



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

**ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПНОСТИ
И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ
НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА**

МОСКВА
2021

Государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Аксенова Е. И., Бессчетнова О. В.

**Показатели доступности и качества медицинской помощи,
обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской
помощью в различных странах мира**

Экспертный обзор

Москва, 2021

УДК 614.2

ББК 51.1 (0)

П48

П48 Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. Е. И. Аксенова, О. В. Бессчетнова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 40 с.

ISBN: 978-5-907404-54-0

УДК 614.2

ББК 51.1 (0)

ISBN: 978-5-907404-54-0

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

Оглавление

1. ТЕЗАУРУС	4
1.1. Доступность и качество медицинской помощи	4
1.2. Удовлетворенность качеством медицинской помощи	8
2. МЕЖСТРАНОВОЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	11
2.1. Великобритания	11
2.2. Германия	14
2.3. Китай	15
2.4. США	17
2.5. Сингапур	18
2.6. Россия	20
3. ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	24
3.1. Национальные программы и проекты	24
3.2. Преимущества и ограничения имплементации зарубежных практик в систему здравоохранения РФ	26

1. ТЕЗАУРУС

1.1. Доступность и качество медицинской помощи

В настоящее время ученые всего мира проводят различные научные исследования, направленные на решение вопросов, связанных с определением доступности, улучшением качества медицинской помощи, а также нацеленные на повышение удовлетворенности населения медицинскими услугами.

Многие страны стремятся улучшить доступность, качество и удовлетворенность населения медицинской помощью посредством широкого диапазона проводимых мероприятий, направленных на совершенствование интеграции и координирования производственных и технологических процессов в медицинских организациях, совершенства нормативно-правовой базы.

Встреча министров здравоохранения семи наиболее развитых экономик мира – Канады, Франции, Германии, Италии, Японии, Великобритании и США (G7) на 45-м саммите в мае 2019 г. привела к принятию Декларации о всеобъемлющих, основанных на фактических данных и устойчивых действиях в области глобального здравоохранения, которая преследовала три цели:

- борьбу с неравным доступом к медицинскому обслуживанию, в том числе по причине гендерного неравенства; удовлетворение потребностей людей в профилактике, обследовании и лечении;
- усиление борьбы с тремя основными пандемиями: СПИДом, малярией и туберкулезом, и амбициозными целями их ликвидации к 2030 году;
- повышение эффективности систем здравоохранения посредством обмена знаниями в международном формате.

Мировой рейтинг стран по уровню медицинского обслуживания (NUMBEO) за 2020 год показал, что самый высокий индекс безопасности здоровья – в Тайване (86,42), а из изучаемых нами стран – в Великобритании (74,88), Германии (73,35), Сингапуре (70,97), США (69,20), Китае (66,62) и России (58,01) соответственно¹.

По данным ВОЗ в соответствии с Целями в области устойчивого развития (ЦУР) одним из ключевых компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) является качество. В задаче 3.8 ЦУР содержится призыв к странам обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех, независимо от уровня дохода.

По оценкам ВОЗ:

- 1,8 млрд человек, или 24 % населения мира, живут в условиях нестабильности, затрудняющих оказание качественных медицинских услуг;
- от 5,7 до 8,4 млн ежегодных случаев смерти в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) связаны с низким качеством медицинской помощи, что составляет до 15 % от общего числа летальных случаев;
- 60 % случаев смерти вызваны состояниями, связанными с низким качеством медицинской помощи, которые могли бы быть предотвращены².

Задача ЦУР 3.b: Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех.

Вопрос доступа к основным лекарственным средствам носит глобальный характер и не зависит от уровня социально-экономического развития страны. В ряде развивающихся стран с низким и средним уровнем доходов лекарства недоступны не только для пациентов ввиду их высокой стоимости, но и даже для систем здравоохранения.

¹ Рейтинг стран по уровню медицины. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index> .

² Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>

Вместе с тем основные лекарственные средства надлежащего качества и в соответствующих формах должны быть в наличии в надлежащем количестве в любое время. Кроме того, необходимо обеспечить доступ к медицинским технологиям в целом (медицинскому оборудованию и широкому спектру медицинских изделий и предметов ухода), предназначенным для оказания медико-санитарной помощи в различных условиях, включая помощь на дому.

В итоговом докладе Группы высокого уровня, представленном в сентябре 2016 г., особое внимание уделено решению следующих проблем в сфере доступности медицинской помощи:

- противоречиям между задачами общественного здравоохранения и нормами права, а также вопросам политики и практики регулирования права на здоровье, международной торговли и интеллектуальной собственности; существующим среди учреждений дисбалансом сил и продвижением инноваций в сфере медицинских технологий и доступом к ним;
- несогласованности между рыночными моделями, стимулирующими инновации, необходимостью обеспечить лечение пациентов с использованием высокотехнологичных видов помощи и стоимостью медицинских услуг, что ложится бременем на отдельного пациента и систему здравоохранения в целом;
- отсутствию единого подхода к мониторингу использования лекарственных средств;
- необходимости проведения регулярного анализа данных для повышения эффективности и оптимального сочетания стратегий, направленных на обеспечение доступа к недорогим лекарственным средствам, в контексте ограниченных бюджетов здравоохранения, что позволяет выявить области, требующие совершенствования, для устранения нецелевого расходования финансовых средств.

Для улучшения медицинского обслуживания и доступа к лекарствам требуются комплексные действия:

во-первых, усиление межведомственного взаимодействия всех заинтересованных субъектов – министерств здравоохранения, образования, финансов, промышленного развития, труда и социальной защиты, фармацевтической индустрии, медицинских ассоциаций, объединений пациентов и потребителей;

во-вторых, привлечение рекламы и маркетинга, в том числе ресурсов сети Интернет, к информированию как работников здравоохранения, так и пациентов о новых доступных лекарственных средствах;

в-третьих, более активное использование качественных дженериков вместо дорогих патентованных лекарственных препаратов как одного из способов снижения затрат в сфере здравоохранения, доля которых существенно отличается в разных странах (от 17 % в Швейцарии до 83 % в Великобритании)³.

Доступность медицинской помощи подразумевает свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Основными гарантиями доступности медицинской помощи для граждан Российской Федерации являются законодательно закрепленные положения о бесплатном оказании медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (ст. 41 Конституции РФ), о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи гражданам в соответствии с Программой ОМС, включающем первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую и специализированную помощь, медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (психическими, онкологическими, венерическими, туберкулезом, СПИДом), а также медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих).

Согласно ст. 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴, доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

³ Доступ к основным лекарственным средствам, вакцинам и медицинским технологиям. Информационные бюллетени о Целях в области устойчивого развития: задачи, связанные со здоровьем. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/376477/fact-sheet-sdg-essential-medicines-rus.pdf.

⁴ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/e63d3344841b2f5636a73710e906a23ebaf9ab82/

- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
- 7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- 8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
- 9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
- 10) применением телемедицинских технологий.

Кроме того, доступность медицинской помощи также подразумевает возможность получения гражданами дополнительных медицинских услуг по программам добровольного медицинского страхования (эта возможность законодательно закреплена и как одно из общих прав пациента, пункт 10 ст. № 323-ФЗ), а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законами РФ.

В большинстве западных стран с развитым общественным здравоохранением сроки ожидания медицинской помощи контролируются и проводится государственная политика их снижения. По законодательству РФ действуют государственные гарантии предельных сроков ожидания. Так, согласно Территориальной программе государственных гарантий (далее – ТПГТ) города Москвы на 2020 г., ожидание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в стационарных условиях в плановой форме (плановая госпитализация) составляет не более 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию пациента.

Медицинская помощь по неотложным показаниям в амбулаторных условиях оказывается врачами-терапевтами в день обращения пациента в медицинскую организацию, срок ожидания – не более двух часов с момента обращения.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в плановой форме осуществляется по предварительной записи пациентов, в том числе в электронной форме. Срок ожидания приема участковыми врачами-терапевтами не должен превышать 24 часов с момента обращения; врачами-специалистами – не более 10 календарных дней со дня обращения.

Срок ожидания проведения диагностических инструментальных исследований (рентгенологические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет не более 10 календарных дней со дня назначения исследования; компьютерной томографии – не более 14 рабочих дней со дня назначения исследования.

Другой важной составляющей медицинской помощи является категория качества. Под *качеством медицинской помощи* Всемирная организация здравоохранения понимает степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

Качество медицинской помощи, включающее укрепление здоровья, профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, может измеряться и постоянно повышаться благодаря постоянному мониторингу, основанному на научных и статистических данных, с учетом потребностей и предпочтений пользователей – пациентов, семей и местных сообществ.

Определяя качество медицинской помощи, ВОЗ указывает на ряд принципов, лежащих в его основе:

- **эффективности:** предоставление услуг здравоохранения нуждающимся в них лицам;
- **безопасности:** отсутствие вреда или ущерба для здоровья при оказании медицинской помощи;
- **ориентации на потребности людей:** учет индивидуальных особенностей, предпочтений, потребностей, ценностей (религиозных, экзистенциальных) при оказании медицинской помощи;
- **своевременности:** оказание медицинской помощи без промедления, задержек, влекущих за собой усугубление состояния пациента, инвалидизацию и летальный исход; организация и предоставление услуг здравоохранения таким образом, чтобы люди могли непрерывно получать полный спектр услуг, связанных с укреплением, охраной здоровья и профилактикой заболеваний, а также с диагностикой, лечением, долговременным уходом, реабилитацией и паллиативной помощью на разных уровнях и в разных медицинских организациях в соответствии с их потребностями;
- **справедливости:** обеспечение равного качества медицинской помощи независимо от возраста, гендера, расы, этнической принадлежности, географического местоположения, религии, социально-экономического статуса, а также языковой или политической принадлежности;
- **интеграции:** координация медицинской помощи среди провайдеров на всех уровнях управления; обеспечение доступа ко всему комплексу услуг здравоохранения на протяжении всей жизни;
- **действия:** извлечение максимальных преимуществ от имеющихся в наличии ресурсов; недопущение потерь времени и средств.

В Политической декларации ООН, направленной на всеобщий охват услугами здравоохранения, принятой в 2019 г., было подтверждено обязательство постепенно обеспечить к 2023 г. охват качественными основными услугами здравоохранения дополнительно для 1 млрд человек, с тем чтобы к 2030 г. охватить все население мира.

По мнению ВОЗ, обеспечение *качества медицинских услуг* является результатом нескольких составляющих: целостности системы здравоохранения; адекватности действий провайдеров услуг; надлежащего управления; квалифицированных и компетентных трудовых ресурсов; обеспечения своевременного и полноценного финансирования; создания информационных систем, позволяющих осуществлять постоянный контроль за качеством медицинской помощи; обеспечения лекарственными средствами; оснащения медицинских учреждений современным оборудованием и технологиями.

К наиболее приоритетным сферам, имеющим важное значение для оказания качественной медицинской помощи, ВОЗ относит:

во-первых, оказание высококачественной первичной медико-санитарной помощи и выполнение основных функций общественного здравоохранения, в том числе расширение прав и возможностей людей; участие местных сообществ; осуществление согласованных управленческих действий в интересах улучшения здоровья населения; создание служб здравоохранения;

во-вторых, проведение мониторинга и оценки качества медицинской помощи на основе актуальных данных для совершенствования национальных систем здравоохранения;

в-третьих, обмен опытом и организацию профессионального обучения, позволяющих тиражировать наиболее эффективные практики диагностики, профилактики и лечения заболеваний как на уровне национальных систем здравоохранения, так и в масштабе всего мирового сообщества;

в-четвертых, обеспечение качества и устойчивости системы здравоохранения в условиях высоких политических, экономических, социальных рисков; проведение работы, направленной на опережение возникновения чрезвычайных ситуаций сфере здравоохранения и анализ наиболее эффективных методов их выявления и ликвидации, выработанных во время ЧС;

в-пятых, оказание медицинских услуг на основе гуманного подхода, с учетом потребностей потребителей, что непосредственным образом отражается на удовлетворенности населения медицинской помощью⁵.

⁵ 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL:

В российской юридической практике понятие «*качество медицинской помощи*» закреплено в п. 21 ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 и определяется как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

В ст. 79.1 указанного закона независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности; независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями не осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

Исходя из содержания ст. 64 Федерального закона № 323-ФЗ, установлены критерии оценки качества медицинской помощи, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и регламентируются Приказом Минздрава РФ № 520н от 15.07.2016 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», введенным в действие с 1 июля 2017 г., и применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, которые имеют соответствующую лицензию в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата и относятся к медицинским организациям независимо от формы собственности и условий оказания медицинской помощи (на возмездной или безвозмездной основе).

В соответствии с Приказом 520н от 15.07.2016 критерии качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе порядков оказания и стандартов медицинской помощи; клинических рекомендаций (протоколов лечения):

1) *по группам заболеваний (состояний)*:

- критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях;
- критерии качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм;
- критерии качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ;
- критерии качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата;
- критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка;
- критерии качества при болезнях системы кровообращения;
- критерии качества при болезнях органов дыхания;
- критерии качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки;
- критерии качества при болезнях мочеполовой системы;
- критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде;
- критерии качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках;
- критерии качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин.

2) *по условиям оказания медицинской помощи*:

- в отношении медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;
- в отношении медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;
- в отношении медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

1.2. Удовлетворенность качеством медицинской помощи

Согласно Глобальному индексу здоровья, составленному Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, отдела народонаселения ООН и Всемирного банка по нескольким критериям (продолжительность жизни, меры по борьбе с курением и ожирением,

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

доступ к чистой воде и медицине, экологическая обстановка, причины смертности и др.), в 2021 году в десятку стран с наилучшими показателями здоровья населения вошли: Испания, Италия, Исландия, Япония, Швейцария, Швеция, Австралия, Сингапур, Норвегия и Израиль.

Первенство Испании как самой здоровой нации в мире на протяжении последних лет обусловлено комплексом причин:

во-первых, средиземноморским рационом питания, включающим употребление морепродуктов, бобовых, фруктов и овощей, сведение к минимуму потребления красного мяса, полуфабрикатов и фастфуда;

во-вторых, высоким уровнем физической активности, широким распространением практик пеших прогулок среди разных групп населения (37 % испанцев ходят на работу пешком, а не ездят на машине или общественном транспорте, в отличие, например, от США, где таковых 6 %);

в-третьих, введением универсальной программы здравоохранения, позволяющей снизить уровень предотвратимых смертей до 45,4 на 100 000 жителей страны. Ожидаемая продолжительность жизни в Испании составляет 83,5 года, которая по прогнозам достигнет 85,8 года к 2040 году и станет самой высокой в мире⁶.

Согласно portalу Statista.com, уровень удовлетворенности населения разных стран качеством медицинских услуг заметно отличается в мировом масштабе (таб. 1).

Таблица 1 – Рейтинг удовлетворенности качеством медицинской помощи за рубежом⁷

Страна	Удовлетворены (%)	Не удовлетворены (%)	Затруднились ответить (%)
Сингапур	60 %	18 %	22 %
Великобритания	53 %	22 %	24 %
Китай	52 %	24 %	23 %
Германия	39 %	26 %	33 %
США	30 %	43 %	25 %
Россия	11 %	70 %	17 %

Данные получены по результатам исследования, проведенного с 22 ноября по 6 декабря 2019 года по всему миру, на выборочной совокупности 16 тыс. человек в возрасте 16-74 лет методом онлайн-интервью.

Несмотря на пандемию, в 2020 году рейтинги оценок качества здравоохранения во многих странах мира заметно выше, чем несколько лет назад. Например, в Великобритании оценку «хорошо/очень хорошо» дали 74 % опрошенных, «плохо/очень плохо» – 9 %. В России – 9% и 53 % соответственно⁸.

Медицинские услуги наиболее высоко оцениваются населением в Австралии (81 %), Нидерландах (76 %) и Великобритании (74 %), в отличие от Польши (53 %), Венгрии (42 %) и Перу (40 %), давших наиболее низкие оценки национальным системам здравоохранения. Часть стран сделали большой шаг вперед по модернизации и улучшению качества медицинской помощи населению, среди них Саудовская Аравия (+19), Китай (+14), Бразилия и Швеция (по +13).

По данным Всемирного банка, расходы на здравоохранение в России в 2018 году составляли 5,32 % ВВП⁹, по сравнению со средним мировым показателем в 11,8 %. В 2018 году среди стран – членов ОЭСР США занимали первое место по расходам на частное здравоохранение – 17 % ВВП, далее следовали Швейцария, Франция и Германия, в то время как расходы на общественное здравоохранение находились на одном уровне с другими развитыми странами.

Согласно опросу, проведенному Gallup с 6 ноября 2019 г. по 10 февраля 2020 г. (n=3 003) методом личного интервью, немногим более трети россиян (37 %) удовлетворены качеством

⁶ Healthiest countries 2021. URL: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/healthiest-countries>

⁷ Percentage of respondents worldwide who were satisfied with their country's national health system as of 2019, by country. URL: <https://www.statista.com/statistics/1109036/satisfaction-health-system-worldwide-by-country/#statisticContainer>

⁸ Global Health Service Monitor 2020. URL: <https://www.ipsos.com/en/global-health-service-monitor-2020>

⁹ Current health expenditure. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

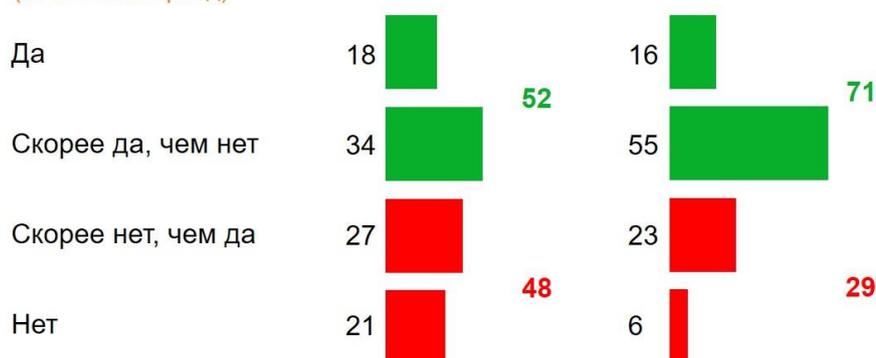
медицинской помощи, предоставляемой в местных медицинских организациях, которое остается неизменным на протяжении последних пяти лет¹⁰.

По результатам исследования (n=1500, общероссийская выборка населения старше 18 лет), направленного на изучение удовлетворенности россиян собственным здоровьем и качеством медицинских услуг, проведенного крупнейшим российским частным исследовательским холдингом «Ромир» (часть холдинговой компании MileGroup, представитель международной исследовательской ассоциации Gallup International и GlobalNR на территории России и СНГ), который специализируется на маркетинговых, медиа и социально-экономических исследованиях, 71 % респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья (данный показатель вырос на 19 % по сравнению с 2003 годом); 29 % дали отрицательный ответ. Однако лишь 11 % жителей страны положительно оценили качество предоставляемых медицинских услуг; мнения остальных разделились практически поровну – 45 % участников опроса считают их удовлетворительными, 44 % – плохими или очень плохими¹¹.



«Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья? (%)»

(2003 / 2020 тренд)



Выявлена прямая отрицательная корреляционная зависимость между степенью удовлетворенности населения собственным здоровьем и уровнем дохода: чем ниже доход, тем ниже степень удовлетворенности. Менее трети респондентов с высоким доходом (27 %) полностью удовлетворены своим здоровьем, а в группе лиц с низким доходом – лишь 14 %.

Относительно оценки качества услуг в медицинских организациях ответы респондентов распределились следующим образом: 45 % считают их удовлетворительными, 28 % – плохими, 16 % – очень плохими. Таким образом, в настоящее время лишь 11 % россиян считают качество медицинских услуг очень хорошим и хорошим.



«Как бы Вы оценили качество медицинских услуг в настоящее время? (%)»



¹⁰ Bikus A., Esipova N. Pre-Pandemic, Most Russians Unhappy With Healthcare. URL: <https://news.gallup.com/poll/312215/pre-pandemic-russians-unhappy-healthcare.aspx>

¹¹ Россияне довольны состоянием своего здоровья, а не качеством медицинских услуг. URL: <https://romir.ru/studies/rossiyane-dovolny-sostoyaniem-svoego-zdorovya-a-ne-kachestvom-medicinskih-uslug>

Наибольшее недовольство качеством медицинских услуг выражают жители Дальневосточного и Южного ФО (34 % и 24 % соответственно против 16 % в целом по выборке) по сравнению с другими субъектами РФ; чаще жители малых городов с численностью населения от 100 до 500 тыс. человек – 21 %, чем городов-миллионников – 13 %; малообеспеченные – 59 %, чем представители среднего и высшего класса – 25 %.

Что касается вакцинации, то две трети респондентов из 27 стран (64 %) считают допустимым введение обязательной вакцинации как способа защиты от инфекционных заболеваний, в то время как 15 % респондентов с этим не согласны. Если в Аргентине, Малайзии, Саудовской Аравии наблюдается консенсус во взглядах населения на обязательную вакцинацию, то в России, США, Франции и Польше мнения сильно различаются.

Таким образом, к актуальным проблемам здравоохранения во всем мире отнесены: доступ к лечению / длительное время ожидания – 40 %; нехватка персонала – 36 %; высокая стоимость лечения – 32 %; перегруженность – 55 %¹². Относительно влияния COVID-19 на экономику разных стран, 56 % жителей Китая считают, что их экономика уже восстановилась после кризиса, в то время как 66 % россиян полагают, что восстановление займет более трех лет¹³.

В целом, несмотря на целый ряд политических, экономических, идеологических и других барьеров (санкции, закрытие границ, перебои с поставками лекарственных средств, проблемы с импортозамещением, введение карантинных мер из-за пандемии, экономический кризис и пр.), преобладает общая позитивная тенденция в оценке людьми качества медицинских услуг, предоставляемых национальными системами здравоохранения, что подтверждается рядом научных исследований. В частности, одним из показателей является степень доверия медицинским учреждениям по месту жительства: наиболее высокий уровень зафиксирован в Малайзии (75 %), Австралии (74 %) и Китае (74 %); наименьший – в Венгрии (16 %), России (16 %) и Польше (18 %).

2. МЕЖСТРАНОВОЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

2.1. Великобритания

Сегодня в мировой практике существует три основных вида систем здравоохранения:

Бюджетная (государственная) модель предполагает значительную роль государства как покупателя и провайдера услуг в обеспечении финансирования здравоохранения из налоговых поступлений (от 70 %), предоставлении медицинских услуг всему населению на бесплатной основе (доля совокупных расходов из общественных источников в ВВП, как правило, составляет 8–11 %), оставляя на периферии частное страхование и другие соплатежи. Основная часть медицинских услуг реализуется в государственных медицинских организациях, включенных в единую централизованную систему управления, в связи с чем государство осуществляет контроль рынка медицинских товаров и услуг, устанавливает правила допуска и доступа на рынок, формирует перечни возмещения с помощью тарифной политики и ценообразования, а также определяет объем оказываемых медицинских услуг; контролирует качество медицинской помощи через систему аккредитации учреждений здравоохранения и лицензирования врачей.

В основе страховой (социально-страховой) модели лежат принципы смешанной экономики, сочетающей в себе рыночные отношения с государственным контролем, образуя систему регулируемого страхования здоровья. Программы ОМС (обязательного медицинского страхования) охватывают практически все население, с привлечением государственного финансирования страховых фондов (государственные расходы на здравоохранение могут варьироваться от 9 до 13 % от ВВП), а также системы соплатежей. Основная роль в распределении средств отведена многочисленным частным некоммерческим или коммерческим страховым фондам, роль государственного вмешательства менее значима по сравнению с бюджетной моделью

¹² Global Health Service Monitor 2020. URL: <https://www.ipsos.com/en/global-health-service-monitor-2020>

¹³ Citizens don't expect national economies to recover anytime soon. URL: <https://www.ipsos.com/en/local-economic-recovery-wef-ipsos-global-advisor-survey>

здравоохранения; у пациентов есть право выбора страховых компаний и поставщиков услуг при получении медицинской помощи.

В целом данную модель можно охарактеризовать как децентрализованную из-за большого количества участников на рынке медицинских услуг. Большинство видов медицинской помощи оказывается частными некоммерческими организациями, первичная медицинская помощь – частнопрактикующими семейными врачами.

При доминировании *частной (негосударственной, или рыночной)* модели здравоохранения медицинские услуги, как правило, оказываются на платной основе, за счет частного страхования и личных средств граждан (от 50 % и выше). Единой системы государственного медицинского страхования не существует, т. к. в полномочия государства входит обеспечение медицинскими услугами в основном социально уязвимых категорий граждан (безработных, инвалидов, престарелых, малоимущих).

Частные коммерческие страховые фонды аккумулируют денежные средства, которые затем поступают в лечебно-профилактические учреждения; возмещение расходов на медицинские издержки предоставляется в зависимости от частных страховых планов, с минимальным вмешательством государства в рамках ограниченного числа государственных программ. В данной модели доминирующую роль играет рынок медицинских услуг и частного медицинского страхования; большая часть медицинских услуг оказывается частными медицинскими организациями и частнопрактикующими семейными врачами. Такая система, с одной стороны, создает высокий уровень конкуренции на рынке медицинских услуг, что позитивно сказывается на их качестве, однако, с другой стороны, снижает доступность медицинской помощи для всего населения; не способствует улучшению показателей здоровья, несмотря на более высокий уровень расходов на здравоохранение, в отличие от двух предыдущих моделей. Качество медицинских услуг осуществляется профессиональными медицинскими организациями посредством лицензирования и аккредитации медицинских учреждений и персонала.

В Великобритании медицинская помощь оказывается Национальной службой здравоохранения (англ. National Health Service – NHS), созданной 5 июля 1948 г., которая состоит из четырех государственных медицинских систем: 1) национальной службы здравоохранения Англии; 2) службы здравоохранения и социального обеспечения Северной Ирландии (HSENI); 3) национальной службы здравоохранения Шотландии; 4) национальной службы здравоохранения Уэльса, каждая из которых работает автономно. Финансирование осуществляется из расчета 10 % ВВП ежегодно, как правило, за счет налоговых поступлений, а не системы медицинского страхования. Большинство медицинских услуг гражданам страны предоставляются на безвозмездной основе.

Департамент здравоохранения централизованно контролирует внедрение законов и нормативных актов в медицинской отрасли, а основные решения на локальном уровне принимают местные подразделения NHS, так называемые трасты (NHS trusts), непосредственно подчиняющиеся региональным стратегическим управлениям здравоохранения, и расходуют 80 % общего бюджета здравоохранения. Департамент здравоохранения предоставляет трастам первичного звена право применять тактику аутсорсинга, т. е. использовать услуги частных медицинских учреждений с целью более рационального распределения ресурсов.

Связующим звеном между вышеупомянутыми двумя уровнями организации здравоохранения являются стратегические управления здравоохранения (Strategic Health Authorities).

Ключевым ресурсом в системе национального здравоохранения Великобритании является первичная помощь, оказываемая врачом общей практики, который, как правило, обслуживает около 1200 человек на своем участке и обязан оказать помощь в течение 24 часов после обращения. В случае необходимости вмешательства узкого специалиста действует «закон 18 недель», т. е. с момента записи к узкому специалисту, назначения планового оперативного вмешательства до момента непосредственного оказания данной медицинской услуги должно пройти не более 18 недель¹⁴.

Сегодня в Великобритании поставлена задача увеличить объем оказания первичной медицинской помощи за счет сокращения объемов дорогой вторичной помощи. Помимо государственной в стране существует частная медицина, оплата медицинских услуг осуществляется как из личных сбережений, так и средств страховых компаний.

¹⁴ Фролова Е. В. Организация медицинской помощи в Великобритании // Главврач. 2017. № 11. С. 66-75.

Отпуск всех лекарственных средств в аптеках осуществляется исключительно по рецепту врача, который подлежит строгому учету и контролю, с внесением врачом записи в специальную форму. Пациенты, за исключением инвалидов, онкологических больных, безработных и пенсионеров, за выписку рецепта обязаны заплатить около 7 фунтов стерлингов, но лекарство поставляется бесплатно в течение трех суток.

Вызов врача на дом – скорее исключение, чем правило. Для снижения нагрузки на врачей амбулаторно-поликлинического звена во многих городах Великобритании организованы службы первичного приема граждан (walk in center), который ведет специалист со средним медицинским образованием, консультирующий пациентов лично или по телефону в отношении случаев, не требующих врачебного вмешательства.

В отличие от отечественного здравоохранения, в Великобритании очень редко назначают комплекс дополнительных диагностических исследований — флюорографию, УЗИ, компьютерную томографию; лабораторные анализы, только в случае прогрессирования заболевания и ухудшения самочувствия.

За соблюдением прав пациентов и качеством предоставляемых медицинских услуг ведется строгий контроль. В случае постановки неправильного диагноза, несвоевременного или неэффективного лечения предусматриваются следующие виды административного наказания: штраф, увольнение с работы, лишение медицинской лицензии. Пациент же в случае нарушения своих прав может рассчитывать на получение достаточно высокой компенсации.

Управление системой здравоохранения осуществляется трастами NHS, осуществляющими контроль за качеством предоставляемых услуг и рациональным расходованием бюджетных средств.

Трасты неотложной помощи (acute trusts) обеспечивают функционирование учреждений, оказывающих непродолжительную медицинскую помощь; к этой группе относятся больницы скорой помощи, родильные дома, рентген-диагностические лаборатории.

Трасты обеспечения (care trusts) работают одновременно в здравоохранении и в социальной сфере, что бывает необходимо при внедрении программ, предусматривающих тесное сотрудничество NHS и муниципальной власти.

Трасты психического здоровья (mental health trusts) организуют и контролируют проведение психологического лечения, медицинской поддержки и обучения для пациентов с серьезными проблемами в сфере психического здоровья.

Трасты скорой медицинской помощи (ambulance trusts). В Англии, например, существует более 30 станций скорой медицинской помощи, и каждой из них управляет отдельный траст, отвечающий за доставку пациентов в надлежащее медицинское учреждение. Примечательно, что трасты, лидирующие по общенациональному рейтингу эффективности, имеют возможность выйти из-под контроля NHS и получить статус самостоятельной организации. Это, в свою очередь, означает автономию для всех входящих в данный траст госпиталей. Хотя медицинские учреждения, получившие подобное право, официально остаются частью NHS, а пациенты по-прежнему проходят лечение бесплатно, самостоятельные трасты обладают большей свободой в управлении ресурсами при минимальном контроле со стороны государства.

Юридически клиники принадлежат местной общине, т. е. всем жителям – персоналу и пациентам одновременно. Такой тип собственности позволяет формировать локальные варианты здравоохранения в соответствии с потребностями и приоритетами, которые не всегда соответствуют общенациональным стратегиям. С одной стороны, самостоятельные трасты имеют больший доступ к инвестиционным фондам как общественного, так и частного сектора; с другой стороны, возникает необходимость в создании комитета по мониторингу, осуществляющего контролируемую функцию.

Обеспечением высокого качества оказываемых населению медицинских услуг занимаются несколько организаций, в частности в Англии и Уэльсе – Национальный институт клинического мастерства (The National Institute for Clinical Excellence – NICE). В Соединенном Королевстве все организации NHS оцениваются по шкале от 0 до 3 в официальном рейтинге на основании следующих показателей:

- время ожидания и списки ожидания;
- количество отмененных вмешательств;
- чистота больниц;
- летальность;
- финансирование;

— количество повторных обращений.

2.2. Германия

Традиционно системы здравоохранения стран сосредоточены на неотложной, эпизодической помощи и удовлетворении потребностей пациентов стационаров. В настоящее время большинство стран переходят к оказанию многопрофильной помощи, учитывающей географические, климатические, демографические и другие аспекты жизни людей, наличие специфических хронических заболеваний и другие факторы.

Германия стала первой страной в Европе, где в конце XIX в. впервые сформировалась система здравоохранения. В ее основе лежит социально-страховая модель, предполагающая доступность медицинской помощи для всех слоев населения вне зависимости от материального положения. Услугами частного медицинского страхования могут пользоваться лица, чей уровень дохода превышает €50 тыс. в год; до 90 % населения с годовым доходом ниже € 62,5 тыс. (минимальный порог для 2020 года, устанавливаемый ежегодно) подлежит обязательному медицинскому страхованию. Система управления осуществляется больничными кассами, представляющими собой частные по форме собственности учреждения, но выполняющие государственные функции.

Подходный налог на социальное страхование в Германии составляет в среднем около 15 % заработной платы, половину из которого оплачивает работодатель, остальное – работник. Кроме того, лица с более высоким доходом могут воспользоваться услугами добровольного медицинского страхования в больничной кассе или страховом агентстве. Медицинская помощь по ОМС осуществляется как в государственных, так и частных клиниках, кроме того, развита система частной врачебной практики.

По размерам инвестиций в здравоохранение в 2019 году Германия входила в тройку лидеров ОЭСР – 11,2 % ВВП, уступив два первых места США – 16,9 % и Швейцарии – 12,2 %¹⁵. В 2018 году инвестиции государственного и частного секторов в здравоохранение страны зафиксированы на уровне 3,13 % ВВП (или € 105 млрд), по прогнозу в 2025 г. они достигнут 3,5 % ВВП.

Германия является классическим примером социально-страховой модели. Источники финансирования распределяются следующим образом: социальное медицинское страхование (СМС) – 60 %, частное медицинское страхование (ЧМС) – 10 %, государственный бюджет – 15 % и личные средства граждан — 15 %. Расходы на здравоохранение из общественных средств составляют 7,8 % от ВВП, совокупные – 11,7 % от ВВП¹⁶.

Во многих странах политика здравоохранения поощряет пациентов выбирать медицинское учреждение, предпочтительно с учетом информации о качестве его работы. В Германии существуют четыре вида медицинских организаций: 1) государственные; 2) частные (порядка 1000 небольших больниц, как правило специализированных); 3) Красного креста; 4) религиозных, благотворительных и других фондов.

Выбор медицинской организации пациентом напрямую связан с качеством оказанной медицинской помощи и удовлетворенностью. Немецкими исследователями W. de Cruppé, M. Geraedts¹⁷ было проведено исследование на базе 46 стационарных отделений (гинекология, акушерство, педиатрия, психиатрия, ортопедия, неврология, урология, ЛОР и гериатрия) в 17 клиниках, которое показало, что 63,0 % респондентов самостоятельно выбирают больницу, но только 21,1 % имели неделю и более на принятие решения до госпитализации. Выбор клиники основывался на следующих критериях: личном опыте, рекомендациях родственников, сведениях, предоставляемых медицинскими работниками, и информации из сети Интернет, касающейся

¹⁵ Что обеспечивает эффективность германской медицинской системы. URL: <https://plus.rbc.ru/news/5ef9c8a17a8aa969c12656dc>

¹⁶ Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2014. № 3. С. 25.

¹⁷ de Cruppé W, Geraedts M. Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):720. Published 2017 Nov 13. doi:10.1186/s12913-017-2712-3

репутации больницы, а также ее удаленности от места проживания, в меньшей степени – сведений из официальных медицинских отчетов, находящихся в открытом доступе.

2.3. Китай

За последние годы система здравоохранения Китая претерпела значительные изменения, что оказало положительное влияние на целый ряд медицинских индикаторов, предусмотренных Двенадцатым пятилетним планом и целями в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРТ): уровень детской смертности в Китае снизился с 36,8 на тысячу детей в 2000 г. до 8,6 в 2018 г., приблизившись к уровню западных стран (в США – 6,5, в России – 7,2); ожидаемая продолжительность жизни возросла с 71,4 года в 2000 г. до 76,5 в 2017 г. Расходы на здравоохранение от ВВП с 4,55 % в 2008 г. возросли до 6,67 % в 2018 г.¹⁸.

Во главе системы здравоохранения КНР стоит Национальная комиссия по здоровью, которая осуществляет общее управление и гарантирует всем гражданам доступ к медицинскому страхованию. Национальная стратегия здравоохранения предполагает выработку комплексных решений по ключевым и широко распространенным детерминантам здоровья, включая пять стратегических задач:

- во-первых, распространение принципов ЗОЖ (повышение степени ответственности индивида за собственное здоровье; усиление санитарного просвещения через образование, наставничество, спорт, культурные традиции; разработка национального плана питания как средства здоровьесбережения; создание базы данных рецептов приготовления полезных блюд; повышение физической активности населения через создание комплексов физических упражнений для разных возрастных групп с учетом состояния здоровья и противопоказаний; сочетание медикаментозной терапии с занятиями ЛФК);
- во-вторых, повышение доступности и качества медицинских услуг, особенно для женщин, детей, пожилых людей, инвалидов и малоресурсных групп населения; усиление роли профилактических и лечебных мероприятий в сфере общественного здравоохранения; построение интегрированной системы оказания медицинской помощи, в том числе на контрактной основе;
- в-третьих, усиление безопасности здоровья посредством проведения реформ и обновления материальной базы государственных медицинских учреждений, обеспечения их лекарственными средствами и медицинским оборудованием; внедрение системы гибкой оплаты медицинских услуг для повышения удовлетворенности населения медицинской помощью;
- в-четвертых, охрана окружающей среды, предусматривающая мониторинг показателей загрязнения воды, воздуха, почвы (загрязнение воздуха в Китае является одним из крупнейших источников опасности для здоровья населения, т. к. страна по-прежнему производит более 60 % энергии из угля, особенно в промышленно развитых районах страны, и является крупнейшим источником выбросов углекислого газа в мире¹⁹); усиление контроля за выбросами отходов промышленных предприятий и другими источниками загрязнения окружающей среды; создание механизмов проведения исследований экологической ситуации и оценки рисков; усиление контроля в сфере безопасности пищевых продуктов и лекарственных средств; производство и охрана труда; безопасности дорожного движения для предотвращения и снижения травматизма; учет современных требований при проектировании и строительстве зданий и сооружений; оптимизация механизмов управления в чрезвычайных ситуациях; выявление и снижение влияния эндогенных факторов на состояние здоровья населения;
- в-пятых, развитие негосударственной системы здравоохранения; медицинского туризма, индустрии фитнеса, отдыха и спорта; ориентация медицинской промышленности на удовлетворение растущих потребностей людей в здоровом образе жизни.

¹⁸ Московский центр Карнеги. URL: <https://carnegie.ru/commentary/81082>.

¹⁹ Растущий вклад Китая в здравоохранение внутри страны и на мировой арене. ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/china-s-growing-contribution-to-health-at-home-and-on-the-global-stage-lecture-at-the-chinese-academy-of-governance>.

Введение обязательной системы медицинского страхования для различных категорий граждан проходило неравномерно: в 1998 г. она затронула городских жителей Китая и предполагала отчисления в размере 6 % и 2 % от заработной платы работников и работодателей соответственно; в 2003 г. введено обязательное медицинское страхование для сельских жителей; в 2007 г. – для безработных горожан.

Несмотря на то что к 2011 году 95 % жителей имели тот или иной тип медицинского страхования, отдельные социальные группы (например, внутренние мигранты, состоящие из сельских жителей, работающих в городах) на практике не имели доступа к медицинской помощи из-за существования отдельных систем, действующих по территориальному признаку, что ухудшало эпидемиологическую обстановку в стране, приводило к хронизации заболеваний, инвалидности и высоким показателям летальности.

В 2016 году в Китае была создана единая система медицинского страхования, охватывающая практически все население страны, независимо от места проживания. Однако медицинская страховка не покрывает полную стоимость медицинских услуг, как минимум треть из которых ложится бременем на самого пациента, в отличие от стран Западной Европы и США, где данный показатель не превышает 15 %.

Кроме того, государственное медицинское страхование, как правило, покрывает стационарное, а не амбулаторное лечение, поэтому уровень госпитализации на 1 тыс. человек в Китае – один из самых высоких в мире. Из-за снижения финансирования государственного сектора здравоохранения (в 1980 г. – 60 %; 2009 г. – 11 %) и необходимости компенсации текущих расходов медицинские учреждения до 2009 года продавали лекарства с пятнадцатипроцентной наценкой; для изыскания средств врачи выписывают больше лекарственных препаратов, чем это того требует (выручка от продажи составила 42 % от общих доходов в медицинской индустрии), предпочитая наиболее дорогие препараты.

Помимо государственного, увеличивается объем медицинских услуг, оказываемых в частных медицинских организациях, который за пять лет возрос на 40 %, а количество койко-мест – с 6 % в 2005 г. до 22 % в 2016 г.

Исследование, проведенное J.H. Zhang, X. Peng, C. Liu, C Y.hen, H. Zhang, O.O. Iwaloye²⁰ в период в 2013–2015 гг. на выборочной совокупности 15 969 человек (мужчины = 50,6%, женщины = 49,4%, средний возраст = 51,9), выявило рост степени удовлетворенности населения национальной системой здравоохранения (в 2015 г. на 3,5 балла выше, чем в 2013 г.).

Наибольшую степень удовлетворенности продемонстрировали лица пожилого возраста, жители сельской местности и лица с высоким социально-экономическим статусом; наименьшую – внутренние мигранты и респонденты с высшим образованием. Прямая положительная корреляционная зависимость наблюдается между степенью удовлетворенности медицинскими услугами и ростом расходов на здравоохранение в процентах от ВВП, а также количеством койко-мест в стационарах, особенно в сельских районах Китая. Существуют значительные различия в удовлетворенности населения системой здравоохранения в Китае, которые связаны с демографическими, социально-экономическими, географическими, территориальными, экологическими факторами, наличием/отсутствием региональных ресурсов здравоохранения. Жители северо-восточного региона страны чаще других выражают неудовлетворенность системой здравоохранения.

Вместе с тем, будучи развивающейся страной с большим населением, Китай сталкивается с серьезными проблемами в сфере здравоохранения, среди них:

- низкий уровень заработной платы медицинских работников (младший медперсонал в среднем получает в перерасчете порядка 45 тыс. руб. в месяц);
- проблемы с доступом к первичной медицинской помощи, особенно для жителей сельских районов (если в 1970-х гг. доступ к бесплатной медицинской помощи имели около 90 % сельских жителей по системе кооперативного страхования, то к 1998 году – 9 %);
- разрыв в качестве медобслуживания между городом и деревней (около 40 % жителей сельских районов не имеют доступа к медицинским услугам);

²⁰ Zhang JH, Peng X, Liu C, Chen Y, Zhang H, Iwaloye OO. Public satisfaction with the healthcare system in China during 2013-2015: a cross-sectional survey of the associated factors. *BMJ Open*. 2020;10(5):e034414. Published 2020 May 27. doi:10.1136/bmjopen-2019-034414.

- разный уровень развития регионов внутри страны, что влечет за собой разный уровень охвата медуслугами, их доступность и качество; огромные очереди в амбулаторно-поликлиническом звене;
- перегрузка системы и медицинского персонала; недостаток врачей общей практики (менее 2 врачей на 1 тыс. населения, по сравнению с Германией – 4,2; США – 2,6 или Россией – 4). По оценкам компании Marsh & McClellan, количество врачей составляет 146 на 10 000 населения²¹.
- низкий уровень квалификации медицинского персонала (60 % медицинских работников имеет степень бакалавра; 10 % – дополнительное образование);
- неразвитая система первичной медицинской помощи, коррупция, недоверие врачам, влияние фармацевтического лобби, использование традиционной китайской медицины и другие.

Таким образом, для модернизации системы здравоохранения Китая предусмотрен комплекс мер, сочетающий в себе институциональную реформу, развитие человеческого потенциала, науку, технологии и инновации, информационные услуги, изменение законодательства, обмен опытом и международное сотрудничество.

2.4. США

Любая страна имеет собственную систему здравоохранения, то есть совокупность институтов, организаций и кадровых, материальных и финансовых ресурсов, направленных на сохранение и улучшение здоровья граждан, с учетом их потребностей.

Американская система здравоохранения является децентрализованной, с акцентом на индивидуальную ответственность гражданина за свое здоровье, и включает как государственные, так и частные программы по медицинскому страхованию, которые значительно отличаются друг от друга по критериям качества и количества предоставляемых медицинских услуг, льгот, источников финансирования, выплат медицинским работникам и т. д.

Основными источниками финансирования выступают:

- государственные медицинские программы (федерального, штатного правительства и местного самоуправления), которые покрывают издержки на медицинское страхование рабочих и служащих государственного сектора, выплаты пособий на медицинское страхование;
- частное медицинское страхование (оплата работодателями издержек на медицинские услуги персонала и листа нетрудоспособности; содержание медицинских пунктов на предприятиях; взимание отдельного медицинского налога в фонд программы «Медикэр» с работодателей и работающих граждан; взносы НКО, отчисления отдельных граждан; спонсорская помощь);
- прямые выплаты (личные сбережения пациента).

Координатором медицинских организаций выступает Министерство здравоохранения и социального обеспечения (МЗСО), которое обладает информацией о политике в сфере здравоохранения, благосостоянии населения, обеспечении доходов, хотя непосредственно не включено в распределение ресурсов, ценообразование в частном секторе медицинской индустрии и лишь косвенно воздействует на них. В каждом штате существует собственное министерство здравоохранения, выполняющее функцию санитарно-противоэпидемической защиты.

Система здравоохранения США включает:

- оказание неэкстренной амбулаторной помощи;
- охрану общественного здоровья и профилактическую медицину (контроль состояния экологии, воды, воздуха, почвы и др.);
- стационарное обслуживание (кратко- и долгосрочное).

В стране существует три типа больниц:

- государственные, которые финансируются федеральным и штатным правительством за счет налогообложения и обслуживают госслужащих, ветеранов войны, инвалидов, лиц, страдающих психическими заболеваниями, больных туберкулезом;
- частные коммерческие, которые формируют свой капитал на индивидуальной, групповой и акционерной основе;

²¹ Что влияет на рост сферы цифровой медицины в Китае. URL: <https://evercare.ru/china-digital-health>.

— частные больницы («бесприбыльные»), которые создаются местными муниципальными органами с привлечением средств государства, частных лиц, различных организаций и благотворительных фондов.

В истории страны реформирование системы здравоохранения предпринималось неоднократно с разной степенью успешности. Во время правления 36-го Президента США Линдона Джонсона (1963–1969) была введена система государственных программ «Медикэр» (медицинское страхование для пенсионеров) и «Медикейд» (программа медицинской помощи нуждающимся), которые существуют до настоящего времени. Реформы здравоохранения, предпринятые президентами США Вудро Вильсоном (1913–1921), Гарри Труменом (1945–1953), Ричардом Никсоном (1969–1974) и Биллом Клинтонем (1993–2001), были менее успешными.

В президентство Барака Обамы был принят закон, который внес значительные изменения в систему здравоохранения США (2011–2014 гг.), в частности, расширил доступ к медицинскому обслуживанию, увеличил количество граждан, имеющих один из видов медицинского страхования – «Медикейд» или «Медикэр» – от своего работодателя, индивидуальный или через государственную программу; повысил защиту прав потребителей медицинских услуг; усилил профилактику заболеваний.

Реформы здравоохранения, инициированные президентом Дональдом Трампом, с одной стороны, позволили медицинским учреждениям приобретать страховки помимо государственной системы здравоохранения, с другой стороны, дали возможность гражданам, не имеющим средств на дорогой медицинский полис, покупать краткосрочные частные медицинские страховки (около 10 % от дохода семьи). В этом случае качество и объем оказываемой медицинской помощи определяется платежеспособностью пациента.

Несмотря на то, что США вкладывают значительные средства в систему здравоохранения (в 2018 г. – 20,7 % ВВП), она постоянно является темой для критики и дискуссий. Наибольшее недовольство обусловлено следующими причинами:

- отсутствием универсальной общенациональной системы медицинского страхования;
- растущей стоимостью медицинских услуг (цена средней медицинской страховки составляет порядка 1000 долл. в год);
- отсутствием доступа к медицинской помощи малоимущих американцев.

2.5. Сингапур

Сингапур имеет одну из самых успешных систем здравоохранения в мире, что отчасти подтверждается самой высокой продолжительностью жизни – 84,4 года (в России – 73,3 года).

По данным Глобального индекса здравоохранения Bloomberg, система здравоохранения Сингапура в 2021 году занимает восьмое место в мире, опережая большинство европейских стран по ряду показателей здоровья (ожидаемая продолжительность жизни; снижение материнской и младенческой смертности и др.). В 2019 году мировой рынок экспорта медицинских услуг оценивался в 44,8 млрд долларов, а совокупный среднегодовой темп роста – в 21,1 %. Введение прогрессивных налоговых льгот и поощрений привело к притоку высококвалифицированных специалистов и ученых из Европы, Японии, США и России и созданию транснациональными фармацевтическими корпорациями (Bayer, Novartis, Pfizer и другими) своих производств на территории страны²².

Одной из актуальных проблем Сингапура является проблема роста и старения населения. По данным Статистического управления, за последние полвека численность населения страны возросла на 222 %, достигнув максимума в 5,81 млн в 2018 году, по сравнению с рекордным минимумом 1,65 млн в 1960 году. По оценкам, к 2030 году 20 % жителей Сингапура будут в возрасте 65 лет и старше; к 2100 году средний возраст жителя страны достигнет 56,4 года, что позволит обогнать Японию (в 2100 году – 51,8 года) и занять восьмое место в мире.

Старение населения неизбежно вызывает необходимость удовлетворения высокого спроса на услуги здравоохранения – амбулаторно-поликлинического и стационарного. Другой проблемой является увеличивающийся рост затрат на потребности здравоохранения, который необходимо

²² Лечиться – в Россию. Что может помочь стране создать лучшую в мире медицину. URL: <https://www.vedomosti.ru/spec/2021/08/17/lechitsya--v-rossiyu-chto-mozhet-pomoch-strane-sozdat-luchshuyu-v-mire-meditsinu>

контролировать для поддержания экономической эффективности и соблюдения принципа доступности медицинских услуг.

Быстрые изменения в обществе влекут за собой модернизацию всех сфер общественной жизни, в том числе системы здравоохранения, которая нуждается в инновационных методах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, что несомненно приносит значительную пользу как пациентам, так и всей системе здравоохранения в целом.

В настоящее время наиболее приоритетной стратегией Сингапура в сфере здравоохранения является не столько поддержание здоровья больных людей, сколько нацеленность на превентивные меры, позволяющие улучшить качество общественного здравоохранения, сочетая профилактику, первичную, неотложную, амбулаторную, стационарную помощь, реабилитацию и социализацию подрастающего поколения.

В стране существуют как государственные, так и частные медицинские организации, объединяющие несколько учреждений различного профиля. Граждане страны имеют право на субсидии, покрывающие от 20 до 80 % стоимости лечения или осуществления ухода. Основная доля первичной медицинско-санитарной помощи осуществляется частными семейными врачами (около 80 % врачей общей практики работают в частном секторе); а также в рамках программы Community Health Assist Scheme (CHAS), предназначенной в основном для лиц пожилого возраста, которая позволяет получать субсидированную помощь, в том числе в частных клиниках. Размер государственных субсидий, как правило, различается в зависимости от типа больничной палаты, ранжируемых по четырем категориям.

В настоящее время в стране разработан комплекс мер в сфере здравоохранения, который включает в себя следующие инициативы:

Создание системы медицинских сберегательных счетов Medisave в рамках Национального плана, что стало одним из новшеств в ходе модернизации системы здравоохранения Сингапура²³. Предельный размер сбережений на счете Medisave ежегодно устанавливается правительством и рассчитывается с учетом инфляции в сфере здравоохранения и взносов, отчисляемых на пенсионные накопления. Первоначально самозанятое население не принимало участия в программе Medisave, но с 1992 года для лиц с доходом от \$ 6000 в месяц отчисления стали обязательными.

Программа предусматривает оплату следующих медицинских расходов: на стационарную (в т. ч. услуги государственных больниц, хосписов, родильных домов, реабилитационных центров); амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (оплату лекарств, амбулаторной хирургии, психиатрической помощи, некоторых диагностических процедур, лечения хронических заболеваний; отдельные специфические лекарства и процедуры для пациентов, больных раком (химиотерапия, лучевая терапия), вирусом иммунодефицита (лекарственное обеспечение, переливания крови), перенесших трансплантацию органов и тканей (лекарственное обеспечение).

Однако программа Medisave не покрывает расходы на оказание первичной, скорой медицинской помощи и долговременного ухода, которые частично субсидируются в государственных учреждениях. Оплата амбулаторно-поликлинических услуг и услуг терапевтов, не включенных в закрытый перечень, осуществляется из личных средств пациента для предотвращения перегрузки медицинского персонала. Для снижения рисков, сопряженных с избыточным расходованием средств счета для хронически больных пациентов, введено 15 % софинансирование оплаты амбулаторно-поликлинической помощи от суммы счета.

Вместе с тем опыт Сингапура по созданию медицинских накопительных счетов (МНС) имеет как своих сторонников, так и противников. Первые считают, что механизмы МНС позволяют снизить избыточность услуг здравоохранения за счет создания экономически заинтересованных потребителей; устранить потери эффективности, связанные с моральным риском. Вторые полагают, во-первых, что их основная цель не столько сдерживать рост расходов, сколько мобилизовать внебюджетные ресурсы для покрытия расходов на медицинское обслуживание, особенно в условиях стремительно стареющего общества, которые могут быть использованы для решения других насущных проблем. Во-вторых, акцентируется роль гендерного неравенства, при котором женщины способны накопить меньшие средства по сравнению с мужчинами из-за более низкой оплаты труда, рождения детей, отпуска по уходу за ребенком и пр. В-третьих, несмотря на то, что средства на сберегательных счетах являются собственностью граждан и расходуются ими по

²³ Thomas A. Massaro and Yu Ning Wong, Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore. <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.14.2.267?journalCode=hlthaff>

собственному усмотрению, перечень медицинских услуг, реализуемых по программе Medisave, устанавливается государством.

Другой важной компонентой системы государственного здравоохранения Сингапура является программа Medishield, введенная в действие в 1990 г. для оказания поддержки людям с хроническими заболеваниями. Она представляет собой разновидность добровольного медицинского страхования, позволяющего при необходимости оплатить дорогостоящее или длительное лечение, при относительно небольших ежегодных страховых взносах (\$ 33 – для лиц моложе тридцати лет; \$ 372 – для лиц в возрасте 65–70 лет). Кроме того, программа включает соплатежи: 10–20 % для стационарной медицинской помощи, 20 % – для оплаты амбулаторно-поликлинических услуг.

Третья программа – MediFund представляет собой благотворительный фонд, основанный правительством в 1993 году для оказания помощи гражданам, которые не могут оплатить стационарную медицинскую помощь даже в больницах с наиболее высоким уровнем государственной поддержки. Для получения помощи пациент должен отвечать ряду требований: быть гражданином Сингапура; обращаться за медицинской помощью, подлежащей субсидированию, в медицинскую организацию, сотрудничающую с MediFund; быть некредитоспособным даже с учетом помощи семьи и других государственных программ. Приоритетом обладают граждане пожилого возраста с низким остатком средств на счетах Medisave.

С 2002 года введена в действие программа ElderShield, предусматривающая страхование лиц пожилого возраста как дополнение к вышеперечисленным программам, которая покрывает расходы на осуществление долгосрочного ухода по причине инвалидности. Право на участие имеют граждане и постоянные резиденты старше 40 лет, которые, в случае инвалидности, имеют право на страховые выплаты в течение максимум 72 месяцев без продолжения оплаты взносов.

В настоящее время растущей отраслью в Сингапуре является медицинский туризм, который пользуется спросом у обеспеченных пациентов из Индонезии, Малайзии и других стран, нуждающихся в высококачественной специализированной помощи. Например, шунтирование сердца в Таиланде составляет порядка 11 000 долларов, в то время как в США – 130 000 долларов; замена коленного сустава в Сингапуре – 13 000 долларов, в США – 40 000 долларов. В 2015 году более 700 000 медицинских туристов приехали в Сингапур и потратили около 940 млн долларов.

Программа лицензирования, экспериментирования и адаптации (LEAP), запущенная в 2018 году, представляет собой нормативную инициативу, созданную по методу «песочницы», призванную лучше понять новые инновационные услуги за счет организации партнерства с промышленностью, что позволяет поддерживать инновационный характер оказания медицинской помощи на должном уровне и обеспечивать эффективность, безопасность и благополучие пациентов.

В течение последних трех лет в Сингапуре активно тестируются проекты в сферах телемедицины (ТМ) и мобильной медицины (ММ) для изучения вероятных рисков и принятия своевременных мер по их снижению до процесса лицензирования в соответствии с Законом об услугах здравоохранения (HCSA), который вступает в действие в 2022 году.

2.6. Россия

В настоящее время в России действует смешанная бюджетно-страховая модель здравоохранения, предполагающая финансирование как из федерального бюджета, так и в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС).

Российская система здравоохранения в начале 2021 года пережила резкое сокращение финансирования из федерального бюджета: государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в 2021 г. по отношению к 2020 г. сократились с 4,1 % до 3,8 % ВВП, а к 2023 г. – до 3,6 % ВВП²⁴. При таком уровне финансирования практически невозможно добиться удовлетворения в полном объеме даже базовых потребностей населения в медицинских услугах, лекарственных

²⁴ Заключение «О расходах бюджетов бюджетной системы РФ (федеральный бюджет, бюджет ФОМС и консолидированные бюджеты субъектов РФ) по разделу «Здравоохранение» на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». URL: https://www.vshouz.ru/docs/budget_zakl.pdf

препаратах и медицинских изделиях, не говоря уже о расширении доступа к самым передовым методам лечения и медицинским технологиям. Кроме того, по оценкам экспертов около 40 % средств, выделяемых на здравоохранение, расходуется неэффективно.

По сравнению с текущим периодом, в 2019 году общие расходы на здравоохранение в России составляли около 5,6 % ВВП (3,5 % ВВП – расходы из федерального, регионального бюджета, средств ФОМС, и 2,1 % ВВП – из частного сектора, т. е. разовых расходов граждан и приобретения полисов ДМС)²⁵. Однако по сравнению с развитыми странами в целом уровень финансирования отечественного здравоохранения в 3,9 раза ниже:

- доля в ВВП была в 1,4 раза ниже по сравнению с «новыми» странами ЕС (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония) и в 2,2 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (3,7 %, 5 % и 8 % ВВП соответственно);
- по доллару ППС (1 \$ ППС = 25,7 руб.) на душу населения они были в 1,8 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, и в 3,9 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (1010, 1850 и 3950 долларов ППС соответственно);
- доля личных расходов населения РФ на здравоохранение (от общих расходов населения и государства) была на 40 % выше, чем в «новых» странах ЕС, и на 60 % выше, чем в «старых» странах ЕС (35 %, 25 % и 22 % соответственно)²⁶.

Финансирование здравоохранения в субъектах РФ неравномерное и значительно различается в зависимости от ряда факторов: более высокий объем финансовых средств в 2019 году зафиксирован на Сахалине, Чукотке и в Ненецком АО; наименьший – в республиках Северного Кавказа (1,4 прожиточных минимума, в среднем по России – 2,1), Ивановской и Смоленской областях (1,5). Объем финансирования напрямую коррелирует с продолжительностью жизни населения: в субъектах РФ (без учета национальных республик), где вложения были более 2,1 (выше среднего по стране), смертность составляла 103 чел. на 10 000, при уровне финансирования ниже 1,5 смертность была в 1,5 раза выше – 146 чел. на 10 000.

По данным Министерства здравоохранения, 68 % всех расходов здравоохранения покрывается из фонда ОМС, 32 % – из бюджетов всех уровней, что свидетельствует о том, что Россия постепенно продвигается по пути перехода на одноканальное финансирование через ОМС. Охват населения ОМС составляет 98–99 %, ДМС – 10 %.

Вместе с тем, согласно информации Министерства финансов РФ, расходы ОМС и бюджетов разных уровней делятся практически поровну, другими словами, ОМС финансируется из федерального бюджета, а его средства приравнены к бюджетным средствам, страховые медицинские организации не включены в процесс управления финансами здравоохранения, выполняя роль посредников при перераспределении средств бюджета ФФОМС, что делает страхование малоэффективным и декларативным.

Кроме того, нормативно-правовые и организационные аспекты взаимодействия обязательного и добровольного медицинского страхования четко не прописаны, система возмещения стоимости и соплатежей за медицинские услуги и лекарственные препараты отсутствует, что препятствует созданию сбалансированного механизма финансирования системы здравоохранения.

Декларируемый в законодательных документах выбор пациентом страховой компании, ЛПУ или врача в реальности отсутствует, институт частных семейных врачей и государственно-

²⁵Сколько Россия вкладывает в медицину? Ведомости. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat>

²⁶ Заключение «О расходах бюджетов бюджетной системы РФ (федеральный бюджет, бюджет ФОМС и консолидированные бюджеты субъектов РФ) по разделу «Здравоохранение» на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». URL: https://www.vshouz.ru/docs/budget_zakl.pdf

частное партнерство не развиты, сохраняется монополизм государственных ЛПУ и их незаинтересованность в повышении качества оказываемых услуг, в этой связи одни эксперты считают целесообразным возврат к бюджетной модели здравоохранения, другие – модернизацию страховой модели здравоохранения²⁷.

Для повышения эффективности страховой медицины предлагается:

- увеличить долю расходов на здравоохранение из средств федерального бюджета до 5–6 % от ВВП;
- урегулировать механизмы одноканального финансирования через ОМС, сведя на нет посредничество ФФОМС при проведении транзакций финансовых средств из бюджета в территориальные фонды медицинского страхования;
- усилить роль ФФОМС и страховых компаний в управлении ресурсами здравоохранения;
- активнее внедрять в практику принцип финансирования «деньги следуют за пациентом»;
- осуществить на практике принцип свободы выбора врача и медицинской организации для повышения качества медицинских услуг;
- привлечь дополнительные источники финансирования, включая добровольное медицинское страхование и соплатежи за услуги, лекарства и другие технологии здравоохранения;
- усовершенствовать нормативную базу о разделении полномочий и взаимодействии обязательного и добровольного медицинского страхования.

Результаты опроса ВЦИОМ, проведенного совместно с компанией Bayer в 2018 году с целью изучения мнения россиян об определенных факторах качества жизни, позволяют констатировать, что здоровье определенно входит в приоритетные показатели качества жизни наряду с безопасностью, стабильным заработком, экологией и доступностью продуктов питания²⁸. В целом все тестируемые критерии преодолели пороговое значение «удовлетворенности», набрав 3 из 5 баллов. Лидером рейтинга стала информационная доступность (наличие телефонии и Интернета – 4,22 балла), аутсайдерами – экология, развитость коммунальной инфраструктуры и доступность качественной медицинской помощи.

Каждый второй россиянин (52 %) отметил необходимость расширения доступа к современным медицинским технологиям как важную государственную меру продления активного долголетия; 40 % указали в качестве приоритета развитие программ профилактики заболеваний и здорового образа жизни, 39 % – создание условий для социальной активности и досуга граждан.

По данным исследования, проведенного ВЦИОМ в июне 2021 года²⁹, немногим более трети россиян (36 %) оценивали состояние своего здоровья как «хорошее», половина (51 %) как «удовлетворительное», 11 % – «слабое». За последние шесть лет оценка соотечественниками собственного здоровья не претерпела существенных изменений.

Чаще других позитивно отзываются о состоянии своего здоровья возрастные группы 18–24 лет (55 %), 24–35 лет (56 %), 35–44 лет (47 %), а также мужчины (45 %). Напротив, жалобы на здоровье чаще других высказывают люди пожилого возраста 60+ (21 %), молодежь 18–24 лет и женщины (по 14 %).

В 2021 году диспансеризацию прошли 15 % россиян (в 2020 г. — 16 %, в 2019 г. – 19 %), в течение последних трех лет – 40 %, четырех-пяти лет и более – 19 % респондентов. Около четверти опрошенных (24 %) никогда не проходили диспансеризацию, среди них: молодежь 18–24 лет – 36%, лица 35–44 лет – 29%, и 31 % мужчин.

²⁷ Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2014. № 3. С. 22-34.

²⁸ Качество жизни россиян: ключевые факторы. ВЦИОМ. Официальный сайт. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-zhizni-rossiyan-klyuchevye-factory>.

²⁹ Здоровье и питание россиян: мониторинг. ВЦИОМ. Официальный сайт. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorove-i-pitanie-rossijan-monitoring>.

При покупке продуктов питания россияне в первую очередь обращают внимание на цену (59 %), качество продуктов (53 %), свежесть (37 %), экологичность (23 %), пользу (19 %) и вкусовые качества (17 %). За прошедший год при покупке продуктов выросло значение цены (52 % – в 2020 г.) и качества (49 % – в 2020 г.), в меньшем приоритете свежесть (46 % – в 2020 г.) и вкусовые качества (22 % – в 2020 г.).

Несмотря на ряд системных проблем в сфере отечественного здравоохранения, усугубленных пандемией COVID-19, продолжает развиваться ряд новых отраслей, в том числе цифровая и телемедицина. В частности, в рамках соглашения о сотрудничестве между МТС, крупнейшим российским телекоммуникационным оператором и провайдером цифровых услуг, и ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» создана лаборатория искусственного интеллекта, деятельность которой направлена на разработку проектов, позволяющих интегрировать инновационные технологии в здравоохранение и создавать новые продукты в области медицины, позволяющие повысить качество, эффективность и, как следствие, удовлетворенность населения медицинской помощью.

3. ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

3.1. Национальные программы и проекты

Многие страны за последние годы сделали значительный шаг вперед по пути модернизации национальных систем здравоохранения. Среди них КНР, Индия, лидирующая в Центральной и Южной Азии по показателям роста производительности труда и услуг в сфере ИКТ, в том числе цифровой и телемедицины. К первой десятке рейтинга ГИИ приблизилась Республика Корея, занявшая первое место в мире по общему объему инвестиций во все отрасли экономики и научных исследований; Филиппины и Вьетнам, демонстрирующие наилучшие показатели по объему импорта и экспорта высокотехнологичной продукции; страны Африки к югу от Сахары в течение последних семи лет уверенно занимают первые места в сфере инноваций, несмотря на уровень их экономического развития³⁰.

В мире накоплен существенный опыт в области построения и оптимизации моделей финансирования и организации здравоохранения. Так, ведущие страны последовательно добиваются расширения охвата населения бесплатной медицинской помощью, рационализации источников финансирования и методов распределения средств, способов управления системой здравоохранения в целях повышения ее эффективности и устранения дублирования расходов. Несмотря на то, что ни одна из существующих в мире моделей здравоохранения не может претендовать на универсальность, анализ их преимуществ и ограничений, а также обобщение опыта конкретных стран имеет значение при реформировании и оптимизации действующей модели здравоохранения в РФ³¹.

Для повышения осведомленности населения о целях устойчивого развития, провозглашенных ВОЗ, Департамент окружающей среды Эстонии разработал семилетний образовательный план для учителей школ с последующей их интеграцией в школьные образовательные программы.

В Финляндии для этого активно используются социальные сети (Twitter и Facebook), позволившие охватить более 300 000 контактов через видео, визуальные материалы, сообщения, фотографии и примеры того, как принять участие в реализации ЦУР. Другие инструменты, такие как статьи, информационные бюллетени и приложения для смартфонов, обеспечивают быстрый поток информации и являются эффективным средством мониторинга.

Особое место в повышении доступа и качества медицинских услуг принадлежит инновациям. Согласно Глобальному инновационному индексу (The Global Innovation Index, 2019 г.), включающему 129 стран, первое место в рейтинге по эффективности инновационной деятельности занимала Швейцария, за ней следовали Швеция, США, Нидерланды и Соединенное Королевство соответственно.

Безусловным лидером по объемам и количеству программ поддержки инноваций в сфере здравоохранения (особенно биофармацевтической промышленности) являются США. В настоящее время Закон о лечении (The Cures Act), подписанный 13.12.2016, предусматривает многолетнее финансирование четырех высокоинновационных научных инициатив:

- создание и реализация масштабного исследовательского проекта «Все мы» Национальным институтом здравоохранения США, который позволяет объединить, совместить и проанализировать различные данные биологического, экзогенного, социально-экономического и геопространственного характера, влияющие на индивидуальную профилактику и лечение заболеваний, позволяя лучше понять причины различий в состоянии здоровья и механизмы этих особенностей. Данные более одного миллиона человек станут ценным исследовательским ресурсом, который будет полезен для генерирования новых медицинских знаний для людей во всем мире;

³⁰ Sadeghi Bazargani H, Saadati M, Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Golestani M. Forty years after Alma-Ata: how people trust primary health care?. *BMC Public Health*. 2020;20(1):942. Published 2020 Jun 15. doi:10.1186/s12889-020-09082-w <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296754/>.

³¹ Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2014. № 3. С. 22-34.

- инициатива «Исследование мозга через продвижение инновационных нейротехнологий» (BRAIN) направлена на углубление понимания механизмов кодирования, хранения и получения информации мозгом для диагностики и лечения неврологических/психических расстройств;
- рак Moonshot;
- инновационный проект по регенеративной медицине (Regenerative Medicine Innovation Project) предполагает поддержку клинических исследований в тесной координации с федеральным правительством (FDA).

Мобильное здравоохранение (mHealth) – это комплекс решений для пациентов и врачей с использованием технологий мобильной связи для предоставления медицинских услуг, будь то отслеживание данных пациента, осуществление диагностики или повышение уровня информированности пациента о заболевании.

Система mHealth обычно состоит из приложения в смартфоне и носимого устройства и позволяет без особых затрат заботиться о здоровье. Основная задача mHealth-устройств – самостоятельный мониторинг самочувствия пользователя, что особенно ценно для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, когда своевременное отслеживание показателей организма помогает выиграть время и принять необходимые меры для предотвращения дальнейшего развития заболевания.

Во всех странах ЕС в настоящее время используются две основные электронные трансграничные медицинские услуги:

- электронный рецепт (англ. ePrescription, eDispensation) позволяет гражданам ЕС получать лекарства в аптеке, расположенной в другой стране ЕС, благодаря онлайн-передаче электронного рецепта из страны их проживания (где они зарегистрированы) в страну прибытия;

- цифровое резюме пациента (англ. Patient Summary) содержит краткие сведения о важных аспектах здоровья (аллергии, принимаемые лекарства, перенесенные ранее болезни, операции и т. д.), являясь частью более обширной базы данных о состоянии здоровья (электронной медицинской карты), и предназначено для предоставления врачам важной информации о пациенте на их родном языке, если тот прибывает из другой страны ЕС и возникает языковой барьер.

Благодаря новой инфраструктуре цифровых услуг медицинские работники стран ЕС могут обмениваться данными о состоянии здоровья пациента; к 2025 г. планируется использование таких услуг, как обмен электронными документами, медицинскими снимками, результатами лабораторных исследований, выписками из стационара, а также полной медицинской картой пациента в 25 странах ЕС. Особую трудность вызывает неравномерное использование технологий eHealth в разных европейских странах.

Китай активно участвует в разработке и внедрении в практику инновационных технологий. Им разработана крупнейшая в мире электронная система эпидемиологического надзора, позволяющая передавать исчерпывающую эпидемиологическую информацию в режиме реального времени; создан специальный Китайский центр мобильных медицинских инноваций (2014); сгенерированы мобильные приложения Alijk в области здравоохранения и система интернет-рецептов для борьбы с монополией медицинских учреждений на продажу лекарств, позволяющие препятствовать завышению цен и распространению коррупции³². Приложение позволяет пациентам загрузить скан своего рецепта, получить информацию о стоимости лекарства в ближайших розничных аптеках, оплатить его через мобильную платежную систему AliPay и получить покупку. Данная технология не только облегчает приобретение лекарственных средств, позволяя выбрать наиболее приемлемое в соотношении цены и качества, но и дает возможность сэкономить до 50 % их стоимости.

Китайская фирма Chunyu Yisheng, выпускающая медицинские приложения для смартфонов, запустила более 300 оффлайн-клиник в 50 городах по всей стране, в том числе Пекине, Шанхае, Гуанчжоу, Ханчжоу и Ухане, на базе действующих медицинских организаций, используя их помещения и оборудование и обеспечивая медицинскими кадрами и интернет-услугами. Сегодня Chunyu Yisheng имеет контракты с более чем 100 тыс. врачей и обслуживает около 58 млн зарегистрированных пациентов.

Частная страховая фирма Ping An организовала телемедицинский бизнес под торговой маркой Ping An Good Doctor, который обеспечивает проведение удаленных медицинских

³² Мобильная революция китайского здравоохранения. URL: <https://laowai.ru/mobilnaya-revolyuciya-kitajskogo-zdravooxraneniya/>

консультаций (в 2020 году у компании уже было 77 млн зарегистрированных пользователей и 50 000 врачей из государственных и частных клиник в качестве партнеров).

Действующее мобильное приложение для смартфона Spring Rain Doctor помогает десяткам миллионов китайцев найти врача и получить консультацию посредством обмена SMS-сообщениями или телефонного разговора.

Согласно исследовательским данным Global Market Insights, объем мирового рынка телемедицинских услуг в 2019 г. составил 45 млрд долларов. В ближайшее время он будет расти в среднем на 19,3 % в год и может превысить 175 млрд долларов к 2026 г.³³.

В настоящее время в России реализуются проекты в сфере цифровой медицины, которые занимают свое место на рынке медицинских услуг. С октября 2020 года введен в действие проект по созданию медицинских консультаций на портале Госуслуг. По данным страховой компании «Согласие», более 70 % всех обращений приходилось на узких специалистов, среди которых акушеры-гинекологи (16,8 %), неврологи и гастроэнтерологи (13,6 % и 12,3 % соответственно), дерматологи (12,2 %) и отоларингологи (10 %). В 30 % случаев пациенты обращались за онлайн-консультацией к дежурным врачам – терапевтам и педиатрам. В «Согласии» услуга телемедицины доступна с 1 января 2018 года и включена во все корпоративные программы ДМС. Застрахованное лицо, имеющее полис корпоративного или индивидуального страхования, имеет возможность получить консультацию врача из любой точки мира в формате видео-, аудиочата, по телефону.

Российский сервис для пациентов «Здоровье.ру» представляет собой мобильное приложение, в котором можно вести различные дневники здоровья и приема лекарств, проходить онлайн-тесты на наличие факторов риска заболеваний, получать рекомендации по посещению врачей и сдаче анализов, а также проводить видео- и чат-консультации с врачами любых специальностей.

Сервис Webiomed предлагает цифровую поддержку при принятии врачебных решений и маршрутизации пациентов, анализе медицинских данных на основе искусственного интеллекта.

Платформа Botkin.AI, созданная для анализа и диагностики заболеваний, задействует искусственный интеллект в поиске патологии на медицинских снимках, предоставляя специалисту не только информацию об обнаружении опухоли, но и выделяя участки, требующие его внимания. Точность алгоритма при анализе компьютерной томограммы грудной клетки составляет до 95 %.

Внедрение цифровых технологий в сферу здравоохранения помогает пациентам соблюдать врачебные предписания, напоминает о приеме лекарств, их дозировке; врачам помогает получать полную диагностическую информацию и данные о ходе заболевания, что, несомненно, оказывает положительное влияние на качество и удовлетворенность населения медицинской помощью. В связи с перспективностью направления, приказом мэра Москвы С. С. Собянина от 11.08.2021 на модернизацию медицинских организаций, занимающихся разработкой высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний, правительством города выделено 1 млрд рублей³⁴.

Вместе с тем внедрение электронного здравоохранения как в России, так и за рубежом сталкивается с типичными проблемами: недостатком квалифицированных кадров, низким уровнем инфраструктуры, ограниченными техническими и финансовыми ресурсами, обеспечением безопасности хранения и передачи конфиденциальных данных, неадекватными управленческими решениями, что требует принятия своевременных управленческих решений по их минимизации и устранению.

3.2. Преимущества и ограничения имплементации зарубежных практик в систему здравоохранения РФ

Доступность и качество медицинского обслуживания оказывает существенное влияние на уровень благополучия населения страны. Для повышения эффективности и конкурентоспособности системы отечественного здравоохранения, оптимизации методов функционирования, способов

³³ Телемедицина (мировой рынок). URL: <https://zdrav.expert/index.php/>.

³⁴ Москва выделила 1 млрд рублей на инновации в медицине. URL: <https://zdrav.expert/index.php/>

регулирования и обеспечения качества предоставляемых медицинских услуг целесообразно обратиться к зарубежному опыту решения аналогичных проблем³⁵.

В настоящее время во многих развитых странах мира усиливается интерес к исследованиям в сфере информационных и коммуникационных технологий, т. к. электронное здравоохранение (eHealth) имеет большой потенциал для повышения качества и доступности медицинской помощи в кратко- и долгосрочной перспективах³⁶.

Анализ зарубежных практик, накопленный в сфере здравоохранения, позволяет критически осмыслить основные технологии и направления обеспечения доступности и качества медицинских услуг для возможной их имплементации в России. Среди них:

1. *Обеспечение условий для проведения научных разработок, развития инноваций, научно-технического прогресса, создание территорий с инновационной инфраструктурой, нацеленной на стимулирование развития передовых технологий в сфере здравоохранения при финансовой поддержке государства*³⁷. Особый интерес в данном контексте представляет опыт США по вовлечению граждан в процесс инновационного развития системы здравоохранения. Например, в 2000 г. правительство Калифорнии реализовало две важные инициативы по стимулированию научных разработок в биофармацевтической промышленности – были созданы Калифорнийский институт науки и инноваций и Калифорнийский институт регенеративной медицины.

Правительством Великобритании в 2017 г. выделено 86 млн фунтов стерлингов на развитие медицинских достижений, что позволило малым и средним предприятиям разрабатывать и тестировать новые технологии в Национальной службе здравоохранения, в том числе в сфере цифровых технологий, обеспечивающих пациентам возможность дистанционного управления своим здоровьем из дома без посещения медицинских учреждений.

Швеция как признанный лидер в ряде отраслей медицинской науки тратит 3,6 % ВВП на финансирование научных разработок и инноваций, источниками которых являются фонды, предоставляющие средства высшим учебным заведениям на конкурсной основе.

2. *Организация и проведение ориентированных на пациента исследований (Patient-oriented research) как инновационной практики развития здравоохранения*, в задачи которых входит вовлечение пациентов, их законных представителей и семей в качестве партнеров в исследовательский процесс, что позволяет фокусироваться на приоритетах пациента и улучшает результаты лечения. С этой целью в ряде стран созданы специализированные органы – в США Институт по изучению влияния медицинских технологий на здоровье пациентов (Patient-Centered Outcomes Research Institute) для проведения исследований сравнительной эффективности лекарственных средств и медицинских технологий, применяемых широкими слоями населения в одной и той же клинической ситуации; во Франции – Национальный институт по здравоохранению и медицинским исследованиям (Inserm); в Канаде – Канадские институты медицинских исследований (Canadian Institutes of Health Research).

3. *Создание эффективной государственной системы контроля за соблюдением стандартов качества медицинских услуг*. Например, в США применяется детализированная номенклатура предоставляемых медицинских услуг согласно Текущей терминологии процедур (Current Procedural Terminology), которая используется при оплате медицинских услуг страховыми организациями.

4. *Усиление роли профилактической медицины (спорт, витаминизированная подготовка, санаторно-профилактический отдых) в поддержании здоровья населения, мотивации граждан на сохранение и укрепление своего здоровья*. Показателен в этом отношении опыт Сингапура. Учрежденная система индивидуальных медицинских счетов стимулирует самого человека быть ответственным за свое здоровье, тем самым не допуская ухудшения качества медицинских услуг и повышения их стоимости. Кроме того, в Сингапуре активно продвигается принцип здорового образа жизни, в частности, путем проведения тестов на выполнение физических нормативов, проведения образовательных программ по здоровому питанию и занятию спортом.

³⁵ Швец Ю. Ю. Зарубежный опыт обеспечения качества медицинских услуг // Транспортное дело России. 2016. № 6. С. 51-52.

³⁶ Минаев П. В., Федяев Д. В., Серяпина Ю. В., Скоморохова Т. В. Обзор зарубежного опыта внедрения электронного здравоохранения // Фармаэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2021; 14 (1): 63–71. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2021.085>.

³⁷ Посулихина Н.С. Правовое обеспечение стимулирования внедрения инноваций в систему здравоохранения: опыт зарубежных стран // Вестник Университета им. О. Е. Кутафина. 2020. № 5 (69). С. 112-121.

5. *Формирование индустрии «здорового образа жизни» на основе научных исследований:* изучение комплекса эндогенных и экзогенных факторов, влияющих на здоровье населения, их учет при определении приоритетных направлений деятельности системы здравоохранения, широкое информирование населения о результатах проведенных исследований (опыт Южной Кореи).

6. *Повышение уровня образования и активизации международного сотрудничества:* создание эффективных программ обучения, повышения квалификации для медицинского персонала, в том числе за рубежом; посещение международных научных конференций, симпозиумов, конгрессов для организации эффективного сотрудничества; расширение обмена данными между исследователями.

7. *Совершенствование нормативно-правового регулирования сферы здравоохранения,* позволяющего обеспечить проведение соответствующих исследований и беспрепятственное внедрение результатов в практику медицинских организаций. Опыт Англии по правовому обеспечению внедрения инноваций в сферу здравоохранения осуществляется путем законодательного закрепления обязанностей по стимулированию инновационного развития для структурных подразделений Национального совета по вопросам предоставления медицинских услуг³⁸.

8. *Разработка межведомственных управленческих механизмов, позволяющих медицинской промышленности ускорить внедрение инноваций в систему здравоохранения,* направленных на поддержку и рост отечественного технологического потенциала.

9. *Поиск альтернативных мер по усилению мотивации труда медицинских работников и эффективного использования их труда* через материальное (выплата премий, система компенсаций, льгот) и моральное стимулирование (поощрения в связи со знаменательными событиями в их жизни; участие в мероприятиях по сплочению коллектива; организация питания медицинских работников по приемлемым ценам; карьерный рост; введение KPI).

Таким образом, адаптация лучших зарубежных практик стимулирования инновационного развития медицины к реалиям российской действительности позволит сделать значительный шаг в наращивании инновационного потенциала страны в сфере здравоохранения.

³⁸ Посулихина Н.С. Правовое обеспечение стимулирования внедрения инноваций в систему здравоохранения: опыт зарубежных стран // Вестник Университета им. О. Е. Кутафина. 2020. №5 (69). С. 112-121.