Формирование позитивных образов медицинских работников в информационном пространстве 57](#_Toc106730207)

[1.3. Совершенствование системы медицинского образования 58](#_Toc106730208)

[2. Предложения, в отношении которых требуются дополнительные экспертные обсуждения с целью определения целесообразности их реализации, необходимых ресурсов и эффектов 60](#_Toc106730209)

[2.1. Оптимизация финансирования системы здравоохранения Российской Федерации 60](#_Toc106730210)

[2.2. Создание дополнительных материальных стимулов для медицинских работников 63](#_Toc106730211)

[3. Совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения 65](#_Toc106730212)

[Раздел VII. Механизмы реализации настоящей Концепции 67](#_Toc106730213)

[Раздел VI. Объемы и источники финансирования настоящей Концепции 67](#_Toc106730214)

[Приложение А 68](#_Toc106730215)

[ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ («ДОРОЖНАЯ КАРТА»), 68](#_Toc106730216)

**Раздел I. Общие положения**

**1. Цели настоящей Концепции**

Настоящая Концепция является документом, разработанным для совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, определяющим цели, основные задачи и приоритетные направления ее развития, а также механизмы реализации мер, предусмотренных данным документом.

Настоящая Концепция направлена на формирование эффективной политики по преодолению кризиса системы здравоохранения Российской Федерации с целью обеспечения национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан[[2]](#footnote-2) в соответствии со Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года.

**2. Правовая основа настоящей Концепции**

Правовую основу настоящей Концепции составляют Конституция Российской Федерации, федеральные законы от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», указы Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года №1640 «Государственная программа «Развитие здравоохранения»», от 9 октября 2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения», приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и пр.

# **Раздел II. Современные угрозы национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан**

Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан.

По итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года утвержден паспорт национального проекта «Здравоохранение» (далее – национальный проект «Здравоохранение», нацпроект)[[3]](#footnote-3), разработанный Министерством здравоохранения России во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года[[4]](#footnote-4). В национальном проекте установлен ряд целевых показателей, которые необходимо достигнуть до 2024 года.

С целью реализации данного национального проекта Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254[[5]](#footnote-5) была утверждена Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года (далее – Стратегия), установлены ожидаемые к 2021 году результаты реализации мер, предусмотренных Стратегией и определяющие состояние национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан[[6]](#footnote-6).

Для первичной оценки эффективности реализации установленных в Национальном проекте «Здравоохранение» и в Стратегии мер был проведен сравнительный анализ ожидаемых результатов и текущих социально-демографических показателей в сфере здравоохранения Российской Федерации (таблица 1).

*Таблица 1*

*Сравнительный анализ ожидаемых к 2021 и 2024 годам результатов реализации национального проекта «Здравоохранение» и Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года и текущих социально-демографических показателей страны*

| **Наименование показателя** | | **Наличие в нацпроекте** | **Наличие в Стратегии** | **Ожидаемый к 2021 году результат** | **Ожидаемый к концу 2024 года результат** | **В 2019 году** | **В 2020 году** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Показатели, которые не были достигнуты за отчетный период* | | | | | | | |
| ожидаемая продолжительность жизни при рождении | |  | ✓ | 74 года | 78 лет | 73,34 года  (в 2021 г. – 70,06 лет) | 71,54 года |
| смертность лиц трудоспособного возраста на 100 тыс. человек соответствующего возраста | | ✓ | ✓ | 419 случаев | 350 случаев | 470 случаев | 548,2 случаев |
| смертность от заболеваний системы кровообращения на 100 тыс. человек | | ✓ | ✓ | 525 случаев | 450 случаев | 573,2 случая | 640,8 случая |
| смертность от новообразований, в том числе злокачественных, на 100 тыс. человек | | ✓ | ✓ | 197 случаев | 185 случаев | 203,5 случаев | 202 случая |
| смертность от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек | |  | ✓ | 7,5 случая | 3,9 случаев | 9,2 случая | 9,5 случаев |
| укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2) | | ✓ |  | 83% | 95% | 82,1% | 80,6% |
| укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2) | | ✓ |  | 91% | 95% | 91% | 89,2% |
| число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий | | ✓ |  | 560 тыс. человек | 1880 тыс. человек | 415 тыс. человек | 515 тыс. человек |
| охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами | | ✓ |  | 21,3% | 70% | 47,2% | 26,3% |
| число населенных пунктов с численностью населения свыше 100 человек до 2 000 человек, находящихся вне зоны доступности от медицинской организации или ее структурного подразделения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь | | ✓ |  | 30 единиц | 0 единиц | 144 единиц | 28 единиц |
|  | *Показатели, которые были достигнуты за отчетный период* | | | | | | |
| младенческая смертность на 1 тыс. детей, родившихся живыми | | ✓ | ✓ | 5,2 случая | 4,5 случая | 4,9 случаев | 4,5 случая |
| потребление алкоголя на человека | |  | ✓ | 9,1 литра | 8 литров | 6,1 литров | 6 литров |
| потребление табака среди взрослого населения | |  | ✓ | 28,8% | 27% | 22% | 21,9% |
| охват детей в возрасте 15 - 17 лет профилактическими медицинскими осмотрами с целью сохранения их репродуктивного здоровья (доля от общего числа детей подлежащих осмотрам) | | ✓ |  | 65% | 80% | 94% | 71,2% |
| доля медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» от общего количества медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи | | ✓ |  | 54,7% | 77,6% | 61,7% | 70,7% |
| объем экспорта медицинских услуг | | ✓ |  | 580 млн долл. | 1000 млн долл. | 470 млн долл. | 646 млн долл. |

*Источник: составлено на основании данных Федеральной службы государственной статистики (далее – Росстат)[[7]](#footnote-7).*

Таким образом, запланированные в Стратегии и национальном проекте «Здравоохранение» результаты, особенно по показателям, связанным с ожидаемой продолжительностью жизни и со смертностью трудоспособного населения, в современных условиях являются достаточно амбициозными, а часть из них, в том числе в связи с влиянием пандемии коронавирусной инфекции, к концу 2021 года не были достигнуты, что составляет реальную угрозу национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан. При этом комплекс мероприятий, предусмотренный в данных документах, не направлен на минимизацию имеющихся кризисных проявлений в системе здравоохранения, в связи с этим существует риск не достижения конечных целей реализуемой политики в данной сфере.

Безусловно, одним из факторов не достижения заявленных в стратегических документах целей являются последствия пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19).

Проведенные исследования показывают, что ожидаемая продолжительность жизни как мужчин, так и женщин снизилась из-за пандемии во многих индустриальных странах, и речь, по подсчетам экспертов, идет о 28 млн лет жизни в общей сложности. С другой стороны, например, в Новой Зеландии, Тайване и Норвегии ожидаемая продолжительность жизни в 2020 году выросла. Ожидаемая продолжительность жизни не изменилась также и в Дании, Исландии и Южной Корее[[8]](#footnote-8). Авторы исследования связывают данные результаты как с эффективностью принимаемых государством мер по борьбе с коронавирусной инфекцией, так и с общей эффективностью системы здравоохранения.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2020 году больше всего сократилась в России: на 1,75 (в сравнении с 2019 годом) года у мужчин и на 1,74 года у женщин в России. Второе место в этом анализе занимают Соединенные штаты Америки, где средняя продолжительность жизни сократилась на 2,27 года для мужчин и на 1,61 года для женщин. В Болгарии оны снизился на 1,96 года для мужчин и на 1,37 года для женщин. В Германии ожидаемая продолжительность жизни снизилась лишь незначительно, примерно на 5 месяцев для мужчин и почти на 2 месяца для женщин в международном сравнении[[9]](#footnote-9).

При этом Всемирная организация здравоохранения указывает, что более 90% стран мира сталкиваются со сбоями в системах здравоохранения из-за пандемии коронавируса. Речь идет об охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, а также лечении раковых заболеваний, психических расстройств, вируса иммунодефицита, малярии, туберкулеза, гепатита, уходе за пожилыми людьми и пр.

Более чем в половине государств, участвовавших в исследовании, зарегистрированы сбои в доступе к первичной медицинской помощи. В 36% стран отмечены проблемы в работе скорой помощи, в 32% - в функционировании системы круглосуточной госпитализации, в 23% - службы экстренной хирургии. Во Всемирной организации здравоохранения констатировали, что пандемия коронавируса усугубила ранее существовавшие проблемы в здравоохранении[[10]](#footnote-10).

Во всех странах в настоящее время разрабатываются и реализуются стратегии преодоления нынешних трудностей. Это, в частности, такие направления, как расширение возможностей для подготовки медицинских работников и развитие телемедицины. В половине государств имеются планы подготовки к будущим чрезвычайным ситуациям в здравоохранении, а в 70% выделены дополнительные финансовые ресурсы на медицину[[11]](#footnote-11). Все это указывает на необходимость решения системных проблем в сфере здравоохранения для преодоления вызовов, в том числе связанных с пандемией, и их недопущения в последующем.

# **Раздел III. Влияние демографической ситуации Российской Федерации на экономическое развитие страны**

Низкий показатель продолжительности жизни и высокий уровень преждевременной смертности трудоспособного населения становятся серьезными препятствиями для экономического развития страны, обусловливая масштабные демографические и экономические потери.

По данным Всемирного банка, структура совокупного богатства[[12]](#footnote-12) России включает в себя человеческий капитал — 46%; произведенный капитал — 33%; природный капитал — 20%; чистые иностранные активы — 1%. При этом в странах Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) человеческие ресурсы составляют от 68% до 76% всего национального богатства. Эксперты Всемирного банка отмечают, что при текущих темпах прироста человеческого капитала для приближения к уровню развитых экономик по этому показателю, России потребуется от 50 до 100 лет[[13]](#footnote-13). Указанный срок возможно снизить за счет совершенствования политики народосбережения и вложения существенных инвестиций в ее реализацию, в том числе направленных на обеспечение достаточности ресурсов системы здравоохранения.

При этом, по данным Высшей школы экономики, в настоящее время общая стоимость человеческого капитала России превышает 600 трлн руб., т.е. каждый трудоспособный россиянин способен принести вклад в валовый внутренний продукт (далее – ВВП) в размере 6 млн руб. в ценах 2010 г. Это в 13 раз больше ВВП страны и в 5,5 раз – стоимости иных видов капитала[[14]](#footnote-14). Таким образом, люди – ключевой актив России и, достигнув показателя развитых стран по доли человеческих ресурсов в структуре национального богатства, становится возможным значительный экономический рост государства. При этом, стоит отметить, что мировой ВВП ежегодно теряет до 15% своего объема из-за преждевременной смертности и заболеваемости населения различных стран. К 2040 году данные потери можно сократить наполовину, в том числе за счет развития системы здравоохранения[[15]](#footnote-15). Именно поэтому инвестиции, направленные на улучшение медицины, как одной из детерминант здоровья, критически важны не только для обеспечения здоровья и благополучия населения, но и для устойчивого развития государства[[16]](#footnote-16).

Таким образом, демографический фактор, состояние которого обусловлено в том числе состоянием системы здравоохранения, оказывает существенное влияние на экономику страны. При этом демографическую ситуацию Российской Федерации в 2020 году по основным показателям можно охарактеризовать, как критическую, что несет в себе значительную угрозу для экономики страны. В России естественная убыль населения превышает прирост. Так, Федеральная служба государственной статистики указывает, что естественная убыль российского населения в 2020 году стала самой высокой за последние 12 лет, а количество россиян уменьшилось до 146 746 тыс. человек[[17]](#footnote-17) (таблица 2).

*Таблица 2*

*Демографические показатели в Российской Федерации и в ряде зарубежных стран (для сравнения), 2019-2021 гг.[[18]](#footnote-18)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Показатель** | **Россия** | | | **Франция** | **Бразилия** | **Германия** |
| 2021 | 2020 | 2019 | 2020 | 2020 | 2020 |
|  | Численность населения, млн чел. | 145,56 | 146,17 | 146,75 | 65,49 | 213,73 | 83,7 |
|  | Позиция по населенности среди других государств | 9 | 9 | 9 | 21 | 7 | 19 |
|  | Процент от всей численности жителей планеты, % | 1,85 | 1,85 | 1,87 | 0,87 | 2,57 | 1,06 |
|  | Плотность народонаселения | 8,54 чел./км² | 8,54 чел./км² | 8,57 чел./км² | 103,0 на км2 | 23,0 чел./км² | 233,0 на км2 |
|  | Количество умерших, тыс. чел. | 2 446 | 2 139 | 1 798 | 614 | 193 | 955,6 |
|  | Количество родившихся, тыс. чел. | 1 403 | 1 437 | 1 481 | 719 | 1 927 | 789,91 |
|  | Естественный прирост, тыс. | - 1,04 | - 702 | - 317 | + 105 | +1 734 | + 165,69 |
|  | Миграционный прирост, тыс. чел. | 350 | 188,1 | 285,1 | 182 | 106 | 2 719 |
|  | Средний возраст жителей, года | 40,3 | 40,4 | 40,2 | 42,34 | 33,48 | 45,74 |
|  | Гендерное соотношение, коэффициент (соотношение мужчин и женщин) | 0,86 | 0,86 | 0,86 | 0,95 | 0,96 | 0,97 |
|  | Продолжительность жизни мужчин, года | 65,51 | 66,49 | 68,24 | 79,89 | 72,46 | 79,13 |
|  | Продолжительность жизни женщин, года | 74,51 | 76,43 | 78,17 | 85,57 | 79,74 | 83,35 |

*Источник: составлено на основе информации Мирового атласа данных[[19]](#footnote-19).*

Из проведенного анализа можно сделать вывод о том, что демографическая ситуация, даже с учетом влияния пандемии, в Российской Федерации значительно хуже, чем в ряде стран мира. Указанное подтверждается исследованиями о влиянии пандемии на продолжительность жизни в индустриальных странах: из 33 проанализированных стран Россия является одной из лидирующих стран (наряду с Соединенными штатами Америки и Болгарией) по количество «потерянных» лет жизни в показателе ожидаемой продолжительности жизни[[20]](#footnote-20).

Таким образом, в настоящее время демографическая ситуация (с учетом пандемии коронавирусной инфекции) характеризуется высоким уровнем естественной убыли (- 702 тыс. человек в 2020 году против 317 тыс. человек в 2019 году) и низкой продолжительностью жизни мужчин.

При этом, по данным Росстата, динамика естественного прироста населения с 2016 года (еще до пандемии коронавирусной инфекции) ежегодно ухудшалась (диаграмма 1).

*Диаграмма 1*

*Динамика естественного прироста населения России*

2008 2009 2010 2011 2012

2020

2016 2017 2018 2019

2013 2014 2015

*Источник: составлено автором на основе данных Росстата (2021) [[21]](#footnote-21).*

При этом многочисленные исследования[[22]](#footnote-22) показывают, что на данные показатели напрямую влияет эффективность системы здравоохранения (по оценкам экспертов, степень влияния составляет от 15 % до 20 %). Таким образом, с целью обеспечения социально-экономического развития Российской Федерации необходима стабилизация системы здравоохранения путем реформирования системообразующих ресурсных факторов, влияющих на ее эффективность.

# **Раздел IV. Современная система здравоохранения Российской Федерации: текущее состояние и возможные направления совершенствования**

В соответствии с пунктом 2 статьи 29 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[[23]](#footnote-23) организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Государственную систему здравоохранения составляют федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти, а также подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья. Муниципальную систему здравоохранения составляют органы местного самоуправления муниципальных районов, муниципальных округов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

На государственную и муниципальную систему здравоохранения влияют совокупность взаимосвязанных ресурсных факторов. Их состояние характеризует эффективность всей системы. К ним, в частности, относятся система финансирования, кадровое обеспечение, лекарственное обеспечение. Для формирования плана мероприятий по развитию системы здравоохранения была проведена оценка состояния указанных ресурсов и влияния на эффективность оказания качественной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий[[24]](#footnote-24). Ниже представлены результаты данной оценки.

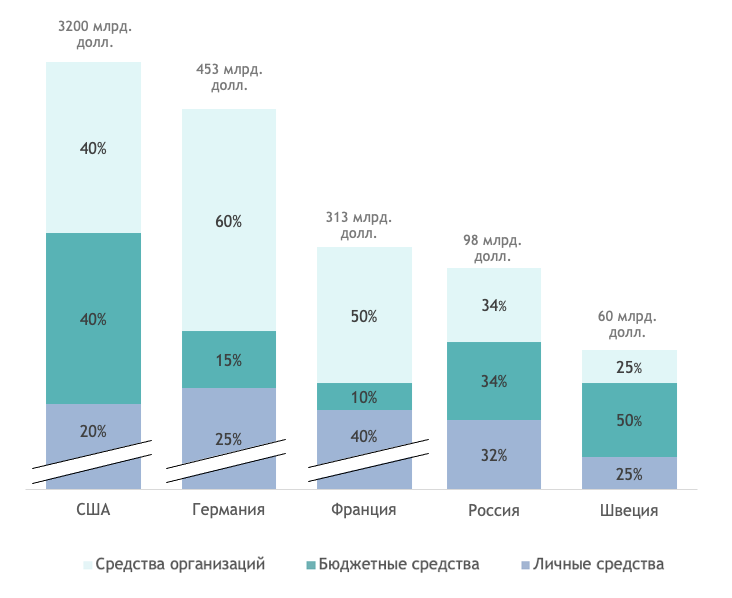
# **1. Финансирование системы здравоохранения Российской Федерации**

В каждой стране выбор оптимальной модели здравоохранения имеет принципиальное значение для обеспечения более эффективного использования ресурсов и улучшения качества и доступности медицинской помощи. Российская Федерация в этом отношении не исключение.

По способу финансирования в системе здравоохранения Российской Федерации сложилась смешанная модель, в которой участвуют средства населения и организаций, а также бюджетные средства. За счет бюджетных средств и средств организаций оплачиваются Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений, в том числе образовательных организаций, санитарно-эпидемиологическая служба и пр. Население оплачивает медицинскую помощь как напрямую, путем оплаты медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, так и через систему добровольного медицинского страхования. Сложившаяся система финансирования здравоохранения в Российской Федерации осуществляется практически в равных долях гражданами, государством и организациями (диаграмма 2).

*Диаграмма 2*

*Объем и соотношение источников финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации и в ряде зарубежных стран, 2020 г.*

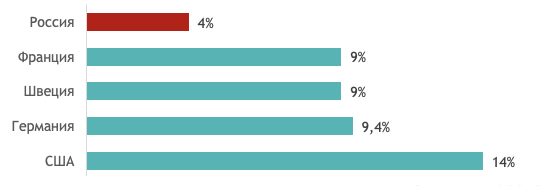


*Источник: составлено на основе данных Мирового атласа данных[[25]](#footnote-25), Росстата[[26]](#footnote-26), статистики Всемирной организации здравоохранения[[27]](#footnote-27).*

Таким образом, в Российской Федерации по сравнению с другими развитыми странами наблюдается низкий объем финансирования системы здравоохранения. При этом непосредственно объем государственного (бюджетно-страхового) финансирования – также один из самых низких в мире и составляет 4% ВВП - 5,2 трлн руб. (диаграмма 3).

*Диаграмма 3*

*Государственные (бюджетно-страховые) расходы, в % от ВВП*



*Источник: составлено на основе данных Мирового атласа данных[[28]](#footnote-28), Росстата[[29]](#footnote-29), статистики Всемирной организации здравоохранения[[30]](#footnote-30).*

Стоит отметить, что система здравоохранения характеризуется системным недофинансированием. С 1993 г. по 1998 г. эксперты, занимающиеся проектированием системы обязательного медицинского страхования, обосновали необходимость законодательного установления уровня отчислений работодателей на страхование здоровья в размере 9%[[31]](#footnote-31). Однако первично уровень таких платежей был установлен в размере 3,6%, что исторически привело к хроническому недофинансированию. При этом 56 субъектов Российской Федерации не участвуют в финансировании территориальных программ обязательного медицинского страхования в виду недостаточности средств в региональных бюджетах[[32]](#footnote-32). Таким образом, система здравоохранения нуждается в дополнительном финансировании.

В условиях ограниченности финансовых ресурсов предлагаемые решения должны быть направлены на обеспечение высокого уровня эффективности распределения выделяемого в настоящее время объема финансирования и привлечения инвестиций в систему обязательного медицинского страхования.

Ниже в настоящем докладе представлено описание основных существующих в настоящее время барьеров в достижении указанной цели и возможных способов их устранения. **Данные рекомендации входят в блок предложений, в отношении которых требуются дополнительные экспертные обсуждения с целью определения целесообразности их реализации, необходимых ресурсов и эффектов.** Указанный перечень предложений не требуют незамедлительного внедрения, не являются обязательными и могут обсуждаться на экспертном уровне с участием Минздрава России при содействии Агентства как возможные векторы развития системы здравоохранения Российской Федерации на ближайшие восемь лет.

**Проблема эффективности межрегиональных расчетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования**

Одной из актуальных проблем в сфере финансирования системы обязательного медицинского страхования является неэффективность существующего порядка осуществления межрегиональных расчетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках системы обязательного медицинского страхования. Так, бесплатная медицина гарантирована гражданам Российской Федерации программой обязательного медицинского страхования.

Полис обязательного медицинского страхования действителен на всей территории Российской Федерации в соответствии с частью 1 статьи 45 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и обеспечивает право на получение бесплатной медицинской помощи в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Получение медицинской помощи гражданином, застрахованным на территории одного субъекта Российской Федерации, в медицинском учреждении другого субъекта Российской Федерации оплачивается за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, на территории которого он застрахован (рисунок 1).

*Рисунок 1*

*Порядок осуществления межтерриториальных расчетов в рамках программы гарантий бесплатной медицинского помощи*

Изображение выглядит как текст

Автоматически созданное описание

*Источник: составлено авторами.*

Действующая система межтерриториальных расчетов приводит к серьезному финансовому дисбалансу, когда дебиторская задолженность территориальных фондов превышает кредиторскую задолженность по оплате медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий[[33]](#footnote-33). Так, в большинстве субъектов Российской Федерации не учитываются и не включаются в плановые объемы медицинской помощи объем услуг, оказываемый застрахованным лицам других субъектов Российской Федерации, что снижает качество планирования расходов. Указанное подтверждается тем, что в 16 субъектах Российской Федерации выявлена тенденция превышения фактических расходов над плановыми расходами на оказание медицинской помощи за пределами территории субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным в данном субъекте Российской Федерации[[34]](#footnote-34).

Текущий механизм межтерриториальных расчетов приводит к отрицательному сальдо и росту задолженности в субъектах Российской Федерации. В качестве примера межтерриториальных взаиморасчетов был проведен анализ сведений по реестрам счетов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания за 2017 год (таблица 3).

*Таблица 3*

*Реестр счетов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания за 2017 год, млн. руб.*

| Территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации | Счета, выставленные Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания в субъекты Российской Федерации | | | Счета, поступившие от территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отказы | Оплачено | Дебит. задолженность | Отказы | Оплачено | Кредит. задолженность |
| Республика Ингушетия | 18,4 | 2,5 | 18,4 | 44,2 | 17,6 | 126,7 |
| Чеченская Республика | 3,7 | 84,0 | 26,1 | 1,8 | 3,5 | 0,3 |
| Г. Москва | 1,9 | 21,0 | 6,3 | 26,8 | 153,3 | 16,9 |
| Г. Санкт-Петербург | 0,5 | 5,5 | 1,0 | 8,8 | 32,5 | 1,5 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 1,0 | 18,6 | 7,3 | 5,7 | 15,1 | 0,02 |
| Краснодарский край | 0,5 | 7,3 | 2,0 | 5,2 | 33,5 | 0,3 |
| Московская область | 0,5 | 6,9 | 0,7 | 4,3 | 19,5 | 0,5 |
| Республика Дагестан | 0,4 | 7,6 | 6,6 | 5,0 | 4,5 | 0,3 |
| Ростовская область | 0,2 | 4,1 | 0,9 | 3,8 | 23,6 | 2,3 |
| Ставропольский край | 2,3 | 19,0 | 5,5 | 5,4 | 27,3 | 0,8 |
| Всего по 10 территориальным фондам обязательного медицинского страхования: | 28,9 | 176,5 | 74,8 | 111,0 | 330,0 | 149,6 |
| Итого по всем территориальным фондам обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации: | 31,6 | 204,0 | 79,9 | 116,1 | 356,9 | 150,8 |

*Источник: отчет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания[[35]](#footnote-35).*

Исходя из представленной таблицы 3, можно сделать вывод, что Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания в 2017 году выставлены счета на оплату (с учетом дебиторской задолженности регионов за 2016 г.) на сумму 315,5 млн рублей, при этом оплачены счета данными субъектами Российской Федерации на сумму 204 млн рублей и отказано в оплате на сумму 31,6 млн рублей. Таким образом, дебиторская задолженность субъектов Российской Федерации перед рассматриваемым фондом составляла 79,9 млн рублей. Основными дебиторами являлись Территориальные фонды обязательного медицинского страхования Чеченской республики (26,1 млн рублей), Республики Ингушетия (18,4 млн рублей), Ставропольского края (5,5 млн рублей), г. Санкт- Петербурга (1,0 млн рублей), г. Москва (6,3 млн рублей). При этом сумма к оплате Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания по счетам указанных в таблице 3 субъектов Российской Федерации составила 623,9 млн рублей, из них. произведена оплата на сумму 359,6 млн. руб., отказано в оплате регионам на сумму 116,1 млн рублей. Кредиторская задолженность составляла 150,8 млн рублей. Основные суммы по поступившим счетам от территориальных фондов приходятся на Территориальные фонды обязательного медицинского страхования г. Москва и Республики Ингушетия (более 62% от общих объемов поступивших счетов). Представляется очевидным, что наличие подобных «кросс-расчетов», когда две организации не осуществляют так называемый «взаимозачет» по взаимным обязательствам усугубляют ситуацию недофинансированности их бюджета и приводят к увеличению количества судебных разбирательств[[36]](#footnote-36).

Ситуация также усложняется тем, что в настоящее время устанавливается низкий уровень тарифов на оказание медицинской помощи, определяемых тарифными соглашениями в соответствии с выделенным территориальным фондам объемом субвенций. О наличии данной проблемы свидетельствует кратное различие тарифов как в региональном разрезе, так и выявленное расхождение базового тарифа и фактических затрат медицинских организаций при оказании того или иного вида медицинской помощи, установленное в ходе анализа региональных тарифных соглашений[[37]](#footnote-37) и прайс-листов региональных медицинских организаций[[38]](#footnote-38) (таблица 4).

*Таблица 4*

*Примеры региональных базовых тарифов в рамках программы обязательного медицинского страхования и фактических затрат медицинской организации*

| **Субъект РФ** | **Прием врача-терапевта** | | **Коронарная реваскуляризация миокарда[[39]](#footnote-39)** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Базовый тариф, руб.** | **Тариф на платную услугу, руб.** | **Базовый тариф, тыс. руб.** | **Тариф на платную услугу, тыс. руб.** |
| Москва | 128 | 1 482 | 174 | 349 |
| Республика Татарстан | 305 | 1 235 | 253 | 285 |
| Псковская область | 355 | 1 002 | 110 | 210 |
| Ульяновская область | 177 | 981 | 73 | 108 |
| Омская область | 421 | 680 | 78 | 113 |

*Источник: составлено на основе анализа тарифных соглашений и прайс-листов региональных медицинских организаций.*

Указанная ситуация ставит в неравные условия территориальные фонды обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, которые не имеют возможности покрывать оплату медицинских услуг по более высоким тарифам, установленным в другом субъекте Российской Федерации. Такое неравномерное распределение средств обязательного медицинского страхования приводит к тому, что в некоторых медицинских организациях не хватает денежных средств даже на обеспечение необходимых стандартов: в настоящее время в ряде субъектов Российской Федерации оплачиваемые тарифы не покрывают 2/3 затрат медицинских организаций[[40]](#footnote-40), при этом их кредиторская задолженность ежегодно растет в 2-3 раза[[41]](#footnote-41). При этом действующее законодательство не предусматривают санкции территориальных фондов обязательного медицинского страхования за нарушение сроков оплаты по межтерриториальным расчетам.

Вышеописанные проблемы в той или иной мере являются причинами несовершенства механизма межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования. Сумма денежных средств системы обязательного медицинского страхования, задействованных в межтерриториальных расчетах, по разным оценкам, составляет от 100[[42]](#footnote-42) до 136,5[[43]](#footnote-43) млрд рублей в год. Иными словами, денежные средства в размере 100-136 млрд рублей нерационально распределяются внутри системы: расчеты не оптимизированы, в связи с чем возникает ситуация, когда территориальные фонды двух субъектов могут перечислять друг другу денежные средства системы обязательного медицинского страхования, одновременно имея статус и «кредитора», и «заемщика» (рисунок 2)

*Рисунок 2*

*Текущая система межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования*

Изображение выглядит как текст

Автоматически созданное описание

*Источник: составлено авторами на основе анализа действующего законодательства Российской Федерации.*

В целях упрощения и ускорения процесса расчетов между субъектами территориальных фондов обязательного медицинского страхования предлагается передать полномочия по осуществлению межтерриториальных расчетов специализированной клиринговой организации и внедрить многосторонние клиринговые платежи в текущую архитектуру взаиморасчетов.

При клиринге вместо наличных платежей происходит взаимозачет требований и обязательств (рисунок 3).

*Рисунок 3*

*Текущая и предлагаемая система межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования*

Изображение выглядит как текст

Автоматически созданное описание

*Источник: составлено авторами.*

Внедрение клиринговых расчетов позволит сократить количество платежей (переводов), снизить риски неуплаты объемов оказанной медицинской помощи медицинскими организациями субъектов Российской Федерации, а также снизить транзакционные издержки, высвобождая ликвидность за счет уменьшения баланса платежей и тех сумм, что они переводят друг другу. Клиринговой организацией в данном случае может выступить Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, централизуя расчетные процессы внутри себя.

**Проблема привлечения инвестиций в систему обязательного медицинского страхования и обеспечения долгосрочного финансового планирования**

В условиях ограниченности финансовых ресурсов в системе обязательного медицинского страхования важным направлением развития данной системы является привлечение инвестиций и формирование основ долгосрочного финансового планирования. В настоящее время прослеживается снижение количества государственных и муниципальных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, в то время как число частных медицинских организаций увеличивается (с 1 952 в 2015 году до 3 311 в 2020 года). Их доля в числе участников реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования возросла с 22,6 % в 2015 году до 35,9 % в первом полугодии 2020 года[[44]](#footnote-44) (диаграмма 4).

*Диаграмма 4*

*Количество государственных, муниципальных, частных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, шт.*

9226

8945

8622

9181

9303

9145

*Источник: составлено авторами по данным Счетной палаты Российской Федерации[[45]](#footnote-45).*

Доля финансовых средств, выделенных частным медицинским организациям в общем объеме средств на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования, также растет: в 2018 году указанный показатель составлял 4,2%, в 2019 – 4,7%, а в 2020 году – уже 5,1%[[46]](#footnote-46) (диаграмма 5).

*Диаграмма 5*

*Доля средств, выделенных медицинским организациям частной, государственной и муниципальной формы в общем объеме средств, %*

*Источник: составлено авторами по данным Счетной палаты Российской Федерации[[47]](#footnote-47).*

Однако, если сравнивать вышеприведенные показатели, то можно сделать вывод, что вклад частных медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования незначителен. Практика работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных медицинским организаций показывает[[48]](#footnote-48), что в абсолютном большинстве частные медицинские организации принимают решение об участии в системе обязательного медицинского страхования исключительно по определенным медицинским услугам при наличии тарифа, который обеспечивает соответствующую прибыль, а также в рекламных целях с целью привлечения пациентов наличием возможности получения бесплатной медицинской помощи по ряду услуг.

Стоит отметить, что в целом по Российской Федерации распределение количества частных медицинских организаций - участников системы обязательного медицинского страхования неравномерное. По данным за 2020 год наибольшее число частных медицинских организаций – участников системы обязательного медицинского страхования отмечается в Московской области (206 организаций), г. Москве (194 организации), г. Санкт-Петербург и Республике Дагестан (по 111 организаций). Ряд субъектов Российской Федерации сознательно отказываются от распространения практики участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Например, по данным за 2020 год, в Чукотском автономном округе и г. Байконур отсутствуют частные медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования. В ряде субъектов Российской Федерации система обязательного медицинского страхования представлена малым количеством частных медицинских учреждений: в Кировской области – 5 организаций, в Республике Ингушетия – 6 организаций, в Камчатском крае – 7 организаций, в Ненецком автономном округе и Республике Марий Эл – по 8 организаций[[49]](#footnote-49).

Опрос территориальных фондов обязательного медицинского страхования показывает, что наиболее острыми проблемами участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования являются:

1) избирательность частных медицинских организаций в видах медицинской помощи, которую они готовы оказывать: в основном это диагностические услуги, дистанционное наблюдение, услуги диализа и т.д. То есть частные медицинские организации готовы оказывать медицинские услуги, где меньше трудозатрат и практически нет ответственности за конечный результат лечения, жизнь пациента. Частные медицинских организации, как правило, готовы включаться в систему обязательного медицинского страхования преимущественно для оказания дорогостоящих видов медицинской помощи, а также на виды медицинской помощи, оказываемые в госучреждениях в необходимых объемах, используя систему обязательного медицинского страхования в качестве рекламы оказания платных услуг. Одними из самых привлекательных в этой связи направлениями считаются экстракорпоральное оплодотворение и высокотехнологичная медицинская помощь (19% и 23% соответственно от общего объема услуг, оказываемых частными медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования)[[50]](#footnote-50).

Сложившаяся тенденция с выбором наиболее дорогостоящих услуг частными медицинскими организациями напрямую связана с отсутствием доходной составляющей в структуре тарифа на оплату медицинских услуг. Получение средств обязательного медицинского страхования при оказании услуг с более высоким тарифом, хоть и не предполагают «доходной» части (чистой прибыли), но позволяют частной медицинской организации частично покрыть свои затраты, связанные с заработной платой медицинских работников, оплатой коммунальных услуг, приобретением лекарственных препаратов и медицинских изделий и пр., при этом при оказании услуг с низким тарифом указанные статьи расходов существенно не покрываются полученными средствами из системы обязательного медицинского страхования.

2) риски внезапного прекращения участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. В течение срока действия территориальной программы обязательного медицинского страхования частная медицинская организация может вступить в процедуру ликвидации, хотя объем определенной медицинской помощи был заложен территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с возможностями его реализации данной организацией. В связи с этим приоритет в распределении объемов медицинской помощи отдается именно государственным и муниципальным медицинским организациями.

Таким образом, низкая доля финансовых средств, выделенных частным медицинским организациям в общем объеме средств на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования, свидетельствует о непривлекательности системы обязательного медицинского страхования для частных инвесторов, и указанный факт требует корректировки тарифной политики.

В соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» концессионное соглашение может быть заключено в отношении объекта здравоохранения, однако при условии, что целевой эксплуатацией объекта здравоохранения будет оказание медицинских услуг населению. При этом ключевым элементом инвестиционной привлекательности концессионного проекта является его доходность. В настоящее время доходность в здравоохранении определяется направлением медицины, в котором будут оказываться медицинские услуги. Однако, как показывают опросы частных медицинских учреждений, инвесторы готовы на реализацию инвестиционных проектов в сфере здравоохранения в большей степени вне функционирования системы обязательного медицинского страхования. Причинами нежелания частных медицинских организаций осуществлять свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования в долгосрочном периоде являются:

**1. Отсутствие инвестиционной составляющей в структуре тарифа на оплату медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.** Как отмечают эксперты, невозможность возврата инвестиций за счет тарифа на оплату медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования является основной причиной нежелания частных инвесторов реализовывать инвестиционные проекты в рамках системы обязательного медицинского страхования[[51]](#footnote-51).

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусмотрена жесткая структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования. В частности, в соответствии с ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» средства системы обязательного медицинского страхования являются целевыми и из них могут покрываться: 1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты; 2) приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов; 3) расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);   
4) организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации); 5) расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг; 6) социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации; 7) прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Таким образом, структура тарифа не включает в себя инвестиционную составляющую реализуемого проекта, капитальные затраты на строительство, возврат и обслуживание кредитов, а также норму доходности. Иными словами, частная медицинская организация не может за счет тарифа обязательного медицинского страхования возместить свои капитальные затраты и получать прибыль.

В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлен к внесению в Правительство Российской Федерации проект поправок в действующее законодательство, который предусматривает возможность медицинским организациям распоряжаться средствами обязательного медицинского страхования только после завершения годового контракта. Указанное является важным шагом к развитию инвестиционной составляющей системы здравоохранения, в связи с этим возможно обсуждение новых направлений корректировки тарифной политики в части расширения данной практики.

В решении данной проблемы интересен зарубежный опыт реализации инвестиционных проектов в сфере здравоохранения. Так, в Великобритании после кризиса в 2008 году произошло пятикратное падение объема заключенных соглашений в области медицины. В следующие четыре рынок продолжил падение — до 120 млн фунтов по итогам 2012 года. Правительство стало признавать неэффективность этого механизма: инвесторы часто получали прибыль, не соразмерную публичным затратам и качеству проекта. В итоге в 2012 году правительство запустило новую программу по формированию государственно-частных партнерств в сфере здравоохранения, в рамках которых государственные средства можно было использовать более гибко, а объем медицинской помощи гарантирован инвестору для реализации. В итоге в 2013 году объем инвестиций в рассматриваемой области вырос на 870 млн фунтов. Аналогичная политика характерна и для Перу, взявшей курс на модернизацию здравоохранения. В 2008 году в данной стране был принят рамочный закон о государственно-частном партнерстве №1012[[52]](#footnote-52), который предусматривает для софинансируемых проектов в сфере здравоохранения гибкость в использовании бюджетных средств и гарантии инвестору в получении для реализации определенных объемов медицинской помощи.

Таким образом, для решения указанной проблемы необходимо установить законодательного исключения из части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», указав, что установленная структура тарифа на оплату медицинской помощи не распространяется при оплате медицинских услуг, оказанных частными медицинскими организациями – участниками системы обязательного медицинского страхования, получающими установленный территориальным фондом обязательного медицинского страхования объем медицинской помощи.

**2. Отсутствие четкого механизма распределения и доведения до частных инвесторов объемов медицинской помощи территориальными фондами обязательного медицинского страхования.**  В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объем медицинских услуг устанавливается не государством, а комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. В комиссию входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций). Исходя из множественности субъектов, входящих в состав комиссии, у частного инвестора нет каких-либо гарантий того, что необходимые объемы медицинских услуг будут до него доведены. И даже если комиссия доведет до частной медицинской организации необходимые объемы медицинских услуг, нет никакой гарантии, что антимонопольный орган не отменит протокол комиссии о распределении объемов медицинских услуг на том основании, что он нарушает законодательство о конкуренции. Однако в данном случае медицинская организация может обратиться в суд и добиться отмены постановления антимонопольного органа[[53]](#footnote-53).

Стоит отметить, что с данной проблемой, в первую очередь, сталкиваются частные медицинские организации, оказывающие дорогостоящие медицинские услуги в рамках системы обязательного медицинского страхования. Так, в 2021 году после выхода Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» многие клиники прекратили работу с экстракорпоральным оплодотворением[[54]](#footnote-54). Причинами стали отсутствие информации о количестве пациентов, направленных в клиники на лечение бесплодия, так как непонятен механизм распределения квот между медицинскими организациями. Это говорит о том, что при реализации инвестиционного проекта инвестор не может рассчитывать на покрытие своих затрат в связи с отсутствием гарантированного объема медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Для решения данной проблемы необходимо при распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями – участниками системы обязательного медицинского страхования исходить из принципов прогнозирования: в частности, после распределения основного объема медицинских услуг между государственными и муниципальными медицинскими учреждениями оставшийся в силу недостаточности тех или иных ресурсов объем требуется распределять т.н. «пакетным предложением», в который будут входить сопутствующие медицинские услуги разного вида (например, не только услуга по экстракорпоральному оплодотворению, но и последующее ведение беременности в соответствии с программой обязательного медицинского страхования; не только услуги по гистологическим исследованиям с целью выявления онкологических заболеваний, но и набор услуг по лечению данных заболеваний и пр.). Такое прогнозирование должно осуществляться территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с планируемым объемом оказываемых медицинских услуг на территории субъекта Российской Федерации.

**Проблема ограниченности перечня статей расходов государственных и муниципальных медицинских учреждений, на которые можно использовать средства системы обязательного медицинского страхования**

Как было сказано выше, законодательство Российской Федерации предусматривает жесткую структуру тарифа на оплату медицинской помощи. За счет средств обязательного медицинского страхования не могут покрываться затраты на капитальный ремонт (Определение Верховного суда Российской Федерации от 25.11.2019 № 304-ЭС19-20828[[55]](#footnote-55)); проведение обследования строительных конструкций помещений, в которых планируется размещение тяжелого оборудования, и установку (расширение) единых функционирующих систем, таких как охранная, пожарная сигнализация (Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.03.2020 № 2315/21/1846[[56]](#footnote-56)); доставку сотрудников к месту работы служебным транспортом учреждения (Решение Арбитражного суда Владимирской области от 14.12.2020 по делу № А11-3665/2020[[57]](#footnote-57)); приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, в случае, если часть из указанных материалов и средств используется при оказании платных услуг (Определение Верховного Суда Российской Федерации от 25 апреля 2019 г. № 308-ЭС19-1152[[58]](#footnote-58)) и пр.

Предполагается, что финансирование затрат, не входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, должно осуществляться из средств, выделяемых из регионального бюджета, либо из средств от приносящей доход деятельности медицинской организации.

Однако, как было отмечено выше, в настоящее время наблюдается низкая степень вовлеченности бюджетов субъектов Российской Федерации в финансирование территориальных программ обязательного медицинского страхования. При этом, по данным экспертов, доля средств от приносящей доход деятельности в бюджете медицинской организации в среднем составляет всего 8,1%[[59]](#footnote-59), что является катастрофически низким показателем, не позволяющем покрыть фактические затраты медицинских организаций (диаграмма 6).

*Диаграмма 6*

*Долевое распределение финансовых источников государственных (муниципальных) медицинских организаций, %*

*Источник: составлено авторами на основе экспертного мнения[[60]](#footnote-60).*

Данный факт подтверждается полученными данными в ходе экспертного опроса главных врачей медицинских учреждений одного из субъектов Российской Федерации, проведенного АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов». Были отмечены случаи, когда администрация одного из субъектов Российской Федерации отказала в ремонте дорожного покрытия территории одного из корпусов медицинского учреждения ввиду отсутствия бюджетных средств, и данный ремонт делался силами врачей и медицинского персонала (был осуществлен сбор личных средств работников и оплачены расходные материалы (асфальтная крошка) и ремонтные работы). При дорогостоящий работах представители ряда медицинских учреждений одного из субъектов Российской Федерации указывают, что не могут своими силами осуществить ремонт и ждут решения администрации годами.

В связи с этим необходима разработка перечня случаев, когда медицинская организация, не получающая дополнительные бюджетные средства и имеющая низкие показатели по получению средств от приносящей доход деятельности, по своему усмотрению может осуществить распределение средств обязательного медицинского страхования.

# **2. Обеспеченность медицинскими кадрами системы здравоохранения Российской Федерации**

Для действующей системы здравоохранения характерен дефицит медицинских кадров. Так, на 2020 год в системе здравоохранения задействовано 737 тыс. врачей и 1 490 тыс. медицинского персонала, при этом совокупный дефицит составляет 6,2% (таблица 5).

*Таблица 5*

*Соотношение фактического количества и дефицита медицинских кадров*

*(2016-2020 гг.[[61]](#footnote-61))*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Списочная численность работников | | | Потребность в работниках для замещения вакантных рабочих мест | | | |
| врачей, тыс. чел. | ср. мед. персонала, тыс. чел. | итого, тыс. чел. | врачей, тыс. чел. | ср. мед. персонала, тыс. чел. | итого, тыс. чел. | итого[[62]](#footnote-62), % |
| 2016 | 681 | 1 538 | 2 219 | 59 | 60 | 119 | 5,1% |
| 2017 | 697 | 1 525 | 2 222 | 62 | 62 | 124 | 5,3% |
| 2018 | 704 | 1 491 | 2 195 | 68 | 59 | 127 | 5,5% |
| 2019 | 715 | 1 491 | 2 206 | 72 | 61 | 133 | 5,7% |
| 2020 | 737 | 1 490 | 2 227 | 76 | 72 | 148 | 6,2% |

*Источник: составлено авторами на основе данных Росстата[[63]](#footnote-63) и расчетов Агентства (выделены голубым цветом).*

Несмотря на то, что в период 2016-2020 гг. наблюдается незначительное увеличение дефицита медицинских кадров всего на 1,1%, стоит отметить, что текущая кадровая ситуация будет также усугубляться по причине старения действующего персонала с одной стороны и низкой долей ежегодного пополнения молодых специалистов, с другой. Это в свою очередь в будущем будет лишь увеличивать разрыв между фактическим и целевым показателем обеспеченности кадровым ресурсом системы здравоохранения. Так, если в 2005 году в возрастной структуре врачей в возрасте до 30 лет было 18,6%, старше 55 лет – 13%, то в 2016 г. 16,6 и 18,9% соответственно. Количество лиц до 30 лет уменьшилось на 2%, старше 55 лет увеличилось на 5,9%, а средний возраст врачей вырос с 41,3 года (2005) до 43,2 года (2016), т.е. на 4,6%[[64]](#footnote-64).

Рассматриваемая проблема имеет выраженный региональный характер, так как по данным, полученным Агентством из открытых источников, в отдельных субъектах Российской Федерации кадровый дефицит составляет более 7%, что выше среднероссийского (таблица 6).

*Таблица 6*

*Фактическое количество медицинских кадров и кадровый дефицит в отдельных регионах, тыс. чел. (на 2021 год)*

| **Регион** | **Фактическое количество медицинских кадров, тыс.** | **Дефицит медицинских кадров, тыс.** | **Дефицит медицинских кадров, %** |
| --- | --- | --- | --- |
| Кемеровская область | 31 | 4,5 | 14,5% |
| Республика Татарстан | 47,5 | 5 | 10,5% |
| Самарская область | 39,2 | 3,8 | 9,7% |
| Алтайский край | 30 | 2,5 | 8,3% |
| Смоленская область | 11,8 | 0,9 | 8,1% |
| Псковская область | 12,3 | 0,9 | 7,3% |
| Нижегородская область | 34,5 | 2,5 | 7,2% |

Источник: составлено по данным Росстата[[65]](#footnote-65), Минздрава РФ[[66]](#footnote-66), отдельных исследований[[67]](#footnote-67), заявлений представителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации в СМИ.

Кроме того, данная проблема характерна и для региональных населенных пунктов с численностью населения до 100 тыс. человек. Ниже в настоящем докладе представлено более подробное описание указанного тезиса.

**Проблема кадрового дефицита в населенных пунктах, численностью до 100 тыс. человек.**

Структура дефицита медицинских кадров говорит о том, что часть дефицита приходится на населенные пункты с населением до 100 тыс. человек.

При этом относительно Доля дефицита медицинских кадров в населенных пунктах численностью до 100 тыс. человек в ряде субъектов Российской Федерации может достигать 74% (таблица 7).

*Таблица 7*

*Территориальное распределение кадрового дефицита в соответствии с численностью населения в населенных пунктах (на 2020 год)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Субъект РФ** | **Фактическое число медицинских кадров,  тыс. чел.** | **Дефицит медицинских кадров,  тыс. чел.** | **Доля дефицита медицинских кадров в населенных пунктах численностью более 100 тыс. человек** | **Доля дефицита медицинских кадров в населенных пунктах численностью до 100 тыс. человек** |
| Кемеровская область | 31 | 4,5 | 54,4% | 45,6% |
| Самарская область | 39,2 | 3,8 | 25,5% | 74,5% |
| Алтайский край | 30 | 2,5 | 65,2% | 34,8% |
| Смоленская область | 11,8 | 0,9 | 77,8% | 22,2% |
| Нижегородская область | 34,5 | 2,3 | 90,5 | 9,5% |
| Псковская область | 12,3 | 0,8 | 65,3% | 34,7% |
| Республика Татарстан | 47,4 | 5 | 40,6% | 59,4% |

*Источник: составлено авторами по данным агрегаторов поиска работы[[68]](#footnote-68)..*

В условиях высоких показателей смертности трудоспособного населения в Российской Федерации необходимо ускорение снижения кадрового дефицита с фокусом на субъекты Российской Федерации, имеющие наибольший кадровый дефицит в сфере здравоохранения, и их населенные пункты с численностью населения до 100 тыс. человек, в которых данная проблема наиболее остро проявляется.

Для решения проблемы кадрового дефицита в малых населенных пунктах были разработаны программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Данные программы действуют в субъектах Российской Федерации с 2012 года и в настоящее время достаточно активно реализуются в населенных пунктах численностью до 50 тыс. человек, при этом населенные пункты, численностью от 50 до 100 тыс. человек не покрыты программой, хотя в ряде субъектов Российской Федерации на них приходится до 17% кадрового дефицита субъекта Российской Федерации (таблица 8).

*Таблица 8*

*Примеры населенных пунктов субъектов Российской Федерации с численностью населения от 50 до 100 тыс. человек с кадровым дефицитом медицинских работников*

| **Субъект РФ** | **Фактическое число медицинских кадров,  тыс. чел.** | **Дефицит медицинских кадров, тыс. чел.** | **Населенные пункты с острым кадровым дефицитом** | **Дефицит медицинских кадров, чел.** | **Доля от общего объема дефицита,  %** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кемеровская область | 31 | 4,5 | г. Белово  (70,6 тыс. населения) | 214[[69]](#footnote-69) | 5% |
| г. Ленинск-Кузнецкий  (93 тыс. населения) | 144[[70]](#footnote-70) | 3% |
| Самарская область | 39,2 | 3,8 | г. Новокуйбышевск  (100 тыс. населения) | 225-385[[71]](#footnote-71) | 6-10% |
| г. Жигулевск  (52 тыс. населения) | 175[[72]](#footnote-72) | 5% |
| Алтайский край | 30 | 2,5 | г. Новоалтайск  (74,5 тыс. населения) | 125[[73]](#footnote-73) | 5% |
| Смоленская область | 11,8 | 0,9 | г. Вязьма  (53 тыс. населения) | 52[[74]](#footnote-74) | 6% |
| Псковская область | 12,3 | 0,8 | г. Великие Луки  (90 тыс. населения) | 135[[75]](#footnote-75) | 17% |
| Республика Татарстан | 47,4 | 5 | г. Чистополь  (58 тыс. населения) | 168[[76]](#footnote-76) | 3,4% |
| г. Лениногорск  (60,7 тыс. населения) | 191[[77]](#footnote-77) | 3,9% |

*Источник: составлено авторами на основе анализа статистики из СМИ, баз вакансий и резюме.*

Кроме того, действующая в России государственная программа, принятая в целях привлечения специалистов с медицинским образованием в сельскую местность, оказала положительное, но не кардинальное влияние на обозначенную проблему. Результаты проведенных исследований по оценке внедрения программы показали, что непривлекательность работы в сельской местности обусловлена неудовлетворительными условиями жизни и работы, а участие в программе воспринимается как способ единовременного получения крупной суммы денег для покупки жилья[[78]](#footnote-78). Однако в современных экономических условиях данная сумма средств уже не является привлекательной, о чем свидетельствует, что по данным опросов медицинских работников, спрос на участие в данной программе снижен[[79]](#footnote-79).

По результатам анкетирования студентов региональных медицинских университетов, заключивших договора целевого обучения, 43 % студентов планируют вернуться работать в свой город или район, а 57 % - не планируют[[80]](#footnote-80). Основными причинами невозвращения являются: изменение места жительства, изменение семейного положения, желание заниматься научной и педагогической деятельностью в университете. Часть выпускников также отметила, что при работе в сельской местности у них будет меньше перспектив в карьерном росте и меньше возможностей находиться в курсе современных технологий и модернизации лечебного процесса ввиду высокой занятости и удаленности от города[[81]](#footnote-81). Последствиями этого выпускники считают снижение профессионализма врача и качества оказания медицинских услуг. Не собираются работать в медицинской организации, с которой заключен договор о целевом обучении, 56,0 % студентов (43,0 % планируют вернуться работать в свой город или район) в связи с отсутствием мер социальной поддержки со стороны целевой медицинской организации[[82]](#footnote-82).

Сами условия программы предусматривают именно переезд ее участника, в связи с чем проводятся оценки реализации программы в том числе путем определения количества участников, оставшихся жить в населенном пункте с численностью до 50 тыс. человек, при том что программа могла бы быть эффективнее с позиции внедрения принципов вахтового метода (5 лет работы за жилищный сертификат) и возможности неоднократного участия в ней специалистов. В связи с вышеизложенным предлагается изменение целеполагания федеральной программы «Земский доктор (фельдшер)» в части использования ее не как программы, предусматривающей стимулы для окончательного переезда сотрудника, а как внедрение вахтового метода в вопросы, связанные с покрытием кадрового дефицита.

Стоит также отметить, что АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» был проведен мониторинг реализации программы «Земский доктор (фельдшер)» путем анализа данных в открытых источниках об общем уровне кадрового дефицита медицинских сотрудников, количестве привлеченных специалистов по программе и соотношении данных показателей для определения уровня покрытия программой проблемы кадрового дефицита. Данное исследование показало, что:

1) наибольшее покрытие кадрового дефицита врачей программой наблюдается в Воронежской области (24%), Краснодарском крае (26%), Ульяновская область (32%), Республика Бурятия (27%), Республика Саха (Якутия) (33%);

2) наибольшее покрытие кадрового дефицита медицинского персонала наблюдается в республике Калмыкии (18%), Пензенской области (44%), Ульяновской области (32%).

Данные проведенного анализа демонстрируют тот факт, что рассматриваемая программа покрывает малую долю кадрового дефицита медицинских сотрудников в субъектах Российской Федерации. В связи с этим рекомендуется расширение программы «Земский доктор (фельдшер)» до населенных пунктов численностью до 100 тыс. человек[[83]](#footnote-83), при этом перечень таких населенных пунктов, как и перечень специальностей, по которым привлекаются медицинские работники, должен определяться органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Однако, помимо расширения рассматриваемой программы, необходимо также совершенствовать ее с позиции мотивации участников. По данным опросов, проводимых экспертными организациями, в предложениях и рекомендациях по дальнейшей реализации программы «Земский доктор (фельдшер)» респонденты указали необходимость предоставление жилья в собственность (32,3%), перевод жилья из коммерческого найма в служебный, возможность получать коммунальные льготы (19,6%), увеличение заработной платы (21,4%), увеличение суммы субсидии (7,1%), повторить выплаты через 5 лет (19,6%)[[84]](#footnote-84). Проводимые АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» экспертные интервью с молодыми медицинскими работниками указывают, что они готовы без увеличения размера субсидии вступить в программу в случае предоставления жилищного сертификата на покупку недвижимости в регионе проживания.

В связи с этим предлагается совершенствование программы «Земский доктор (фельдшер)» путем предоставления жилищного сертификата на 30 кв м2 на покупку жилья в любом регионе Российской Федерации (по аналогии с программой предоставления 25 кв м2 жилья молодым ученым, отработавших в научно-образовательном учреждении)[[85]](#footnote-85) для участников программы, выбравшие населенные пункты для работы с численностью населения до 50 тыс. человек (таблица 9).

*Таблица 9*

*Предлагаемые изменения программы «Земский доктор (фельдшер)»*

| **Текущие условия программы** | **Предлагаемые изменения в условия программы** | **Пояснение по условиям участия** |
| --- | --- | --- |
| 2 млн рублей для врачей и 1 млн рублей для фельдшеров | Необходимо также предоставлять жилищный сертификат на 30 кв м2 на покупку жилья в любом регионе Российской Федерации. | в случае заключения контракта на работу на Дальнем Востоке, Крайнем Севере, Арктической зоне |
| 1,5 млн рублей для врачей и 0,75 млн рублей фельдшеров | в случае работы в труднодоступных местах, список которых отдельно утверждается региональными властями |
| 1 млн рублей для врачей и 0,5 млн рублей фельдшеров | в случае работы в других местностях с населением до 50 тыс. человек |
| - | Необходимо расширить действие программы на населенные пункты численностью от 50 до 100 тыс. человек и предоставлять участникам единовременную компенсационную выплату в размере 0,75 млн рублей для врачей и 0,25 млн рублей | в случае работы в других местностях с населением от 50 до 100 тыс. человек, список которых отдельно утверждается региональными властями. |

*Источник: составлено авторами.*

Данные рекомендации входят в блок предложений, в отношении которых требуются дополнительные экспертные обсуждения с целью определения целесообразности их реализации, необходимых ресурсов и эффектов.Указанный перечень предложений не требуют незамедлительного внедрения, не являются обязательными и могут обсуждаться на экспертном уровне с участием Минздрава России при содействии Агентства как возможные векторы развития системы здравоохранения Российской Федерации на ближайшие восемь лет.

**Анализ причин кадрового дефицита в государственной и муниципальной системах здравоохранения**

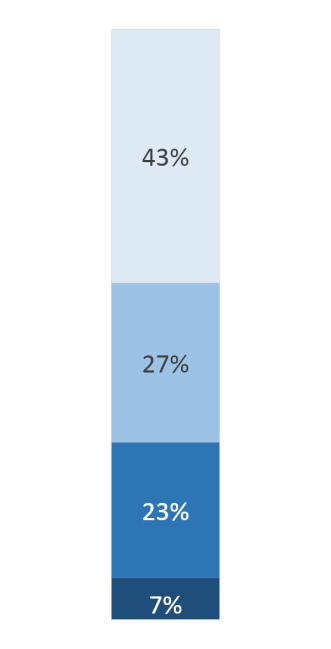
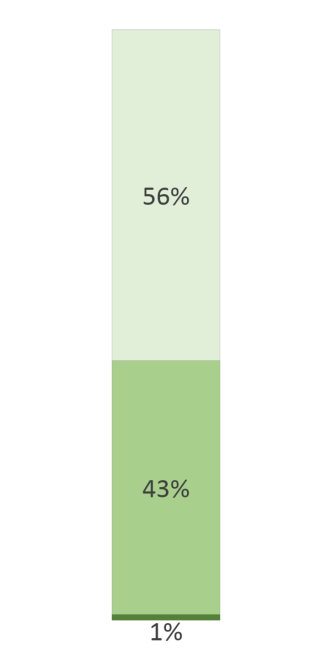
Для оценки причин низкого уровня кадровой обеспеченности государственной и муниципальной систем здравоохранения был проведен анализ особенностей профессионального движения медицинских кадров, который демонстрирует ежегодный отток около 86 тысяч медицинских сотрудников из государственного и муниципального секторов здравоохранения (диаграмма 7).

*Диаграмма 7*

*Движение медицинских кадров в рамках государственного и муниципального секторов системы здравоохранения (2020-2021 гг.)*

**Пополнение кадрового состава государственной и муниципальной системы здравоохранения**

**Уход медицинских кадров из государственного сектора системы здравоохранения**



Окончание обучения в медицинских образовательных учреждениях и осуществление трудовой деятельность в соответствии с полученной специальностью

Переход медицинских кадров из государственного или муниципального секторов системы здравоохранения в частный сектор

Осуществление трудовой деятельности лица с медицинским образованием в другой профессиональной сфере

Совмещение работы в государственном и частном медицинском учреждении

Выход медицинских кадров на пенсию, временная нетрудоспособность

Прибытие иностранных специалистов

Смерть медицинских работников

*Источник: составлено на основе данных Росстата[[86]](#footnote-86).*

*Примечание: указана доля об общего количества уходящих и пополняющих систему медицинских кадров (ежегодно – это, по оценкам экспертов, около 8% от общего числа медицинских работников, задействованных в системе здравоохранения Российской Федерации)*

Представляется целесообразным, что фокус государственной политики в сфере развития системы здравоохранения должен быть сосредоточен на двух основных причинах ухода медицинских кадров из государственного и муниципального секторов системы здравоохранения:

* переход медицинских кадров из государственного или муниципального секторов системы здравоохранения в частный сектор;
* осуществление трудовой деятельности лиц с медицинским образованием в другой профессиональной сфере.

В таблице 10 представлен анализ основных факторов, провоцирующих возникновение вышеуказанных причин ухода медицинских кадров из государственного или муниципального секторов системы здравоохранения, по данным проведенных опросов медицинских сотрудников[[87]](#footnote-87). Данный анализ позволяет сделать вывод о необходимости совершенствования кадровой политики в отношении медицинских работников.

*Таблица 10*

*Основные факторы, влияющие на уход медицинских кадров из государственного или муниципального секторов системы здравоохранения*

| **Фактор** | **Доля случаев, %** | **Пояснение** |
| --- | --- | --- |
| Низкая заработная плата | 40 | 1. Средняя заработная плата медицинских кадров, рассчитанная Росстатом, по данным Росстата, составляет 87 тыс. руб., среднего медицинского персонала – 45 тыс. руб., при этом средняя нагрузка медицинских кадров составляет 1,4 ставки. Таким образом, в пересчете на 1 ставку фактическая средняя заработная плата медицинских кадров на 25% ниже, чем указана в статистике Росстата.  2. При этом в условиях реализации системы эффективного контракта согласно рекомендациям Российской трехсторонней комиссии (переговорного органа правительства, профсоюзов и работодателей), доля оклада в общем размере выплат медработникам должна составлять не меньше 55%[[88]](#footnote-88). Однако, по данным Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, эта рекомендация соблюдается только в восьми российских регионах[[89]](#footnote-89). При этом, в случае, если оклад составляет 55%, компенсационные выплаты равны 15%, стимулирующие выплаты – 30%. Таким образом, в абсолютных значениях размер фиксированной части оклада врача составляет 33,5 тыс. руб. (2,6 МРОТ), медицинского персонала – 18,15 (1,4 МРОТ).  3. Выплата за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за ночные смены), составляет всего 10% от размера компенсационных выплат. При этом ночные дежурства в месяц могут составлять 64 часа.  4. Структуру стимулирующих выплат определяет каждый субъект Российской Федерации самостоятельно, расчеты производятся медицинскими учреждениями. При этом анализ приказов органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения показал, что в структуре стимулирующих выплат отмечается также высокая доля «статусных» выплат, не нацеленных на эффективный результат работы медицинских работников (за стаж работы, выслугу лет, квалификацию и пр.). Часто распределение стимулирующих выплат происходит по формальному принципу исходя из субъективных оценок руководителя.  Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством труда Российской Федерации для решения указанных проблем был разработан проект Постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении размера расчетной величины, групп должностей медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения для установления должностных окладов, региональных коэффициентов и методики их расчета, коэффициентов сложности труда, единого перечня выплат компенсационного характера, единого перечня выплат стимулирующего характера, размеров и условий осуществления выплат компенсационного и стимулирующего характера для целей реализации пилотного проекта». В соответствии с проектом оклад медицинских сотрудников будет формироваться на основе трех параметров: расчетной величины, установленной на уровне 13 617 рублей, коэффициента сложности выполняемой работы по должностям и коэффициента региональной экономической дифференциации. Размер коэффициента сложности устанавливается в соответствии с 16 группами должностей. Размер коэффициента региональной экономической дифференциации рассчитывается на основе данных Росстата по медианной зарплате в каждом субъекте. Проектом постановления устанавливаются 8 видов компенсационных выплат и 16 видов стимулирующих выплат. В пилотном проекте участвуют семь регионов: Белгородская, Курганская, Омская, Оренбургская, Тамбовская области, Республика Саха (Якутия) и Севастополь. |
| Высокий уровень профессиональной нагрузки медицинских кадров | 34 | 1. Нормирование времени, установленное Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, используется для назначения стимулирующих выплат медицинским кадрам, что подтверждается исследованием, проведенным Профсоюзом работников здравоохранения Российской Федерации.[[90]](#footnote-90) При этом в условиях ограниченности времени деятельность врача сопровождается высоким уровнем бумажной волокиты. Он тратит порядка 40% времени на заполнение документов.  2. Средняя занятость медицинских кадров составляет 1,4-1,7 ставки, а в ряде регионов достигает 2 ставок[[91]](#footnote-91).  3. В действующей системе здравоохранения отсутствует управление возрастным составом медицинских кадров. Средний возраст медицинских кадров равен 40,9 годам. Доля кадров в возрасте от 40 лет составляет 50%. А в ряде субъектов Российской Федерации доля кадров в возрасте от 48 лет составляет 68%.[[92]](#footnote-92) |
| Формирование негативного образа медицинского работника в обществе и средствах массовой информации | 16 | 1. Медицинский работник несет уголовную и материальную (компенсационную) ответственность, что снижает привлекательность профессии. За период 2016-2020 гг. рост количества уголовных дел против врачей составил 38%[[93]](#footnote-93), при этом, помимо компенсации потерпевшей стороне в рамках гражданского иска, штраф, назначаемый медицинскому работнику при совершении преступления, предусмотренного Уголовным кодексом Российской Федерации, составляет от 100 до 700 тыс. руб. [[94]](#footnote-94), что несоразмерно получаемой заработной плате.  2. Каждый случай привлечения к уголовной ответственности медицинского работника влечет за собой негативный информационный фон вокруг работы медицинских сотрудников. И в настоящее время в российских средствах массовой информации существуют 15 образов медицинских кадров, при этом 5 из них – негативные и наиболее транслируемые[[95]](#footnote-95). Опросы медицинских сотрудников, проведенные АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов», показали, что у медицинских работников есть желание выступать с собственной позицией в средствах массовой информации для повышения привлекательности профессии, однако самостоятельно без участия медицинской организации в этом процессе они делать этого не могут, а медицинское учреждение, не имея штатной единицы, которая бы занималась функционированием пресс-службы, не выражает готовность заниматься дополнительно данной деятельностью.  3. Для привлечения медицинских работников и повышения привлекательности профессии в населенных пунктах с численностью населения до 50 тыс. человек были запущены государственные программы «Земский доктор», «Земский фельдшер», что повлекло снижение кадрового дефицита после 5 лет реализации программы в населенных пунктах с населением до 50 тыс. человек на 20%[[96]](#footnote-96). Однако данные программы не распространяются на населенные пункты численностью от 50 до 150 тыс. человек, в которых также наблюдается острый кадровый дефицит. Кроме того, ряд субъектов Российской Федерации не имеет материальных ресурсов по софинансированию указанных программ. Потенциальные участники программы также отмечают недостаточность объема предоставляемых при участии в программах социальных гарантий[[97]](#footnote-97). |
| Несовершенство системы медицинского образования, характеризующееся низким качеством, дороговизной и длительностью | 10 | Ежегодно из медицинских образовательных учреждений выпускаются около 75 тыс. человек. При этом более 30% не планируют работать по профессии. Высокая доля оттока выпускников из системы здравоохранения объясняется:  1. Отсутствием эффективной системы профессиональной ориентации еще на этапе получения среднего общего образования. По данным опросов, 25% медицинских работников жалеют, что получили профессию в сфере здравоохранения.[[98]](#footnote-98) Так, Министерством здравоохранения Российской Федерации были подготовлены для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения Методические рекомендации по организации профориентационной работы в сфере здравоохранения среди школьников, в которых указаны основные направления такой работы (организация медицинских классов, проведение профильных мероприятий и пр.). Однако данная работа не проводится системно: в частности, например, медицинские классы, зарекомендовавшие себя, как эффективный инструмент профориентационной работы со школьниками в сфере здравоохранения[[99]](#footnote-99), существуют не во всех субъектах Российской Федерации (имеются в Москве, Магаданской, Кемеровской областях и пр.).  2. Отсутствием системы среднесрочного планирования государственного заказа на подготовку медицинских кадров на всех уровнях медицинского образования. Количество бюджетных мест в действующих медицинских образовательных учреждениях на данный момент недостаточно для покрытия кадрового дефицита, особенно по ряду специальностей.  3. Низким уровнем образования. Только 45% выпускников считают себя подготовленными к профессии в сфере медицины[[100]](#footnote-100); только 2% студентов медицинских образовательных учреждений могут переводить иностранные исследования в сфере медицины[[101]](#footnote-101).  В настоящее время в медицинском вузе нормативный курс составляет всего 72 часа на лечебном факультете, 144 часа – на медико-профилактическом факультете и 136 часов на стоматологическом факультете. Количество часов может быть незначительно увеличено за счет так называемого вузовского компонента. Так, например, в Северо-западном государственном медицинском университете в настоящее время эти цифры составляют 120, 144 и 136 часов соответственно. Однако вузовский компонент – величина переменная, и исходить надо из того, что определено программой. А это значит, что за короткий период времени надо развить у студентов компетенции, которые позволят им читать, понимать, переводить и извлекать информацию из англоязычных источников, а также переводить общенаучные тексты и тексты по своей будущей специальности с английского и на английский язык.[[102]](#footnote-102)  При этом не все медицинские образовательные учреждения приглашают к образовательному процессу иностранных специалистов. Опрос выпускников 2021 года ряда медицинских вузов, проведенный АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов», показал, что в течение всего периода обучения у них не было ни одного занятия с иностранным специалистом, имеющим хорошую репутацию и определенные знания. Таким образом, не во всех вузах реализуются программы по приглашению иностранных специалистов к ведению лекционных занятий.  4. Длительностью и дороговизной обучения в медицинском образовательном учреждении. Треть абитуриентов, не прошедших на обучение в рамках бюджетной основы, имеет возможность оплаты обучения по специальности[[103]](#footnote-103).  5. Низким уровнем социальных гарантий. Медицинские образовательные учреждения обеспечивают недостаточную стипендиальную поддержку и не могут предоставить общежития всем желающим студентам.  6. Недоступностью программ дополнительного образования. В отличие от зарубежных стран, где медицинские работники обязаны ежегодно подтверждать свои знания и ежедневно использовать современные руководства на рабочих местах, российские врачи проходят курсы повышения квалификации 1 раз в 5 лет и зачастую лишены возможности пользоваться современными источниками информации на рабочих местах. Однако даже эти курсы, по данным Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор), около 15% врачей не проходят в положенные сроки. Более того, отсутствие дистанционных технологий преподавания приводит к тому, что врачам приходится почти на 2 месяца отрываться от практической работы[[104]](#footnote-104), что снижает доступность медицинской помощи, оказываемой населению, там, где трудно заменить этих врачей (особенно в сельской местности). |

*Источник: составлено автором по данным опроса медицинских кадров, проведенном в 2020 г.*

**Обоснование необходимости совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения**

Безусловно, для решения обозначенных выше проблем необходимо дополнительное финансирование. По примерным оценкам, для решения проблем, связанных с кадровым дефицитом в государственной и муниципальной системах здравоохранения, необходимо порядка 460,5 млрд рублей ежегодно[[105]](#footnote-105).

При решении вопроса выделения указанных бюджетных средств целесообразно исходить из понимания важности и крайней необходимости подобных инвестиций, вкладываемых в здравоохранение.

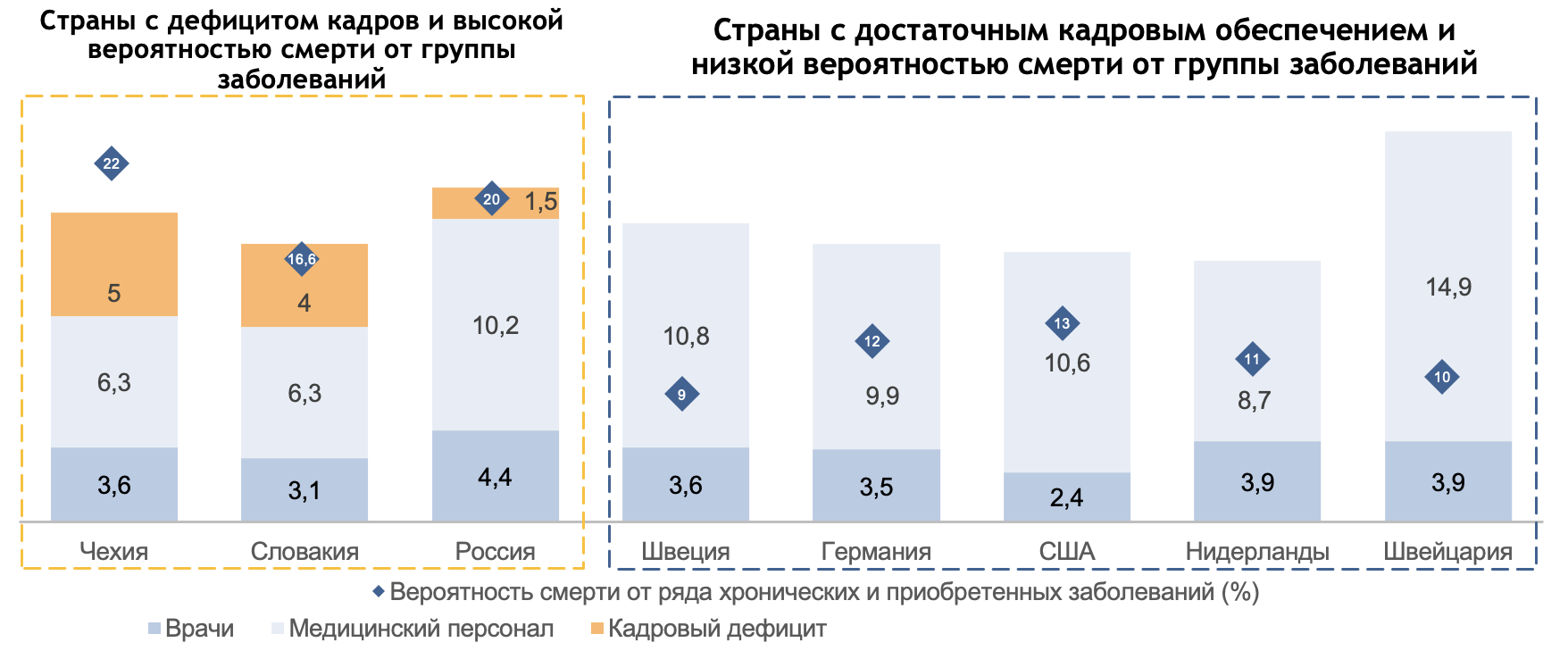
Кадровый дефицит в системе здравоохранения влечет за собой серьезные риски. Уже на текущий момент, по данным Счетной палаты Российской Федерации, около 17% населенных пунктов Российской Федерации вообще не охвачены медицинской помощью[[106]](#footnote-106). При этом в каждом третьем случае заболевания наблюдается несвоевременность лечения, снижено качество медицинской помощи согласно международным стандартам в 3 раза[[107]](#footnote-107). Анализ Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ряда регионов Российской Федерации указывает также на длительность сроков ожидания профильного врача (до 14 дней по ряду специальностей)[[108]](#footnote-108).

Как отмечает Всемирная организация здравоохранения, укрепление системы здравоохранения считается наиболее важной сферой для инвестирования в целях глобального здравоохранения[[109]](#footnote-109). Для этого требуются как эффективные трудовые ресурсы, так и эффективное предоставление услуг общественного здравоохранения. Эффективные инвестиции в области трудовых ресурсов здравоохранения помогают обеспечить подходящее число высококачественных рабочих мест и соответствующее число квалифицированных медицинских работников в нужном месте.

Согласно исследованию, проведенному Всемирной организацией здравоохранения, дефицит медицинских кадров повышает вероятность смерти трудоспособного населения от группы хронических и приобретенных заболеваний. В настоящее время уже доказана прямая корреляция коэффициента обеспеченности медицинскими кадрами и вероятности смерти человека от группы хронических и приобретенных заболеваний[[110]](#footnote-110) (диаграмма 8). Стоит отметить, что следствием сокращения численности трудоспособного населения становится снижение производительности труда и совокупных сбережений, а значит, замедление инвестиций, спроса и экономического роста.

*Диаграмма 8*

*Корреляция обеспеченности медицинскими кадрами и вероятность смерти от группы заболеваний в ряде стран мира*



*Источник: составлен на основе данных Росстата[[111]](#footnote-111), статистики Всемирной организации здравоохранения[[112]](#footnote-112), Мирового атласа данных[[113]](#footnote-113).*

*Примечание: в соответствии с указанными данными можно сделать вывод, что в Чехии необходимое количество медицинских работников и кадровый дефицит в частности рассчитан без учета наличия тенденции к высокому уровню вероятности смерти от группы заболеваний.*

В качестве примера влияния инвестиции в трудовые ресурсы на здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения приводит в пример следующие факторы из воздействия на общее здоровье населения: 1) Уровень заболеваемости. В процессе ликвидации эпидемии инфекционных заболеваний Российская Федерация столкнулась с рядом проблем: недостаток устойчивых кадровых ресурсов и надежных механизмов финансирования здравоохранения. По смертности от короновирусной инфекции Российская Федерация стоит на четвертом месте в мире[[114]](#footnote-114). Для содействия комплексному оказанию помощи при заболеваниях короновирусной инфекцией, вирусом иммунодефицита, туберкулезом, вирусным гепатитом и наркозависимости, в числе прочего, необходимы эффективные, комплексные и устойчивые стратегии кадрового обеспечения. Эти модели комплексной помощи должны реализовываться надлежащим образом укомплектованными, обученными и готовыми к оперативному реагированию междисциплинарными бригадами, включающими в том числе врачей, медицинских сестер, психологов, социальных работников и общественных посредников по урегулированию споров и конфликтных ситуаций.

2) Доступ к основным лекарственным средствам и вакцинам. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, более половины лекарств во всем мире назначаются, распределяются или продаются ненадлежащим образом, и половина пациентов принимает лекарства неправильно[[115]](#footnote-115). Это важнейшая проблема на пути к обеспечению устойчивого доступа к основным лекарственным средствам, особенно с учетом возрастающей угрозы, связанной с устойчивостью к противомикробным препаратам. Работники здравоохранения играют жизненно важную роль в деле ответственного и надлежащего назначения и использования лекарств, что будет способствовать решению этих вопросов.

Таким образом, инвестиции в здравоохранения и в кадровое обеспечение системы здравоохранения, в частности, являются важными факторами, определяющими экономический рост страны. Стоит отметить, что влияние вложений в здравоохранение почти незаметно в краткосрочном периоде, однако по прошествии 5-10 лет они могут дать значительную прибавку к валовому внутреннему продукту страны (далее – ВВП). В связи с чем для оценки влияния государственных расходов на экономический рост государства используют долгосрочные мультипликаторы бюджетных расходов, демонстрирующие на сколько процентов через 20 кварталов (5 лет), вырастет ВВП при увеличении расходов на 1% по различным функциональным разделам[[116]](#footnote-116). В таблице 11 представлен рассчитанный экспертами долгосрочный мультипликатор и расчет влияния ВВП в случае вложения вышеуказанной суммы в здравоохранения и другие направления (для сравнения). Вложения в здравоохранения приносят значительный экономический и социальный эффект в долгосрочной перспективе.

*Таблица 11*

*Влияние на валовый внутренний продукт России вложения определенного объема бюджетных средств в здравоохранение и по другим направлениям (для сравнения)[[117]](#footnote-117)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Направление | Мультипликатор | Текущие бюджетные расходы, млрд. руб. | Доля вложения от текущих расходов, в % | | Прогнозируемый рост ВВП через 5 лет[[118]](#footnote-118), в % | |
| Min | Max | Min | Max |
| Здравоохранение | 1,25 | 1882 | 35 | 50 | 43,75 | 62,5 |
| Национальная оборона | 0,22 | 1080 | 61 | 87 | 13,42 | 19,14 |
| Национальная безопасность | 0,78 | 1532 | 43 | 61 | 33,54 | 47,58 |
| Социальная политика | 0,03 | 5576 | 12 | 17 | 0,36 | 0,51 |

*Источник: составлено авторами на основе методологий расчета мультипликаторов по функциональным разделам[[119]](#footnote-119).*

Таким образом, при принятии решения о реализации предлагаемых в настоящем Докладе предложений и о выделении бюджетных средств на совершенствование системы здравоохранения рекомендуется исходить в том числе от колоссального положительного влияния на российскую экономику вкладываемых государством инвестиций.

# **3. Система льготного лекарственного обеспечения**

Под льготным лекарственным обеспечением (далее – ЛЛО) понимается возможность гражданина, страдающего определенным заболеванием или принадлежащего к определенной социальной группе, приобрести лекарственные средства на льготных условиях. Эффективность программ льготного лекарственного обеспечения определяется наличием долгосрочной стратегической составляющей содержания данных программ, достаточного объема финансирования, грамотно спроектированного процесса их непосредственной реализации, а также активным участием пациентов в этом процессе.

Бесплатное предоставление лекарственных средств при амбулаторном лечении является мерой социальной поддержки наиболее незащищенных слоев населения[[120]](#footnote-120). Действующие федеральные и региональные программы льготного лекарственного обеспечения по принадлежности к социальной группе направлены, в первую очередь, на выполнение функции социальной поддержки, так как помощь оказывается определенным категориям населения, и не решают долгосрочные задачи системы здравоохранения.

Что касается нозологического принципа реализации программ льготного лекарственного обеспечения, то возникновение права на бесплатное получение лекарственных препаратов имеет привязку к серьезности имеющегося заболевания: льготное лекарственное обеспечение многих пациентов начинает осуществляться только при очень серьезном ухудшении состояния их здоровья. При этом в случае улучшения состояния здоровья право на бесплатное лекарственное обеспечение прекращается. В условиях реализации не стратегической, а социальной функции ЛЛО, система здравоохранения вынуждена нести более высокие издержки на лечение вышеуказанных пациентов вместо того, чтобы минимизировать масштаб заболевания на ранних стадиях его возникновения.

Так, например, предоставление права на бесплатное получение лекарственных препаратов лицам, страдающим социально-значимыми и орфанными заболеваниями[[121]](#footnote-121), выполняет крайне важную социальную функцию, но данные заболевания значительно не влияют на показатель заболеваемости и смертности трудоспособного населения Российской Федерации. В то же время сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующими причинами смертности в России. Часть из них является социально-значимыми (например, гипертоническая болезнь), но права на льготное лекарственное обеспечение у лиц, страдающих данными болезнями, не возникает. Для сравнения: показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2019 году составил 750 тыс. человек, при этом совокупный показатель смертности от вируса иммунодефицита, злокачественных новообразований, орфанных заболеваний и туберкулеза составил 331 тыс. человек[[122]](#footnote-122).

Таким образом, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти в России, составляя более 50% от всех случаев смертей населения. При этом уровень смертности от данного типа заболеваний в России в 2,5 раза выше, чем в среднем по странам Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР), и значительная часть случаев смертей приходится на трудоспособное население[[123]](#footnote-123). Несмотря на это, пациенты с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний или уже имеющие их не обеспечиваются льготными лекарственными препаратами. Исключением с недавнего времени являются только пациенты, перенесшие наиболее тяжелые состояния (например, инфаркт или инсульт), и только на протяжении ограниченного временного периода (от полугода до двух лет).

В подавляющем же большинстве граждане с высоким риском развития сердечно-сосудистого заболевания или его наличием вынуждены либо дожидаться развития более серьезного острого заболевания с целью получения права на льготное лекарственное обеспечение, либо приобретать лекарственные препараты самостоятельно. Однако, финансовое положение большей части населения демонстрирует наличие возможности приобретать хотя бы один препарат для его профилактики только у 15% пациентов[[124]](#footnote-124).

Указанные обстоятельства приводят к значительному сокращению численности населения. Среди населения высоко число преждевременных смертей и потерь трудоспособности, что значительно влияет на качество жизни, а государство несет повышенные расходы на лечение тяжелых состояний данных лиц в стационарах, а также на пенсионное и социальное обеспечение нетрудоспособных лиц.

При этом обеспечение населения лекарственными препаратами дает значительный эффект в решении данной проблемы, особенно в случае сердечно-сосудистых заболеваний. Опыт развитых стран доказывает высокую эффективность долгосрочных стратегических программ льготного обеспечения лекарственными препаратами, направленных на предупреждение серьезных проблем со здоровьем населения. Так, на 23% ниже вероятность тяжелых осложнений у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в странах с высокой лекарственной обеспеченностью, чем в странах с низкой или средней обеспеченностью[[125]](#footnote-125). На 42% ниже вероятность ишемической болезни сердца при регулярном употреблении необходимых лекарственных препаратов (статинов, бета-блокаторов)[[126]](#footnote-126).

Для России оценка эффективности расширения льготного лекарственного обеспечения демонстрирует наличие значительного потенциал в снижении уровня смертности: более 50% всех смертей вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями и значительная часть из них – ишемическая болезнь сердца, инсульт и инфаркт. Регулярный прием лекарственных препаратов снижает риски возникновения данных болезней на 40–66%[[127]](#footnote-127), что в перспективе может дать колоссальный прирост сохранности числа трудоспособного населения, их продуктивности, а также будет способствовать снижению нагрузки на стационарное звено оказания помощи, которое традиционно является наиболее дорогостоящим в системе здравоохранения.

Стоит отметить, что ориентированность права на льготное лекарственное обеспечение только лиц, страдающих социально-значимыми и орфанными заболеваниям, во многом объясняется низким уровнем финансирования системы ЛЛО: в 2019 году расходы на нее составили около 0,25% ВВП, при этом в странах Европейского союза среднее значение данного показателя составляет 0,45–0,9% ВВП[[128]](#footnote-128). Подобная ситуация приводит, с одной стороны, к слишком высокой доле частных расходов населения на лекарственные препараты (около 80% от совокупных расходов, при среднем для Европы около 40%[[129]](#footnote-129)), а с другой – к снижению эффективности лечения лекарственными препаратами вследствие высокой доли потребления нерецептурных препаратов различного качества и доказанной эффективности, низкой приверженности назначенному врачом лечению и позднего начала лечения с применением лекарственных препаратов.

В целом российский рынок лекарственных препаратов имеет значительное отклонение в пользу потребления дженериков российского и индийского производства, отличающихся низкой стоимостью. Так, доля дженериков в упаковках составила 83,5% от всего рынка лекарственных препаратов, при этом средняя доля дженериков в странах Европейского союза составляет около 30%[[130]](#footnote-130). При должном уровне контроля качества дженерики являются эффективным инструментом широкого покрытия лекарственным обеспечением в условиях их низкой стоимости при приемлемом качестве, что подтверждается практикой большого количества развитых стран (например, Швеции, Венгрии, Австрии, Латвии)[[131]](#footnote-131). Но эффективность контроля и оптимальность выбора наименований закупаемых лекарственных препаратов на данный момент большинством экспертов оценивается как невысокая.[[132]](#footnote-132)

Осуществляемое на данный момент льготное лекарственное обеспечение имеет достаточно ограниченную эффективность: из 20 млн населения, имеющего право на бесплатное получение лекарственных препаратов, 75–80% монетизируют данную льготу[[133]](#footnote-133), то есть полностью отказываются от лекарственных препаратов и получают компенсацию менее 950 рублей в месяц[[134]](#footnote-134). Основными причинами выбора денежной компенсации вместо получения лекарственных препаратов в натуральном выражении, как правило, являются: сложность получения лекарственных препаратов по программе льготного лекарственного обеспечения, выражающаяся в отсутствии нужных препаратов, и недоверие к предлагаемым наименованиям лекарств.

Значительная часть лиц, имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов в рамках федеральных программ, одновременно имеют такое право в соответствии с региональными программами, поэтому высокая доля монетизации федеральной льготы привела к дополнительному росту нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации.

Аналогичная ситуация сложилась и с региональными программами лекарственного обеспечения лиц, страдающих орфанными заболеваниями: крайне высокая стоимость обеспечения лекарственными препаратами данных лиц приводит к высоким расходам, составляющим фактически весь бюджет субъекта Российской Федерации, выделенный на указанные нужды. К примеру, в Белгородской области в 2016 году дефицит финансирования программы льготного лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями составлял 87%[[135]](#footnote-135). Все это влечет за собой отсутствие полной обеспеченности лекарственными препаратами лиц всех социально-незащищенных категорий, имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение.

Таким образом, имеют место как общая недофинансированность программ льготного лекарственного обеспечения, так и отсутствие стратегической направленности данных программ, заключающихся в решении проблем, способствующих росту показателя смертности трудоспособного населения в Российской Федерации.

Стоит отметить, что некоторые шаги по устранению проблемы недостаточного финансирования региональных программ льготного лекарственного обеспечения уже сделаны. Так, создан государственный внебюджетный фонд «Круг Добра» для поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими, в том числе редкими заболеваниями, за счет которого финансируется часть программы льготного лекарственного обеспечения.[[136]](#footnote-136)

С точки зрения процессов существующая система льготного лекарственного обеспечения не направлена на комфортную реализацию своего права пациентом. Так, по данным Счетной палаты Российской Федерации, выявлены многочисленные отказы гражданам в выдаче льготных лекарственных препаратов и в выдаче льготных рецептов (25 % и 30 % от общего числа жалоб граждан на осуществление лекарственного обеспечения соответственно).[[137]](#footnote-137) Невозможность осуществления контроля полноты реализации прав граждан на доступность лекарственных препаратов обусловлена отсутствием у региональных информационных систем функционала мониторинга выписки и обслуживания рецептов. К 2023 году подобная система появится на уровне субъектов Российской Федерации.

Что касается участия пациентов в процессе льготного лекарственного обеспечения, то по статистике более 60% из них не в полной мере соблюдают план лечения лекарственными препаратами даже в случае заболеваний, угрожающих их здоровью.[[138]](#footnote-138) Более 50% из них доверяют только народной медицине, а 28% - не доверяют врачам.[[139]](#footnote-139) Все эти факторы оказывают влияние на эффективность медикаментозного лечения. При этом существующие программы в этой сфере направлены в основном на популяризацию здорового образа жизни и не включают в себя вовлечение пациентов в процесс лечения.

Таким образом, анализ эффективности льготного лекарственного обеспечения демонстрирует необходимость совершенствования стратегической составляющей содержания программ льготного лекарственного и процесса их непосредственной реализации, определения необходимого объема их финансирования, а также вовлечения пациентов в их реализацию.

# **Раздел V. Основные направления совершенствования системы здравоохранения**

В настоящее время в соответствии со Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года основными целями государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения являются сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и преждевременной смертности населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации.

В условиях наличия риска недостижения результатов Стратегии, кризисной демографической ситуации в Российской Федерации, а также наличия указанных в разделе IV настоящей Концепции проблем организации системы здравоохранения считаем, что эффективное функционирование системы здравоохранения возможно обеспечить путем развития следующих основных системообразующих факторов:

* оптимальным финансированием системы здравоохранения Российской Федерации;
* наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации;
* эффективной системой здравоохранения, в том числе льготным лекарственным обеспечением.

# **Раздел VI. Мероприятия, направленные на совершенствование системы здравоохранения, и сроки их реализации**

В рамках настоящей Концепции были выработаны практические рекомендации по совершенствованию системы здравоохранения Российской Федерации, которые были условно разделены на следующие два блока предложений:

**I. Предложения, прошедшие экспертные обсуждения с представителями Минздрава России.** Данные предложения прошли процедуру экспертных обсуждений с представителями Минздрава России и могут быть проработаны и внедрены в ближайшие три года. **Указанные рекомендации направлены на минимизацию кадрового дефицита в государственной и муниципальной системах здравоохранения.**

**II. Предложения, в отношении которых требуются дополнительные экспертные обсуждения с целью определения целесообразности их реализации, необходимых ресурсов и эффектов.** Данные предложения не требуют незамедлительного внедрения, не являются обязательными и могут обсуждаться на экспертном уровне с участием Минздрава России при содействии Агентства как возможные векторы развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2030 года. **Указанные рекомендации направлены на совершенствование модели финансирования, программы льготного лекарственного обеспечения и системы гарантий и поощрений медицинских сотрудников**.

Ниже представлено подробное описание указанных блоков рекомендаций.

# **1. Предложения, прошедшие экспертные обсуждения с представителями Минздрава России**

# **1.1. Разработка системы управления профессиональной нагрузкой медицинских кадров**

**1) Совершенствование правил нормирования времени**

В случае, если проблема привязки стимулирующих выплат к нормам времени не будет устранена в ходе эксперимента по введению новой модели оплаты труда медицинских работников, предлагается уточнить сферу действия следующих нормативных правовых актов в части запрета использования указанных норм времени в качестве основания для отмены части стимулирующих выплат:

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020 № 810н «Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 № 973н «Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н «Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.1999 № 202 «Рекомендуемые нормы нагрузки на врача-ревматолога на амбулаторном приеме»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1998 № 383 «Нормы нагрузки логопедов учреждений здравоохранения Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1998 № 383 «Нормы нагрузки врачей-психиатров учреждений и подразделение специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций».

Неточное исполнение норм времени медицинским работником, установленных приказом, не должно влиять на размер стимулирующих выплат.

Для реализации данной меры Министерству здравоохранения Российской Федерации рекомендуется разработать Письмо с разъяснениям действия вышеперечисленных нормативных актов Министерства здравоохранения Российской Федерации, устанавливающих нормы времени в сфере здравоохранения» в части запрета использования указанных норм времени в качестве основания для отмены части стимулирующих выплат.

Кроме того, с целью снижения нагрузки на медицинских работников рекомендуется ограничение совместительства медицинских работников в государственной и муниципальной системах здравоохранения до 0,25 ставки. Введение данной меры возможно только после устранения кадрового дефицита.

Для реализации данной меры Правительству Российской Федерации совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации необходимо внести изменения в соответствующие приказы в части ограничения возможности совместительства медицинских работников в государственной и муниципальной системах здравоохранения до 0,25 ставки.

Данные решения не потребуют дополнительного финансирования.

Срок реализации указанных мероприятий составит от 1,5 до 3 лет после устранение кадрового дефицита.

**2) Совершенствование управления документооборотом**

С целью снижения нагрузки врача, связанной с заполнением необходимых документов, предлагается разрешить наем медицинским учреждением административного персонала без медицинского образования, занимающегося заполнением документов при осуществлении медицинской деятельности отдельными категориями врачей (так называемый наем «секретарей» врачей). Данное предложение может быть внесено в Концепцию подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года, разрабатываемую рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Для реализации данной меры Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации необходимо в ходе разработки Концепции подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года предусмотреть план мероприятий по реализации данного предложения, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры.

Данное решение потребует ежегодного дополнительного финансирования от 35 млрд руб.

Срок реализации данного мероприятия составит от 1,5 до 3 лет.

**3) Внедрение инструментов управления психоэмоциональным состоянием**

С целью снижения тенденции к профессиональному выгоранию медицинских работников предлагается разработка и утверждение Министерством здравоохранения Российской Федерации методических рекомендаций по управлению психоэмоциональным состоянием сотрудников медицинских организаций, включающих в себя механизмы снижения стрессовых факторов и организацию работы по обучению управлению стрессом.

Для реализации данной меры Министерству здравоохранения Российской Федерации необходимо разработать Методические рекомендации по управлению психоэмоциональным состоянием сотрудников медицинских организаций и утвердить их в качестве нового нормативного правового акта, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры.

Данное решение потребует дополнительного финансирования, однако его расчет возможно произвести после детализации методических рекомендаций. Их разработка может войти в качестве предложения в Концепцию подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года.

Срок реализации данного мероприятия составляет от 1,5 до 3 лет.

# **1.2. Формирование позитивных образов медицинских работников в информационном пространстве**

Так как бремя ответственности медицинских работников влечет формирование негативного информационного фона вокруг медицинской профессии, рекомендуется введение института обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, включающего в себя:

* обеспечение страхования ответственности молодых специалистов профессиональными сообществами за счет средств бюджетов в течение 3 лет от начала практической деятельности;
* разработку программ обязательного страхования для сотрудников бюджетных медицинских учреждений;
* реализацию профессиональными медицинскими сообществами обязанностей по осуществлению контроля за реализацией страхования профессиональной ответственности.

Для этого Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с ведущими медицинскими профессиональными сообществами необходимо разработать проект Федерального закона «Об обязательном страховании медицинских, фармацевтических и иных работников медицинских организаций», предусматривающий введение института обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, Государственной думе Федерального Собрания Российской Федерации – рассмотреть проект закона и принять его, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры.

Разработка указанного законопроекта может войти в качестве поручения профильным министерствам и ведущим медицинским профессиональным сообществам в Концепцию подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года.

Данное решение потребует ежегодного дополнительного финансирования от 9 млрд руб.

Срок реализации данного мероприятия составляет от 1,5 до 3 лет.

Кроме того, рекомендуется формирование или совершенствование пресс-службы государственных и региональных медицинских учреждений путем введения административных ставок с целью трансляции образов «врач-герой» в средствах массовой информации через пресс-службы медицинских учреждений.

Для этого Министерству здравоохранения Российской Федерации необходимо в качестве приказа разработать рекомендации для руководства государственных и региональных медицинских учреждений по формированию и функционированию пресс-службы государственных и региональных медицинских учреждений, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры.

Разработка указанных рекомендаций может войти в качестве поручения профильным министерствам в Концепцию подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года.

Данное решение потребует ежегодного дополнительного финансирования от 3,5 млрд руб.

Срок реализации данного мероприятия составляет от 1,5 до 3 лет.

# **1.3. Совершенствование системы медицинского образования**

Для минимизации оттока выпускников медицинских образовательных учреждений необходима реализация системы мероприятий, направленных на совершенствование каждого уровня образования.

**1) Реализация профориентационной работы при получении потенциальным абитуриентом среднего общего образования**

С целью минимизации доли медицинских кадров и выпускников, жалеющих о получении образования в сфере медицины, необходимо разработать в каждом субъекте Российской Федерации обязательную систему профориентации в сфере медицины с учетом потребностей региона в медицинских кадрах. В частности:

* на уровне средних общеобразовательных школ рекомендуется разработка программшколы актива в сфере медицины, развития волонтерских медицинских движений, создание профильных классов, в т.ч. с присвоением начальных медицинских специальностей и пр.
* на уровне субъекта Российской Федерации рекомендуется проведение профессиональных конкурсов среди школьников, победа в которых предоставляет право на бесплатное обучение в медицинском образовательном учреждении; организация бесплатной профессиональной диагностики в рамках центров занятости субъектов Российской Федерации   
  и пр.

Для реализации данных мероприятий органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования и в сфере здравоохранения необходимо разработать и утвердить программы профессиональной ориентации в сфере здравоохранения в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Данное решение не потребует дополнительного финансирования.

Срок реализации данного мероприятия составляет до 1,5 лет.

**Б) Совершенствование системы среднего профессионального и высшего медицинского образования**

Для повышения уровня знания английского языка у студентов и выпускников медицинских образовательных учреждений для возможности анализа ими международных медицинских исследований и клинических рекомендаций необходимо установить следующие особенности учебных планов медицинских образовательных учреждений:

* необходимую долю часов с участием иностранных специалистов в образовательном процессе, в том числе с использованием дистанционных технологий (не менее 15%) в рамках среднего профессионального и высшего медицинского образования;
* необходимость изучения английского языка на протяжении всего образовательного процесса либо путем определения необходимой доли часов ведения профильных дисциплин на английском языке (не менее 15-20%).

Для этого Министерству образования Российской Федерации и Министерству здравоохранения Российской Федерации необходимо разработать проект рекомендаций для высших учебных заведений в части формирования учебных планов с учетом вышеприведенных особенностей.

Данное решение не потребует дополнительного финансирования.

Срок реализации данного мероприятия составляет до 1,5 лет.

# **2. Предложения, в отношении которых требуются дополнительные экспертные обсуждения с целью определения целесообразности их реализации, необходимых ресурсов и эффектов**

# **2.1. Оптимизация финансирования системы здравоохранения Российской Федерации**

**1) Внедрение клиринговых расчетов в систему межтерриториальных расчетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования**

В целях упрощения и ускорения процесса расчетов между субъектами территориальных фондов обязательного медицинского страхования предлагается передать полномочия по осуществлению межтерриториальных расчетов специализированной клиринговой организации и внедрить многосторонние клиринговые платежи в текущую архитектуру взаиморасчетов. При клиринге вместо наличных платежей происходит взаимозачет требований и обязательств.

Для этого Федеральному фонду обязательного медицинского страхования в случае положительного решения необходимо разработать проект изменений в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части наделения Федерального фонда обязательного медицинского страхования статусом клиринговой организации в системе межтерриториальных расчетов, а Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации – рассмотреть и принять данный проект.

Также Министерству здравоохранения Российской Федерации в случае положительного решения необходимо разработать проект изменений в Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» в части закрепления принципов клиринговых расчетов в системе межтерриториальных расчетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Данное решение не потребует дополнительного финансирования.

Возможный срок реализации – не более трех лет.

**2) Стимулирование частных инвестиций в систему обязательного медицинского страхования**

В условиях необходимости привлечения частных инвестиций в систему обязательного медицинского страхования требуется установить законодательное исключение из части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», указав, что установленная законом структура тарифа на оплату медицинской помощи не распространяется при оплате медицинских услуг, оказанных частными медицинскими организациями – участниками системы обязательного медицинского страхования, получающими установленный территориальным фондом обязательного медицинского страхования объем медицинской помощи.

Для этого Федеральному фонду обязательного медицинского страхования в случае положительного решения необходимо разработать проект изменений в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Государственной думе Российской Федерации – рассмотреть и принять проект изменений в данный закон.

Данное решение не потребует дополнительного финансирования.

Возможный срок реализации – не более трех лет.

Кроме того, в условиях оказания частными медицинскими организациями медицинских услуг только с наиболее высокими тарифами необходимо введение принципов прогнозирования: в частности, после распределения основного объема медицинских услуг между государственными и муниципальными медицинскими учреждениями оставшийся в силу недостаточности тех или иных ресурсов объем требуется распределять путем введения так называемых «пакетных предложений», в которые будут входить сопутствующие медицинские услуги разного вида (например, не только услуга по экстракорпоральному оплодотворению, но и последующее ведение беременности в соответствии с программой обязательного медицинского страхования; не только услуги по гистологическим исследованиям с целью выявления онкологических заболеваний, но и набор услуг по лечению данных заболеваний и пр.). Такое прогнозирование должно осуществляться территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с планируемым объемом оказываемых медицинских услуг на территории субъекта Российской Федерации.

Для этого Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в случае положительного решения необходимо разработать и принять проект изменений в Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Данное решение не потребует дополнительного финансирования.

Возможный срок реализации – не более трех лет.

**3) Совершенствование порядка распределения средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией**

В связи с ростом кредиторской задолженности медицинских организаций в условиях низкого уровня финансовой вовлеченности субъектов Российской Федерации необходима разработка перечня случаев, когда медицинская организация, не получающая дополнительные бюджетные средства и имеющая низкие показатели по получению средств от приносящей доход деятельности, по своему усмотрению может осуществить распределение средств системы обязательного медицинского страхования.

Для этого Федеральному фонду обязательного медицинского страхования в случае положительного решения необходимо разработать проект изменений в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части определения случаев исключений из порядка использования целевых средств, Государственной думе Российской Федерации – рассмотреть и принять проект изменений в данный закон. Также Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования необходимо разработать и принять проект изменений в Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» в части порядка распределения целевого финансирования.

Данное решение не потребует дополнительного финансирования.

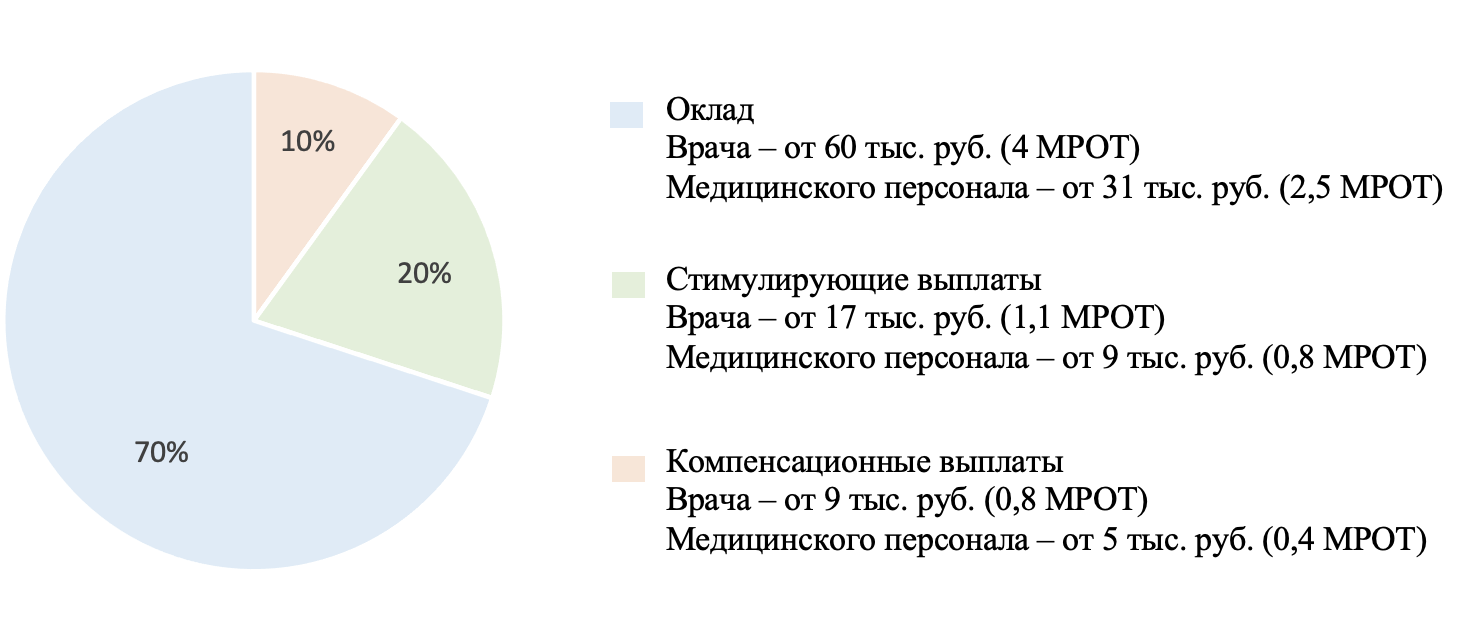
Возможный срок реализации – не более трех лет.

# **2.2. Создание дополнительных материальных стимулов для медицинских работников**

**1) Повышение эффективности системы оплаты труда медицинских работников**

С целью повышения привлекательности медицинской профессии, а также снижения оттока медицинских работников из государственной и муниципальной систем здравоохранения рекомендуется рассмотреть возможности в долгосрочной перспективе установления на федеральном уровне нового соотношения структурных элементов заработной платы медицинских сотрудников, в рамках которого доля фиксированного оклада будет составлять 70%, компенсационных выплат – 10%, стимулирующих выплат – 20%. При этом рекомендуется установить минимальный уровень фиксированного оклада для врача – не менее 4 минимальных размеров оплаты труда, установленных в Российской Федерации (далее - МРОТ), для медицинского персонала – не менее 2,5 МРОТ (диаграмма 9). Указанные размеры оклада соответствуют зарплатным ожиданиям медицинских работников и могут повысить их мотивацию.

*Диаграмма 9*

*Соотношение структурных элементов заработной платы медицинского работника*

*Источник: составлено авторами.*

Для реализации указанных мер Министерству здравоохранения Российской Федерации и Министерству труда Российской Федерации в рамках подготовки Концепции подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года, разрабатываемого рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации рассмотреть возможность реализации указанной меры с учетом проводимого эксперимента в сфере начисления заработной платы медицинским работникам, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для ее реализации.

Данное решение на этапе планирования может не потребовать ежегодного дополнительного финансирования, а при реализации указанной меры примерный необходимый объем финансирования составит от 353 млрд руб.

Возможный срок реализации – не более трех лет.

**2) Совершенствование государственных программ «Земский доктор (фельдшер)»**

С целью устранения дефицита кадров в населенных пунктах с численностью населения до 100 тыс. человек и повышения мотивации к участию в программе «Земский доктор (фельдшер)» предлагается:

* изменение целеполагания федеральной программы «Земский доктор (фельдшер)» в части использования ее не как программы, предусматривающей стимулы для окончательного переезда сотрудника, а как внедрение вахтового метода в вопросы, связанные с покрытием кадрового дефицита;
* предоставление участникам программы, осуществляющим трудовую деятельность в населенных пунктах до 50 тыс. человек, жилищного сертификата на 30 кв м2 на покупку жилья в любом регионе Российской Федерации;
* расширение действия программы на населенные пункты численностью от 50 до 100 тыс. человек и предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере 0,75 млн рублей для врачей и 0,25 млн рублей в случае их работы в местностях с населением от 50 до 100 тыс. человек, список которых отдельно утверждается органами государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;

Для этого Министерству здравоохранения Российской Федерации необходимо подготовить проект изменений программ в соответствии с разработанными предложениями, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет необходимого финансирования, Правительству Российской Федерации – рассмотреть и принять проект изменений.

Данное решение может потребовать ежегодного дополнительного финансирования от 60 млрд руб.

Возможный срок реализации – не более трех лет.

# **3. Совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения**

**Включение в программу льготного лекарственного обеспечения населения, находящегося в группе высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний**

Для снижения уровня смертности, связанного с сердечно-сосудистыми заболеваниями, предлагается на экспертном уровне совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации, с ведущими профессиональными медицинскими сообществами разработать проект программы обеспечения лекарственными препаратами лиц, входящих в группу риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, включающий в себя перечень лиц, входящих в группу риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов, перечень лекарственных препаратов, предотвращающих развитие сердечно-сосудистых заболеваний, а также правил организации обеспечения лекарственными препаратами, ведения регионального регистра лиц, относящихся к группе указанного риска. Указанное поручение также должно учитывать необходимость разработки и внедрения в государственные информационные системы в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации регистра пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Прогнозируемый охват такой программы, по предварительным оценкам, может составить от 11 до 21 млн человек, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Стоимость обеспечения 1 человека необходимыми лекарственными препаратами оценочно составляет от 12,5 тыс. до 20 тыс. рублей в год (в розничных ценах).

Подобная программа в случае ее разработки и принятия позволит снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 10-12%, а также непрямые медицинские затраты в среднем на 63-70 млрд руб.

Для реализации данной меры Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с ведущими профессиональными медицинскими сообществами необходимо провести экспертные обсуждения в части содержания программы по обеспечению лекарственными препаратами лиц, входящих в группу риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и в случае положительного решения – провести ее проектировку, включая определения перечня заболеваний, покрываемых обеспечением программы.

Данное решение может потребовать ежегодного дополнительного финансирования в размере от 240 до 500 млрд рублей, в зависимости от схемы обеспечения, набора лекарств. Объем финансирования может быть значительно снижен за счет использования инструментов централизованных закупок на федеральном уровне.

Возможный срок реализации – не более трех лет.

# **Раздел VII. Механизмы реализации настоящей Концепции**

Для реализации предусмотренных пунктом 1 раздела VI настоящей Концепции предложений, прошедших экспертные обсуждения с представителями Минздрава России, разработан план мероприятий («дорожная карта»), являющийся неотъемлемой частью настоящего документа.

План мероприятий представлен в Приложении А.

# **Раздел VI. Объемы и источники финансирования настоящей Концепции**

Для решения задач, поставленных в настоящей Концепции, предусматривается обеспечить последовательное и стабильное увеличение расходов на государственную поддержку системы здравоохранения.

Общий объем необходимого финансирования для реализации Дорожной карты составляет от 47,5 млрд руб.

# Приложение А

# **ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ («ДОРОЖНАЯ КАРТА»),**

по реализации предусмотренных пунктом 1 раздела VI настоящей Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации

предложений, прошедших экспертные обсуждения с представителями Минздрава России

| **№ п/п** | **Наименование мероприятия** | **Срок исполнения** | **Содержание поручения** | **Финансирование** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Уточнить сферу действия следующих нормативных правовых актов в части запрета использования указанных норм времени в качестве основания для отмены части стимулирующих выплат:  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020 № 810н «Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга»;  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 № 973н «Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»;  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н «Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога»;  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.1999 № 202 «Рекомендуемые нормы нагрузки на врача-ревматолога на амбулаторном приеме»;  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1998 № 383 «Нормы нагрузки логопедов учреждений здравоохранения Российской Федерации»;  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1998 № 383 «Нормы нагрузки врачей-психиатров учреждений и подразделение специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций». | 12 месяцев | Министерству здравоохранения Российской Федерации - разработать Письмо с разъяснениям действия вышеперечисленных нормативных актов Министерства здравоохранения Российской Федерации, устанавливающих нормы времени в сфере здравоохранения» в части запрета использования указанных норм времени в качестве основания для отмены части стимулирующих выплат. | - |
| 2. | Ограничить в случае устранения кадрового дефицита совместительство медицинских работников в государственной и муниципальной системах здравоохранения до 0,25 ставки. | 36 месяцев | Правительству Российской Федерации совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации - внести изменения в соответствующие приказы в части ограничения возможности совместительства медицинских работников в государственной и муниципальной системах здравоохранения до 0,25 ставки | - |
| 3. | Включить предложение в Концепцию подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года, разрабатываемого рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации, заключающегося в установлении разрешения найма медицинским учреждением административного персонала без медицинского образования, занимающегося заполнением документов при осуществлении медицинской деятельности отдельными категориями врачей. | 12 месяцев | Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации – в ходе разработки Концепции подготовки кадров системы здравоохранения до 2030 года предусмотреть план мероприятий по реализации данного предложения, в котором требуется определить возможность наем медицинским учреждением административного персонала без медицинского образования, а также определить категории врачей, которые будут иметь возможность работать совместно с таким сотрудником, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры. | 35 млрд руб. ежегодно |
| 4. | Разработать и утвердить модельную стратегию по управлению психоэмоциональным состоянием сотрудников медицинских организаций, включающей в себя механизмы снижения стрессовых факторов и организацию работы по обучению управлению стрессом. | 12 месяцев | Министерству здравоохранения Российской Федерации – разработать Методические рекомендации по управлению психоэмоциональным состоянием сотрудников медицинских организаций и утвердить его в качестве нового нормативного правового акта, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры. | - |
| 5. | Ввести институт обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников. | 18 месяцев | Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с ведущими медицинскими профессиональными сообществами – разработать проект Федерального закона «Об обязательном страховании медицинских, фармацевтических и иных работников медицинских организаций», предусматривающий введение института обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, Государственной думе Федерального Собрания Российской Федерации – рассмотреть проект закона и принять его, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры. | 9 млрд руб. ежегодно |
| 6. | Сформировать пресс-службы государственных и региональных медицинских учреждений | 12 месяцев | Министерству здравоохранения Российской Федерации - разработать рекомендации для руководства государственных и региональных медицинских учреждений по формированию и функционированию пресс-службы государственных и региональных медицинских учреждений, Министерству финансов Российской Федерации – произвести расчет объема финансирования, необходимого для реализации данной меры. | 3,5 млрд руб. ежегодно |
| 7. | Разработать в каждом субъекте Российской Федерации обязательную систему профориентации в сфере медицины с учетом потребностей региона в медицинских кадрах | 12 месяцев | Органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования и в сфере здравоохранения - разработать и утвердить программы профессиональной ориентации в сфере здравоохранения. | - |
| 8. | Установить следующие особенности учебных планов медицинских образовательных учреждений:   * необходимую долю часов с участием иностранных специалистов в образовательном процессе, в том числе с использованием дистанционных технологий (не менее 15%) в рамках среднего профессионального и высшего медицинского образования; * необходимость изучения английского языка на протяжении всего образовательного процесса либо путем определения необходимой доли часов ведения профильных дисциплин на английском языке (не менее 15-20%). | 12 месяцев | Министерству образования Российской Федерации и Министерству здравоохранения Российской Федерации - разработать проект рекомендаций для высших учебных заведений в части формирования учебных планов с учетом вышеприведенных особенностей.. | - |

*Источник: составлено авторами.*

1. Примечание: более точное финансирование возможно рассчитать после экспертной проработки предложений. [↑](#footnote-ref-1)
2. Примечание: Национальная безопасность Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан – это состояние защищенности общества от внутренних и внешних угроз физическому и психическому здоровью каждого человека и его долголетней активной жизни. [↑](#footnote-ref-2)
3. Национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс] // URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-3)
4. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года // Российская газета. №154. 2018. [↑](#footnote-ref-4)
5. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства РФ. 2019. № 23. Ст. 2927. [↑](#footnote-ref-5)
6. Угрозами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются: 1) высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний - сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, нейродегенеративных и других; 2) отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций; 3) достаточно высокий уровень распространенности наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, увеличение количества случаев травматизма и отравлений; 4) распространение антимикробной резистентности; 5) рост эпидемиологической значимости условно-патогенных микроорганизмов, увеличение частоты заболеваний, вызываемых инфекциями, у лиц с иммунодефицитными состояниями, распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; 6) риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагополучной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний; 7) риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории Российской Федерации инфекционных и паразитарных заболеваний, возникновение и распространение природно-очаговых инфекций, спонтанная зараженность возбудителями инфекций, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров; 8) риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма. [↑](#footnote-ref-6)
7. Примечание: данные указаны на 2020 год. Статистика Росстатат: Демография, Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-7)
8. Covid-19: Lebenserwartung in den meisten Industriestaaten gesunken [Электронный ресурс] // URL: https://www.demogr.mpg.de/de/news\_events\_6123/news\_pressemitteilungen\_4630/presse/covid\_19\_lebenserwartung\_in\_den\_meisten\_industriestaaten\_gesunken\_auch\_in\_deutschland\_9848 (дата обращения: 17.02.2022). [↑](#footnote-ref-8)
9. Islam, N., Jdanov, D.A., Shkolnikov, V.M., Khunti, K., Kawachi, I., White, M., Lewington, S., Lacey, B.: Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. BMJ (2021). DOI: 10.1136/bmj-2021-066768 [↑](#footnote-ref-9)
10. В ВОЗ заявили, что более 90% стран сталкиваются со сбоями в здравоохранении из-за пандемии [Электронный ресурс] // URL: https://tass.ru/obschestvo/13641175 (дата обращения: 17.02.2022). [↑](#footnote-ref-10)
11. WHO: COVID-19 continues to disrupt essential health services in 90% of countries [Электронный ресурс] // URL: https://www.who.int/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries (дата обращения: 17.02.2022). [↑](#footnote-ref-11)
12. Примечание: Когда говорят о национальном богатстве, то подразумевается, что в его состав включаются все совокупные экономические активы, то есть ресурсы страны. Они необходимы для создания того или иного производства товаров и услуг. В результате полученные ценности в виде денежного эквивалента идут на обеспечение жизни и определенных благ граждан страны. [↑](#footnote-ref-12)
13. Доклад Всемирного банка: «Насколько богата Россия?» [Электронный ресурс] // URL: https://www.vsemirnyjbank.org/ru/country/russia/publication/how-wealthy-is-russia (дата обращения 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-13)
14. Человеческий капитал России превышает 600 трлн руб. [Электронный ресурс] // URL: https://www.vedomosti.ru/finance/articles/2012/10/12/rossiyane\_stoyat\_600\_trln (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-14)
15. Исследование McKinsey & Co: ВВП нездорового человека [Электронный ресурс] // URL: https://www.kommersant.ru/doc/4407292 (дата обращения 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-15)
16. Доклад Всемирной организации здравоохранения: Здоровье и благополучие в добровольных национальных обзорах осуществления Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ за 2016–2020 гг. [Электронный ресурс] // URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340008/WHO-EURO-2021-2121-41876-57441-rus.pdf (дата обращения 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-16)
17. Примечание: данные указаны на 2020 год. Статистика Росстатат: Демография, Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-17)
18. Примечание: серым выделены наиболее низкие показатели по сравнению с показателями зарубежных стран. [↑](#footnote-ref-18)
19. Статистика Мирового атласа данных [Электронный ресурс] // URL: https://knoema.ru/atlas (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-19)
20. Islam, N., Jdanov, D.A., Shkolnikov, V.M., Khunti, K., Kawachi, I., White, M., Lewington, S., Lacey, B.: Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. BMJ (2021). DOI: 10.1136/bmj-2021-066768 [↑](#footnote-ref-20)
21. Примечание: данные указаны на 2020 год. Статистика Росстатат: Демография, Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-21)
22. Например: Тихомирова И.А. Физиологические основы здоровья. – Ярославль: ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2007. – С. 69; Экология. Здоровье. Спорт: сборник науч. статей VII Международной науч.-практ. конф / Забайкал. гос. ун-т. – Чита, 2019. – С. 61; Павленок П.Д. Основы социальной работы: учебник / П.Д. Павленок // 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2002. – С. 26-37; Адаптивная физическая культура: методические указания к практическим занятиям/ Южно-Российский государственный политехнический университет (НПИ) имени М.И. Платова. - Новочеркасск: ЮРГПУ(НПИ), 2020. - С. 7. [↑](#footnote-ref-22)
23. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. №263. 2011. [↑](#footnote-ref-23)
24. Примечание: Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи. [↑](#footnote-ref-24)
25. Статистика Мирового атласа данных [Электронный ресурс] // URL: https://knoema.ru/atlas (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-25)
26. Статистика Росстатат: Демография, Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-26)
27. Статистика Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: https://www.euro.who.int/ru/countries (дата обращения: 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-27)
28. Статистика Мирового атласа данных [Электронный ресурс] // URL: https://knoema.ru/atlas (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-28)
29. Статистика Росстатат: Демография, Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-29)
30. Статистика Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: https://www.euro.who.int/ru/countries (дата обращения: 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-30)
31. Гришин: система ОМС не могла заработать [Электронный ресурс] // URL: http://alla-astakhova.ru/vladimir-grishin-sistema-oms-ne-mogla-zarabotat-prichem-ni-pri-kakih-obstoyatelstvah/ (дата обращения: 2.09.2021). [↑](#footnote-ref-31)
32. Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия в 2021 году «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции» [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-32)
33. Мурзина О.Г. Проблемы межтерриториальных расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов РФ и пути их решения // Россия: тенденции и перспективы развития. 2021. №16-2. [↑](#footnote-ref-33)
34. Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия в 2021 году «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции» [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-34)
35. Отчет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания за 2017 год [Электронный ресурс] // URL: https://tfomssk.ru/files/doc/%D0%94%D0%B7%D0%BB%D0%B8%D0%B5%D0%B2\_%D0%9A%D0%9C\_%D0%A2%D0%A4%D0%9E%D0%9C%D0%A1%D0%A1%D0%9E-%D0%90.doc (дата обращения: 28.03.2022). [↑](#footnote-ref-35)
36. Определение Верховного суда Российской Федерации от 11 ноября 2021 года №308-ЭС21-5947 [Электронный ресурс] // URL: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/0359aab0-94ba-4afb-ac50-8fa2ef731e7d/ba2365b7-df61-4c4b-b30c-08a1d91e0456/A32-20379-2020\_20211111\_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True (дата обращения: 28.03.2022). [↑](#footnote-ref-36)
37. Примечание: в ходе подготовки Концепции были проанализированы следующие тарифные соглашения: Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования г. Москвы на 2021 год [Электронный ресурс] // URL: https://www.mgfoms.ru/strahovye-kompanii/tarifi/2021 (дата обращения: 10.09.2021); Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2021 год [Электронный ресурс] // URL: http://www.fomsrt.ru/documents/rt/other/ (дата обращения: 10.09.2021); Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Псковской области на 2021 год [Электронный ресурс] // URL: http://www.ptfoms.ru/page/20/Tarifnoe\_soglashenie/ (дата обращения: 10.09.2021); Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2021 год [Электронный ресурс] // URL: http://ultfoms.ru/tarify.html (дата обращения: 10.09.2021); Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 год [Электронный ресурс] // URL: https://omsomsk.ru/blog/article/tarifnoe-soglashenie-2021/ (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-37)
38. Агрегатор цен на медицинские услуги [Электронный ресурс] // URL: https://medihost.ru (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-38)
39. Примечание: реваскуляризацией называют возобновление кровоснабжения ишемизированного миокарда с целью ограничения его повреждения, уменьшения вероятности развития желудочковых нарушений ритма. [↑](#footnote-ref-39)
40. Стародубов В.И. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении [Электронный ресурс] // URL: https://mednet.ru/images/materials/news/doklad\_cniioiz\_po\_COVID-19-2020\_04\_26.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-40)
41. Счетная палата Российской Федерации: медицинские учреждения годами не могут погасить долги [Электронный ресурс] // URL: https://vademec.ru/news/2021/03/04/sp-zafiksirovala-rost-kreditorskoy-zadolzhennosti-klinik-v-2018-2020-godakh/ (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-41)
42. Примечание: оценка по результатам проведенного интервью с представителем Министерства здравоохранения Российской Федерации [↑](#footnote-ref-42)
43. Vademecum – деловой журнал о здравоохранении [Электронный ресурс] // URL: https://vademec.ru/article/feodalnye\_volny-\_komu\_iz\_operatorov\_rynka\_meduslug\_udaetsya\_cherpat\_dokhody\_iz\_potoka\_vzaimorascheto/ (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-43)
44. Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия в 2021 году «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-44)
45. Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия в 2021 году «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-45)
46. Там же. [↑](#footnote-ref-46)
47. Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия в 2021 году «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-47)
48. Счетная палата проанализировала российскую систему ОМС [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/checks/schetnaya-palata-proanalizirovala-rossiyskuyu-sistemu-oms- (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-48)
49. Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия в 2021 году «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-49)
50. Ernst & Young Исследование рынка коммерческой медицины в России 2018-2019 годы // https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/ru\_ru/news/2020/03/ey\_healthcare\_research\_2018-2019\_24032020.pdf [↑](#footnote-ref-50)
51. МС для частного инвестора: что думают эксперты о гарантии доходности в медицинских ГЧП-проектах [Электронный ресурс] // URL: https://rosinfra.ru/news/oms-dla-castnogo-investora-cto-dumaut-eksperty-o-garantii-dohodnosti-v-medicinskih-gcp-proektah (дата обращения: 12.03.2022). [↑](#footnote-ref-51)
52. Президент Перу (2008 г.) Законодательный указ № 1012, статья 9. [↑](#footnote-ref-52)
53. Постановление четырнадцатого апелляционного суда по делу № А13-13992/2020 от 03 июня 2021 года [↑](#footnote-ref-53)
54. «Работать непросто, а оставить жаль» Коммерческие клиники выходят из программы ЭКО по ОМС // https://www.kommersant.ru/doc/4780837 [↑](#footnote-ref-54)
55. Определение Верховного суда РФ от 25.11.2019 № 304-ЭС19-20828 [Электронный ресурс] // СПС «Консультант плюс» (дата обращения: 3.12.2021). [↑](#footnote-ref-55)
56. Письмо ФФОМС от 16.03.2020 № 2315/21/1846 [Электронный ресурс] // СПС «Консультант плюс» (дата обращения: 3.12.2021). [↑](#footnote-ref-56)
57. Решение Арбитражного суда Владимирской области от 14.12.2020 по делу № А11-3665/2020 [Электронный ресурс] // СПС «Консультант плюс» (дата обращения: 3.12.2021). [↑](#footnote-ref-57)
58. Определение Верховного Суда Российской Федерации от 25 апреля 2019 г. № 308-ЭС19-1152 [Электронный ресурс] // СПС «Консультант плюс» (дата обращения: 3.12.2021). [↑](#footnote-ref-58)
59. Обухова О.В., Сененко А.Ш., Ниценко Д.И., Цыдыпов В.Ч., Чилилов А.М. Приносящая доход деятельность как осознанная необходимость для функционирования государственного (муниципального) медицинского учреждения // Менеджер здравоохранения. 2019. №5. [↑](#footnote-ref-59)
60. Там же. [↑](#footnote-ref-60)
61. Примечание: прогнозные данные. Рост обусловлен наличием пандемии. [↑](#footnote-ref-61)
62. Удельный вес потребности в работниках для замещения вакантных рабочих мест в общем числе рабочих мест [↑](#footnote-ref-62)
63. Численность врачей по отдельным специальностям [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/13721 (дата обращения: 20.06.2022); О численности и потребности организаций в работниках по профессиональным группам [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13266 (дата обращения: 20.06.2022). [↑](#footnote-ref-63)
64. Чернышев В.М., Воевода М.И., Мингазов И.Ф. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России // Сибирский научный медицинский журнал. 2019. № 6. С. 107–115. [↑](#footnote-ref-64)
65. Статистика Росстатат: Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-65)
66. Статистические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-66)
67. В регионах диагностирован дефицит врачей [Электронный ресурс] // URL: https://www.rbc.ru/newspaper/2020/02/06/5e39418c9a794713cb0a26bd (дата обращения: 2.08.2021); Мониторинг рынка труда в здравоохранении [Электронный ресурс] // URL: https://scardio.ru/content/activities/2018/ORZ/Otchet-06-2018.pdf (дата обращения: 9.09.2021) и пр. [↑](#footnote-ref-67)
68. Показатель рассчитан авторами на основе данных онлайн-платформ по поиску вакансий и резюме «ГородРабот.ру» (https://gorodrabot.ru/) и «Работа России» (https://trudvsem.ru/). Расчет производился как сумма количества выданных на онлайн-платформе вакансий по запросу: «Врач», «Фельдшер» и «Медсестра». [↑](#footnote-ref-68)
69. Там же [↑](#footnote-ref-69)
70. Там же [↑](#footnote-ref-70)
71. Официальная группа ВКонтакте. В Новокуйбышевске трудятся почти 900 медицинских работников – это врачи, медицинские сестры и младший медицинский персонал, фармацевты. [Электронный ресурс] // URL: https://m.vk.com/nvkbofficial?menu\_opened (дата обращения: 20.06.2022); Попасть к узкому специалисту: миссия выполнима? [Электронный ресурс] // URL: https://63.ru/text/health/2012/10/12/55896391/ (дата обращения: 20.06.2022); [↑](#footnote-ref-71)
72. Общероссийская база вакансий и резюме «Работа России». Показатель рассчитан как сумма вакансий по запросу «врач», «фельдшер» и «медицинская сестра» в г. Жигулевск [Электронный ресурс] // URL: https://trudvsem.ru/vacancy/search?\_title=%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%87&\_regionIds=6300000000000&\_districts=6300000200000 (дата обращения: 20.06.2022). [↑](#footnote-ref-72)
73. Там же. [↑](#footnote-ref-73)
74. Там же. [↑](#footnote-ref-74)
75. Там же. [↑](#footnote-ref-75)
76. Город работ. Показатель рассчитан как сумма вакансий по запросу «врач», «фельдшер» и «медицинская сестра» в г. Чистополь [Электронный ресурс] // URL: https://chistopol.gorodrabot.ru/врач (дата обращения: 20.06.2022). [↑](#footnote-ref-76)
77. Город работ. Показатель рассчитан как сумма вакансий по запросу «врач», «фельдшер» и «медицинская сестра» в г. Лениногорск [Электронный ресурс] // URL: https://leninogorsk.gorodrabot.ru/медицинская\_сестра (дата обращения: 20.06.2022). [↑](#footnote-ref-77)
78. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 9 апреля 2013 г. № 16-5/10/2-2540 О методических рекомендациях по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: https://base.garant.ru/70544460/ (дата обращения: 25.02.2022). [↑](#footnote-ref-78)
79. Кинчагулова М.В., Брынза Н.С., Горбунова О.П., Сунгатуллина Л.А. Мотивация участников программы «Земский доктор» в Тюменской области и оценка их удовлетворенности условиями труда и жизни в сельской местности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsiya-uchastnikov-programmy-zemskiy-doktor-v-tyumenskoy-oblasti-i-otsenka-ih-udovletvorennosti-usloviyami-truda-i-zhizni-v (дата обращения: 24.02.2022). [↑](#footnote-ref-79)
80. Умбетова А.К. Организация целевой подготовки медицинских кадров в Самарской области [Электронный ресурс] // URL: https://archive.econ.msu.ru/sys/raw.php?o=3589&p=attachment (дата обращения: 25.02.2022). [↑](#footnote-ref-80)
81. Там же. [↑](#footnote-ref-81)
82. Там же. [↑](#footnote-ref-82)
83. **Примечание:** предлагается такое расширение на первоначальном этапе. Необходимо впоследствии рассмотреть возможность расширение программы до населенных пунктов численностью **до 150 тыс. человек (при изменении целеполагания программы.** [↑](#footnote-ref-83)
84. Рожденный ползать, или Почему «Земский доктор» в России не взлетел? [Электронный ресурс] // URL: https://regnum.ru/news/society/3152096.html (дата обращения: 24.02.2021). [↑](#footnote-ref-84)
85. Алгоритм действий молодых ученых организаций, подведомственных Минобрнауки России, необходимых для принятия участия в мероприятиях по обеспечению жильем молодых ученых основного мероприятия «Обеспечение жильем отдельных категорий граждан» в рамках государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: https://minobrnauki.gov.ru/action/jhpolitika/algorithm/ (дата обращения: 24.02.2021). [↑](#footnote-ref-85)
86. Статистика Росстата: Рынок труда, занятость и заработная плата [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/labor\_market\_employment\_salaries?print=1 (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-86)
87. Отчет по опросу «Кадровый дефицит медицинских организаций в 2019 году» [Электронный ресурс] // URL: https://medrussia.org/wp-content/uploads/2020/01/bolshoy\_opros\_vrachey\_mir.pdf (дата обращения: 1.08.2021). [↑](#footnote-ref-87)
88. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2020 год [Электронный ресурс] // URL: https://rg.ru/2020/01/09/oplata-truda-dok.html (дата обращения: 29.03.2022). [↑](#footnote-ref-88)
89. Правительство обещает ввести единые требования оплаты труда медиков [Электронный ресурс] // URL: http://dvvedomosti.com/2019/12/26/врачам-подравняют-оклады/? (дата обращения: 29.03.2022). [↑](#footnote-ref-89)
90. Нормирование труда. Проблемы и пути их решения [Электронный ресурс] // URL:  http://www.przrf.ru/info/full/kadrovoe\_regulirovanie/Normirovanie-truda-Problemy-i-puti-ih-resheniya/ (дата обращения: 14.02.2022). [↑](#footnote-ref-90)
91. Почти 90% врачей говорят о дефиците медицинских кадров [Электронный ресурс] // URL: https://www.vedomosti.ru/society/articles/2021/08/03/880561-defitsite-meditsinskih (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-91)
92. Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» [Электронный ресурс] // URL: https://government-nnov.ru/?id=127595 (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-92)
93. Лечебное дело: все больше врачей в России идут под суд [Электронный ресурс] // URL: https://iz.ru/930834/aigul-khabibullina/lechebnoe-delo-vse-bolshe-vrachei-v-rossii-idut-pod-sud (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-93)
94. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 1441. [↑](#footnote-ref-94)
95. Образ врача и пациента в СМИ [Электронный ресурс] // URL: https://1national.ru/news\_smi.php?rubric=view&name=diskussionnaya\_sessiya\_obraz\_vracha\_i\_patsienta\_v\_smi222252 (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-95)
96. И миллиона мало (исследование Медвестника) [Электронный ресурс] // URL: https://medvestnik.ru/content/articles/I-milliona-malo.html (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-96)
97. Там же [↑](#footnote-ref-97)
98. Отчет по опросу «Кадровый дефицит медицинских организаций в 2019 году» [Электронный ресурс] // URL: https://medrussia.org/wp-content/uploads/2020/01/bolshoy\_opros\_vrachey\_mir.pdf (дата обращения: 1.08.2021). [↑](#footnote-ref-98)
99. Шагнуть в медицину: как работают профильные медицинские классы [Электронный ресурс] // URL: https://aif.ru/society/education/shagnut\_v\_medicinu\_kak\_rabotayut\_profilnye\_klassy\_dlya\_budushchih\_doktorov (дата обращения: 16.02.2022). [↑](#footnote-ref-99)
100. Уровнем подготовки молодых специалистов недовольны 77% опрошенных врачей [Электронный ресурс] // URL: https://medvestnik.ru/content/news/Urovnem-podgotovki-molodyh-specialistov-nedovolny-77-oproshennyh-vrachei.html (дата обращения: 1.08.2021). [↑](#footnote-ref-100)
101. Профильное образование - ключевое требование в большинстве вакансий для медпредставителей [Электронный ресурс] // URL: https://pharmvestnik.ru/content/news/profiljnoe-obrazovanie-kljuchevoe-trebovanie-v-boljshinstve-vakansij-dlja-medpredstavitelej.html (дата обращения: 1.08.2021). [↑](#footnote-ref-101)
102. Колобаев В.К. Английский язык в медицинском вузе на до- и постдипломном уровнях обучения // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2018. – № 6. – С. 20-24; [↑](#footnote-ref-102)
103. Уровнем подготовки молодых специалистов недовольны 77% опрошенных врачей [Электронный ресурс] // URL: https://medvestnik.ru/content/news/Urovnem-podgotovki-molodyh-specialistov-nedovolny-77-oproshennyh-vrachei.html (дата обращения: 1.08.2021). [↑](#footnote-ref-103)
104. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики до 2020 г. [Электронный ресурс] // URL: https://www.rosmedobr.ru/journal/2010-god/analiz-chislennosti-struktury-i-kvalifikatsii-meditsinskikh-kadrov-v-rossiyskoy-federatsii-i-klyuche/ (дата обращения: 1.08.2021). [↑](#footnote-ref-104)
105. Примечание: требуются более детальные расчеты со стороны Министерства финансов Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-105)
106. Проверка Счетной палаты показала, что в половине детских поликлиник нет горячей воды [Электронный ресурс] // URL: https://www.interfax.ru/russia/696838 (дата обращения: 7.09.2021). [↑](#footnote-ref-106)
107. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в 2020 году [Электронный ресурс] // URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/5fa/gd-seb\_02.06-\_s-podpisyu\_.pdf (дата обращения: 7.09.2021). [↑](#footnote-ref-107)
108. Например: Закон Санкт-Петербурга от 16 декабря 2020 № 620-134 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» [Электронный ресурс] // URL: https://docs.cntd.ru/document/551979679 (дата обращения: 10.09.2021); Постановление Правительства Ульяновской области №805-П от 29.12.2020 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» [Электронный ресурс] // URL: https://law.ulgov.ru/doc/16141 (дата обращения: 10.09.2021) и пр. [↑](#footnote-ref-108)
109. Инвестиции в интересах здоровья и благополучия: анализ общественной эффективности инвенций в стратегии общественного здравоохранения для поддержки выполнения целей в области устойчивого развития на основе политики здоровье-2020 сводный доклад сети фактических данных в отношении здоровья [Электронный ресурс] // URL: https://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0003/363765/hen-51-rus.pdf (дата обращения: 29.03.2022). [↑](#footnote-ref-109)
110. Примечание: вероятность умереть от сердечно-сосудистых болезней, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний в трудоспособном возрасте – это показатель (%), демонстрирующий вероятность того, что человек умрет в определенном возрасте от наиболее распространенных хронических и приобретенных заболеваний, учитывая текущий уровень смертности. В оценке Всемирной организации здравоохранения является одним из показателей эффективности системы здравоохранения. [↑](#footnote-ref-110)
111. Статистика Росстатат: Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-111)
112. Статистические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy (дата обращения: 10.09.2021). [↑](#footnote-ref-112)
113. Статистика Мирового атласа данных [Электронный ресурс] // URL: https://knoema.ru/atlas (дата обращения: 8.09.2021). [↑](#footnote-ref-113)
114. https://index.minfin.com./reference/coronavirus/geography/ [↑](#footnote-ref-114)
115. About health technologies and medicines [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro. who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/about-health-technologies-and-medicines). [↑](#footnote-ref-115)
116. Demidova O.A., Kayasheva E.V., Demyanenko A.V. Government Spending on Healthcare and Economic Growth in Russia: A Regional Aspect // Spatial Economics, 2021, vol. 17, №. 1, pp. 97–122. [↑](#footnote-ref-116)
117. Расчеты приведены исходя из того, что минимальные государственные расходы, которые предлагается произвести в здравоохранение, составляют 661,5 млрд руб. (обозначены в таблице “min”), а максимальные - 941,5 млрд руб. (обозначены в таблице “max”). [↑](#footnote-ref-117)
118. Примечание: после вложения дополнительных денежных средства. [↑](#footnote-ref-118)
119. В рамках данной работы использовались следующие исследования: Кудрин А., Кнобель А. Бюджетная политика как источник экономического роста // Вопросы экономики. 2017. № 10. С. 5—26; Зяблицкий И.Е. Оценка фискальных мультипликаторов в российской экономике // Экономический журнал ВШЭ. 2020. № 24(2). С. 268–294. [↑](#footnote-ref-119)
120. Право на бесплатное предоставление лекарственных препаратов имеют, в частности, следующие категории лиц:   
     1. Граждане при оказании им в рамках программы госгарантий бесплатной медпомощи: первичной медико-санитарной помощи в дневном стационаре и в неотложной форме, специализированной, скорой, паллиативной медпомощи в стационаре, дневном стационаре и при посещениях на дому - в отношении лекарств, включенных в утвержденный Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарств; 2. Граждане, имеющие право на обеспечение лекарственными препаратами за счет средств бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ; 3. Дети в возрасте до шести лет из многодетных семей - в отношении лекарств, приобретаемых по рецептам врачей; 4. Дети до трех лет, инвалиды I группы и неработающие инвалиды II группы - в отношении лекарств, выдаваемых по рецептам врачей. 5. Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом; 6. ВИЧ-инфицированные, а также граждане, нуждающиеся в проведении профилактического лечения ВИЧ-инфекции; 7. Военнослужащие и граждане, призванные на военные сборы; 8. Сотрудники органов внутренних дел РФ (в том числе полиции); 9. Лица, имеющие специальные звания и проходящие службу в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, органах принудительного исполнения РФ, федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы и таможенных органах РФ; 10. Граждане, занятые на работах с химическим оружием, и граждане, получившие профессиональные заболевания в результате проведения работ с химическим оружием; 11. Герои Социалистического Труда, полные кавалеры ордена Трудовой Славы (граждане РФ); 12. Герои Советского Союза, Герои РФ и полные кавалеры ордена Славы (граждане РФ); 13. Лица в составе Российской антарктической экспедиции; 14. Лица, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, - в отношении установленного перечня лекарств в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и пр. Указанный перечень лиц не является исчерпывающим. Региональное законодательство также может определять дополнительный круг лиц, имеющих право на получение бесплатных лекарств. [↑](#footnote-ref-120)
121. Примечание: орфанные заболевания – редкие заболевания, затрагивающие небольшую часть популяции. Для стимуляции их исследований и создания лекарств для них (орфанные препараты) обычно требуется поддержка со стороны государства. [↑](#footnote-ref-121)
122. Статистика Росстатат: Демография, Здравоохранение [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-122)
123. Цели устойчивого развития ООН и Россия [Электронный ресурс] // URL: https://ac.gov.ru/archive/files/publication/a/14684.pdf (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-123)
124. На основе потребления статинов в РФ по данным IQVIA. [↑](#footnote-ref-124)
125. BMJ Global Health [Электронный ресурс] // URL: https://gh.bmj.com/content/5/11/e002640 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-125)
126. American Family Physician [Электронный ресурс] // URL: https://www.aafp.org/afp/2011/0401/p819.html (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-126)
127. Министерство здравоохранения и социальных служб США [Электронный ресурс] // URL: https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/cardiovascular-clinical-archive/pharmacological-interventions-to-manage-coronary-heart-disease-08-07-2003/ (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-127)
128. Статистика Мирового атласа данных [Электронный ресурс] // URL: https://knoema.ru/atlas (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-128)
129. Там же [↑](#footnote-ref-129)
130. Обзор аптечного сегмента лекарственных препаратов за 2019 год  [Электронный ресурс] // URL: https://dsm.ru/news/695/ (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-130)
131. Science Direct, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies [Электронные ресурсы] // URL:  https://www.tlv.se/download/18.1d85645215ec7de284611ebd/1510316381520/ppri\_pharma\_profile\_sweden\_2017.pdf; https://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=2.8%20Regulation&Type=Section; https://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0009/355986/Health-Profile-Latvia-Eng.pdf (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-131)
132. ФАС [Электронный ресурс] // URL: https://fas.gov.ru/netcat\_files/File/PROBLEMY%20LEKOBESPEChENIYa-1%20(1).pdf (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-132)
133. Интервью заместителя Министра здравоохранения Наталья Хоровая [Электронный ресурс] // URL: https://www.garant.ru/news/1184787 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-133)
134. По данным официального сайта Пенсионного фонда Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: https://pfr.gov.ru/branches/voronezh/info/~0/603 (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-134)
135. Информация Департамента здравоохранения Брянской области [Электронный ресурс] // URL: https://www.brkmed.ru/article/orfannye-zabolevaniya/ (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-135)
136. Фонд «Круг Добра» [Электронный ресурс] // URL: https://фондкругдобра.рф (дата обращения: 12.08.2021). [↑](#footnote-ref-136)
137. Отчет Счетной палаты Российской Федерации об аудите системы здравоохранения в 2020 год [Электронный ресурс]  // URL: https://ach.gov.ru/upload/reports/2020\_zdrav.pdf (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-137)
138. Проблема приверженности к терапии в кардиологии // Кардиология. 2018. № 58(9). С. 89-95. [↑](#footnote-ref-138)
139. Отчет Государственной думы РФ «Современные тенденции в системе здравоохранения РФ» [Электронный ресурс] // URL: http://duma.gov.ru/media/files/otTeY7Kh7jQrYiz92JbKmBymxb6971xF.pdf (дата обращения: 2.08.2021). [↑](#footnote-ref-139)