

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

№ 4 (14), 2018

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Тема номера:

Национальные проекты в сфере здравоохранения

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Комаров Ю.М. (Москва)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Прохоренко Н.Ф. (Москва)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Москва)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗScientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ

Свидетельство о регистрации средства массовой информации: ПИ № ФС77-70210 от 30.06.2017.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2.

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте:
<http://orgzdrav.vshouz.ru>.

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

ИздательИздательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru**Верстка:** Килимник А.И.**Корректор:** Макеева Е.И.**Выпускающий редактор:**Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 25.12.2018.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 5,5.

Отпечатано в типографии ЗАО «Новые печатные технологии»: 115201, г. Москва, 2-й Котляковский пер., вл. 18.

Заказ № 17.

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 4 **Съезд Общероссийского народного фронта: «Не жди перемен – твори перемены!»**
- 6 **Выездное заседание по проблемам лекарственного обеспечения**

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

Национальный проект «Демография»

- 8 *Улумбекова Г.Э.*
Предложения РАН и ВШОУЗ по доработке федерального проекта «Старшее поколение»
- 28 *Прохоренко Н.Ф., Гинойян А.Б.*
Демографический вызов России: рациональные решения и готовность системы общественного здоровья
- Национальный проект «Здравоохранение»**

- 53 *Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В.*
Подходы к формированию концепции национальной лекарственной политики. Часть 1. Анализ рынка лекарственных препаратов в РФ

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 76 *Москвина С.С.*
Организация специализированной медицинской помощи детскому населению Ивановской области

CONTENT

ABOVE ALL

- 4 **Congress of the All-Russia People's Front: "Don't wait for change. Create it"**
- 6 **Visiting session in regards to drug provision problems**

ACTUALLY TODAY

National Project "Demography"

- 8 *Ulumbekova G.E.*
Proposals of the Russian Academy of Sciences and VSHOUZ to finalize the federal project "Older generation"
- 28 *Prokhorenko N.F., Guinoyan A.B.*
Russia's demographic challenge: rational decisions and public health preparedness

National Project "Healthcare"

- 53 *Ulumbekova G.E., Kalashnikova A.V.*
Approaches to the formation of the concept of National pharmaceutical policy. Part I. Analysis of the pharmaceutical market in the Russian Federation

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 76 *Moskvina S.S.*
Organization of specialized medical care for children population of the Ivanovo Region

Съезд Общероссийского народного фронта: «Не жди перемен – твори перемены!»



Съезд Общероссийского народного фронта (ОНФ) прошел 29 ноября 2018 г. в Москве. Он стал масштабной всероссийской площадкой, на которой собрались более 4 тыс. человек. Это федеральные и региональные эксперты ОНФ, активисты и народные контролеры из всех регионов страны, представители волонтерских и добровольческих движений, федеральные и региональные журналисты.

Съезд проходил на 12 тематических площадках, соответствующих 12 направлениям развития страны, определенным в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (от строительства хороших дорог до построения цифровой экономики). Майский указ находится в центре внимания ОНФ. Основной вопрос мероприятия – народный контроль за его исполнением.

По словам Президента РФ, по каждому из 12 направлений нужен прорыв в будущее. Объем выделяемых на это денег огромен, а значит, без контроля над расходами не обойтись.

На съезде было презентовано разработанное в ОНФ мобильное приложение «Народный контроль». Стать народным контролером может каждый – приложение поможет оценить, насколько тщательно чиновники выполняют президентские указы. Благоустройство дворов, оснащение поликлиник, качество дорог, строительство фельдшерско-акушерских пунктов и многое другое. Самое страшное – это пропасть между отчетами чиновников и реальной жизнью граждан страны. Скачав на смартфон или планшет это приложение, пользователи смогут принять участие в важной общественной работе: проследить, как выполняется новый майский указ главы государства в регионах, как влияют на качество жизни россиян результаты 12 национальных проектов.

Владимир Путин выступил на съезде ОНФ с речью. Приводим самые яркие моменты выступления.

- «От души приветствую всех участников съезда Общероссийского народного фронта. В названии ОНФ все сказано. Общероссийский – значит, масштабный и глобальный, народный – значит, призванный защищать интересы народа, каждого конкретного гражданина нашей страны. За последние годы ОНФ доказал, что он полностью отвечает тому предназначению, ради которого создавался: контроль со стороны общества за государственными решениями и их исполнением...»
- «Но это только начало. За последние 10–15 лет мы с вами очень много сделали для возрождения армии и флота, для возрождения оборонно-промышленного комплекса нашей страны. Мы надежно и гарантированно обеспечили безопас-

ность Российского государства. Теперь нам нужно сделать следующий, более ответственный и сложный шаг: сделать прорыв в гражданских отраслях (промышленности, науке, образовании, здравоохранении)».

- «Да, уже сделано многое, но этого недостаточно: люди ждут кардинальных изменений. Но невозможно добиться кардинальных изменений без масштабных государственных вливаний денежных средств, а также невозможно добиться нужных результатов без широкого общественного контроля за исполнением нацпроектов. Контроль со стороны общества необходим».
- «Нельзя допустить, чтобы фельдшерско-акушерский пункт был построен на селе, а добраться до него было невозможно. Нельзя допустить, чтобы в больницу было

закуплено дорогостоящее медицинское оборудование только для того, чтобы кто-то получил процент от этих сделок и чтобы впоследствии оно валялось на складах...»

- «Без участия людей, которые живут в конкретной местности, на конкретной улице, в конкретном доме, невозможно прицельно определить их потребности – их необходимо сподвигнуть на совместное участие в этой общественной работе. Контроль, поддержка и участие – без этих трех направлений реализовать поставленные задачи будет практически невозможно...»
- «...Я всех призываю самым активным образом включиться в эту работу. И если это будет так, а я надеюсь, что так и будет, тогда мы действительно построим страну, о которой мечтаем!»

Выездное заседание по проблемам лекарственного обеспечения

16 ноября 2018 г. на выездном заседании по проблемам лекарственного обеспечения в Санкт-Петербурге Президент Российской Федерации В.В. Путин поднял вопрос об эффективности расходования государственных средств при распределении медицинских препаратов. Систему лекарственного обеспечения Президент РФ назвал малопродуктивной. «Далеко не во всех регионах известно, какое число жителей имеет право на льготные лекарства и сколько людей пользуется льготой по какой из программ. Это означает, что если нет должного учета, то бюджетные деньги утекают очень часто сквозь пальцы. И, главное, не все льготники получают нужные им препараты», – сказал Владимир Путин.

Также был поднят вопрос о различиях региональных списков льготных лекарств. Стоимость одного и того же препарата в соседних регионах сегодня может отличаться в 7 раз. Отличаются и сами перечни препаратов, которые доступны льготным категориям граждан.

Владимир Путин: «Хочу вновь подчеркнуть, что повышение качества и продолжительности жизни граждан – одна из ключевых целей развития страны. Именно вокруг этой

цели должны строиться, в том числе наши национальные проекты. Со многими недугами, даже самыми опасными, сегодня можно успешно бороться. Прежде всего благодаря передовым медицинским технологиям и новым поколениям лекарственных средств. Наука и биотехнологии очень быстро развиваются...»; «...Если действовать целенаправленно, прилагая к этому усилия не только финансовые, но и организационные, административные, то все получится».

В ходе дискуссии были приняты решения о построении пациентоориентированной модели системы лекарственного обеспечения и эффективном использовании бюджетных средств, о настройке системы государственных закупок и сбалансированного ценообразования при регистрации цен на лекарственные препараты.

После заседания В.В. Путин посетил одну из петербургских аптек. Поговорил с заведующей, узнав, есть ли в наличии лекарства первой необходимости, и пообщался с местными жителями – посетителями аптеки.

Результатами выездного заседания стал ряд поручений премьер-министра Д.А. Медведева различным министерствам: Минздраву России,



Минтраву России и Минпромторгу России в рамках исполнения поручений Президента Российской Федерации, данных на совещании по вопросам повышения эффективности системы лекарственного обеспечения 16 ноября 2018 г., в том числе дополнительно рассмотреть вопрос об обеспечении лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения граждан, нуждающихся в постоянном медикаментозном лечении или заместительной терапии, независимо от наличия у них инвалидности. О результатах до 20 марта 2019 г. в Правительство Российской Федерации.

В Постановлении от 10 декабря 2018 г. № 1505 указано: «Об ограничении условий и мест розничной продажи спиртосодержащей пищевой продукции». Документ устанавливает запрет на продажу спиртосодержащей пищевой продукции по цене, ниже установленной для соответствующей алкогольной продукции. Под запрет подпадает продажа соответствующей спиртосодержащей пищевой продукции в организациях общественного питания, то есть она не может продаваться как пищевая продукция. Это поможет снизить число отравлений подобного рода спиртосодержащими жидкостями.

Предложения РАН и ВШОУЗ по доработке федерального проекта «Старшее поколение»

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления здравоохранением, Москва

В Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определено обеспечить достижение 4 отраслевых целей и 12 целевых показателей по направлению «Здравоохранение» (рассмотрен в предыдущем номере журнала № 3, 2018, с. 5–6). В данной статье представлены анализ и предложения по доработке федерального проекта «Старшее поколение», который входит в национальный проект «Демография». Автор анализирует общие положения, цели и задачи проекта, а также его ресурсное обеспечение (финансирование). Представлены анализ и предложения для системного подхода в разработке и реализации проекта. Также в статье предложены показатели и их целевые значения для мониторинга реализации проекта согласно общепринятым международным стандартам (ОЭСР), сформированы предложения по формированию системы долговременного ухода на основе международного опыта.

Ключевые слова:

Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204, федеральный проект «Старшее поколение», национальный проект «Демография», система долговременного ухода

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 4. С. 8–27.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-14001.

Статья поступила в редакцию: 02.12.2018. Принята в печать: 17.12.2018.

Proposals of the Russian Academy of Sciences and VSHOUZ to finalize the federal project "Older generation"

Ulumbekova G.E.

Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

In the decree of the President of the Russian Federation from May 7, 2018 N 204 "On the national goals and strategic objectives development of the

Russian Federation till the year 2024” is defined to ensure the achievement of 4 sectoral objectives and 12 indicators in the healthcare system [presented in the previous issue of the journal N 3 (2018), P. 5–6]. This article presents an analysis and proposals for the improvement of the Federal project “Older generation”, which is included in the National project “Demography”. The author analyzes the general position, goals and objectives of the project, as well as its resource provision (financing). Next, there are analysis and proposals for a systematic approach in the development and implementation of the project. The article also proposes indicators and their target values for monitoring the implementation of the project according to the worldwide standards (OECD), here are formed proposals for the formation of long-term system care based on international experience.

Keywords:

Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2018 N 204, Federal project “Older generation”, National project “Demography”, long-term care system

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (4): 8–27.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-14001.

Received: 02.12.2018. Accepted: 17.12.2018.

I. Общие положения, цели и задачи проекта

Федеральный проект **«Старшее поколение» (разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения)** входит в состав национального проекта **«Демография»** (рис. 1), который включает еще 4 проекта: «Финансовая поддержка семей при рождении детей», «Содействие занятости женщин – создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет», формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни «Укрепление общественного здоровья», создание для всех категорий и групп населения условий для занятия физкультурой и спортом «Спорт – норма жизни». Ответственность за разработку и реализацию федерального проекта

«Старшее поколение» несет Министерство труда и социальной защиты РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ, в части мониторинга показателей – с Росстатом.

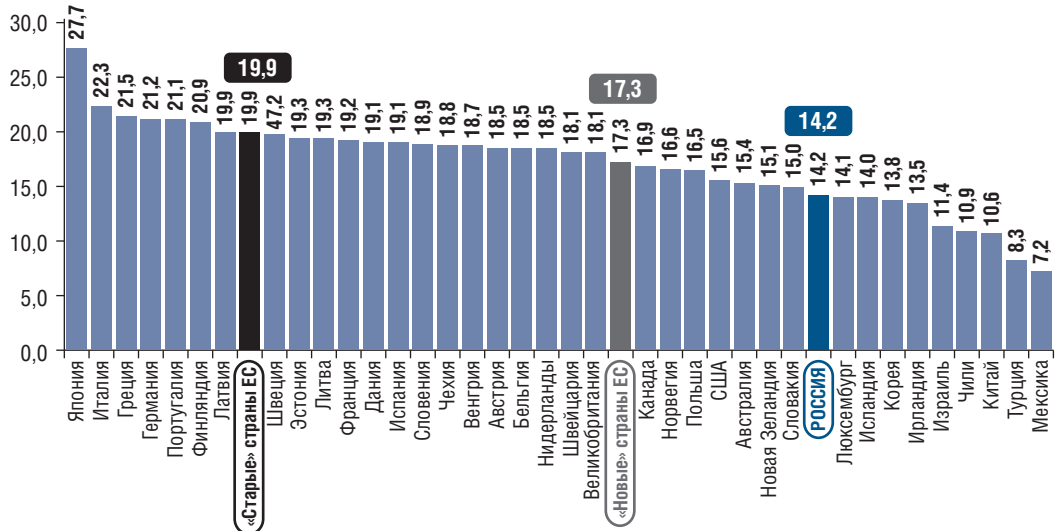
Проект «Старшее поколение» актуален для РФ. На 1 января 2018 г. лица старше 65 лет в РФ составили 20,9 млн чел., или 14,2% (рис. 2). По доле населения старше 65 лет РФ приближается к таким странам, как США (15,6%), Польша (16,5%), Норвегия (16,6%). В «новых» странах Европейского союза (ЕС), близких к РФ по уровню экономического развития¹ (здесь и далее – «новые» страны ЕС), эта доля составляет 17,3%. Доля населения старше 80 лет в РФ составляет 3% (5,1 млн чел.), в «новых» странах ЕС – 4%. С ростом ожидаемой продолжительности жизни и снижением темпов рождаемости в РФ доля граждан в возрасте 65 лет и старше будет постоянно расти.

¹ Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.



Рис. 1. Национальные проекты и программы, утвержденные Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204

Доля населения старше 65 лет, %



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: OECD.StatExtracts Database.

Рис. 2. Доля населения старше 65 лет в странах Организации экономического сотрудничества и развития

Рост числа пожилых и ухудшение их здоровья увеличивают затраты на выплату пенсий, медицинское обеспечение и социальное обслуживание, снижают производительность труда работающих пенсионеров и ставят иные проблемы перед страной и обществом. Так, доля лиц старше трудоспособного возраста в РФ составляет **77%** в общем числе умерших, доля их госпитализаций – **более 35%** в общем числе госпитализаций. В этой связи очень важно максимально повысить качество жизни старшего поколения и продлить их активное (здоровое) долголетие. Определение качества жизни старшего поколения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) тесно связывает с понятием активного (здорового) старения, что подразумевает процесс достижения оптимального баланса между здоровьем, безопасностью и активным участием в жизни гражданина старше трудоспособного возраста².

Проект «Старшее поколение» имеет непосредственное отношение к достижению 3 целей национального проекта «Демография», а именно: **увеличить ожидаемую продолжительность здоровой жизни до 67 лет** (базовое значение показателя для измерения этой цели не приведено, влияние проекта на достижение этого показателя составляет 50%), **снизить смертность населения старше трудоспособного возраста на 5%** (с 38,1 до 36,1 случая на 1000 чел. соответствующего возраста, влияние проекта на достижение показателя составляет 30%), а также **увеличить долю граждан, ведущих здоровый образ жизни** (базовое и целевое значения показателя не указаны, влияние проекта на достижение показателя – 10%).

Задача проекта «Старшее поколение» обозначена как *«разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения»*. Проект содержит 4 подзадачи, которые приводятся ниже с целевыми значениями результатов к 2024 г.

1. Увеличение активного долголетия и продолжительности здоровой жизни. Эту задачу предложено решать путем:

- проведения дополнительных профилактических прививок гражданам (не менее **95%** граждан из групп риска, проживающих в учреждениях социального обслуживания, должны пройти вакцинацию против пневмококковой инфекции);
- **70%** охвата старшего поколения профилактическими осмотрами (не менее **28 млн чел.** старше трудоспособного возраста) и **90%** диспансерным наблюдением (не менее **25 млн чел.** старше трудоспособного возраста);
- создания региональных гериатрических центров и геронтологических отделений (помощь в них получают за 6 лет не менее **850 тыс. граждан**);
- внедрения клинических рекомендаций по лечению наиболее распространенных заболеваний старшего поколения;
- популяризации мер по системной поддержке старшего поколения в СМИ (не менее **2,5 млн демонстраций** рекламной информации информационных материалов ежегодно, всего за 6 лет – **12,5 млн**).

2. Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Эту задачу планируется решить путем поэтапного создания к **2022 г.** во всех **85 регионах РФ** системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, включающую сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы, а также по поддержке семейного ухода. Число граждан, которые получают эти услуги, не указано.

3. Содействие приведению в субъектах РФ организаций социального обслуживания в надлежащее состояние, а также ликвидация очередей в них. Эту задачу планируется

² Всемирная организация здравоохранения, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1.

решать путем создания безопасных и комфортных условий предоставления социальных услуг (приближенных к домашним) в учреждениях социального обслуживания (всего за 6 лет должны получить эти услуги **11 млн граждан**), а также путем привлечения негосударственных организаций социального обслуживания к оказанию услуг (всего частных организаций должно быть **не менее 33,6%** в общем числе организаций социального обслуживания).

4. Организация мероприятий по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию лиц предпенсионного возраста. Эта задача будет решаться путем обучения и дополнительного профессионального образования граждан предпенсионного возраста (ежегодно должны быть обучены не менее **75 тыс. чел.**, всего за 6 лет **450 тыс. чел.**).

II. Ресурсное обеспечение проекта

Общее финансирование национального проекта «Демография» на 2019–2024 гг. из всех бюджетных источников составляет **3,05 трлн руб. за**

6 лет. Из них средства федерального бюджета составляют **96%**. На федеральный проект «Старшее поколение» будет потрачено **96,5 млрд руб.**, или **3%** бщего финансирования национального проекта (рис. 3). В среднем за год на решение всех четырех задач федерального проект «Старшее поколение» будет потрачено **16 млрд руб.**, из них **4 млрд руб.** на одну задачу (разбивка финансирования по задачам проекта «Старшее поколение» не приводится).

III. Системный подход в разработке и реализации проекта: анализ и предложения

На основании рекомендаций ВОЗ и опыта развитых стран можно сформулировать основные риски здоровью граждан старшей возрастной группы и предложения по формированию политики, направленной на нивелирование и предупреждение этих факторов.

Главные **факторы риска**, которым подвержены пожилые люди:

- травматизм;
- прогрессирование неинфекционных заболеваний и инфекции;



Рис. 3. Структура финансирования национального проекта «Демография» на 2019–2024 гг. за счет всех источников

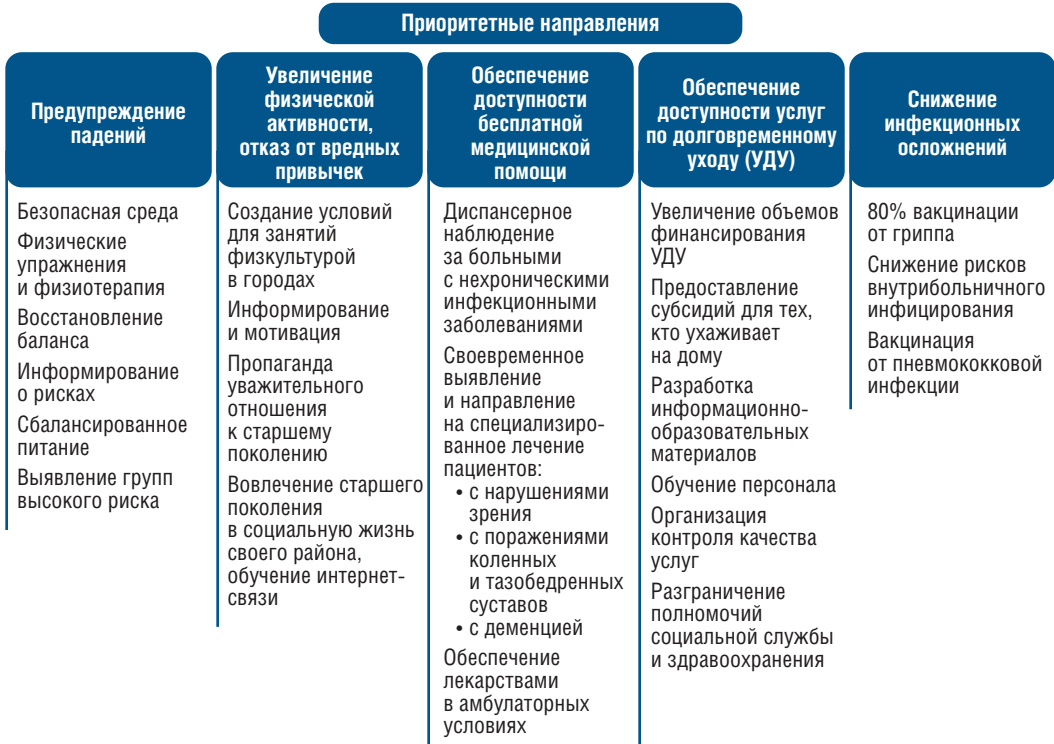


Рис. 4. Приоритетные направления политики по продлению активного долголетия

- бедность;
- социальная изоляция и дискриминация, нарушения психического здоровья;
- жестокое обращение с пожилыми людьми.

Бремя этих факторов можно в значительной степени сократить или предупредить за счет государственной политики. Приоритетные направления этой политики представлены на рис. 4. Это:

- предупреждение падений и травм;
- увеличение физической активности и отказ от вредных привычек;
- создание безопасных условий проживания и передвижения общественным транспортом;
- обеспечение доступности бесплатной медицинской помощи, особенно бесплатных лекарств, первичной медико-санитарной помощи, специализированного лечения при распространенных заболеваниях (ле-

чение катаракты, эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов, лечение депрессии, артериальной гипертензии);

- обеспечение услуг по долговременному уходу;
- вакцинопрофилактика и снижение числа инфекционных осложнений в стационарных учреждениях.

В целом федеральный проект «Старшее поколение» охватывает важные направления по продлению активного (здорового) долголетия граждан старше трудоспособного возраста (см. выше). Однако задачи и результаты, включенные в проект, **недостаточно детализированы и не позволяют определить, будут ли достигнуты цели проекта**. Ниже представлены предложения по доработке проекта «Старшее поколение» с точки зрения системного подхода в управлении достижением поставленных целей.

Научно обоснованный подход в разработке и реализации проекта, направленного на достижение определенных целей, подразумевает следующее.

■ **Постановку достижимых и количественно измеримых целей.** В проекте «Старшее поколение» заявлена цель, она же обозначена как задача № 1 этого проекта – «увеличение активного долголетия и продолжительности здоровой жизни». Следует добавить принятый в развитых странах показатель **ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) для мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше, в том числе указать на здоровые годы жизни.** По международной методике здоровые годы жизни у граждан старше 65 лет определяются по ограничению активности (см. далее рис. 6 и 7) и оцениваются через опросы населения. Целевое значение показателя следует установить по «новым» странам ЕС (Польша, Чехия), которые имеют сегодня значение ОПЖ у граждан в возрасте 65 лет и старше: у мужчин – **16 лет**, а у женщин – **20 лет**. Соответственно в РФ ОПЖ у граждан в возрасте 65 лет и старше к 2024 г. для мужчин должна увеличиться с нынешних **14 до 16 лет** (в том числе здоровые годы жизни должны достичь 8 лет), для женщин – увеличиться с **18 до 20 лет** (в том числе здоровые годы жизни – достичь 9 лет). Дополнительные показатели для мониторинга проекта представлены в разделе IV данной статьи. Также желательно, чтобы формулировки отдельных задач проекта «Старшее поколение» не повторяли наименование цели всего проекта.

■ **Определение приоритетных задач, решение которых позволит достичь поставленных целей.** Важнейшими направлениями для снижения рисков, ухудшающих здоровье граждан старшего поколения, **не предусмотренных проектом**, являются:

- профилактика **падений**, в том числе мотивация граждан к физической активности, информирование о рисках, вывleние групп высокого риска, создание условий для занятий физической активностью, разработка и реализация мультидисциплинарной программы по этому направлению и др.;

- активная пропаганда и мотивация населения к ведению здорового образа жизни в молодом возрасте;

- формирование **безопасных условий** проживания, в городских условиях – это удобные пешеходные переходы, скверы, движение и остановки общественного транспорта, в сельской местности – наличие централизованного отопления, коммунальных удобств, доступности медицинских учреждений, лекарств, продуктов питания;

- в части проведения **профилактических осмотров** необходимо сконцентрировать внимание на выявлении и последующем увеличении объемов специализированного лечения **наиболее распространенных и инвалидизирующих заболеваний** старшего поколения – катаракты, остеопороза, нарушений подвижности коленного и тазобедренного суставов, перелома шейки бедра, когнитивных расстройств и деменции;

- в части **профилактики бедности** среди граждан старшей возрастной группы необходимо проводить постоянный мониторинг их доходов, которые не должны быть ниже обоснованной стоимости потребительской корзины, полностью обеспечить их бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях без содоплаты, предусмотреть льготы при использовании общественного транспорта и др. Сегодня доля назначенной пенсии составляет в РФ 32% заработной платы. Доля доходов от пенсий в структуре бюджета домохозяйств, состоящих из пенсионеров, составляет 51%, от социальных пособий – 5,1%, от заработной платы – 36%. При этом среди всего населения РФ доля расходов на покупку товаров и оплату услуг составляет около 80% всех расходов, на продукты питания – 32%.

■ **При постановке задач должны быть определены необходимые для их решения ресурсы** – материально-технические, кадровые и финансовые. Распределение финансовых ресурсов по отдельным задачам проекта **не представлено**. Соответственно сделать выводы об их достаточности или недостаточности на данном этапе невозможно. Предложения по созданию гериатрических центров и геронтологических отделений требует пояснений (**для справки:** всего

проектом предусмотрено **850 тыс.** пролеченных больных в этих центрах к 2024 г., что означает наличие около **8 тыс. коек³**. Означает ли это строительство новой инфраструктуры и за счет каких источников это будет происходить, предусмотрены ли тарифы по оплате помощи в этих центрах и заложены ли дополнительные средства в бюджетах всех уровней или в системе ОМС на их строительство, оснащение и дальнейшее содержание? Далее, как будут укомплектованы эти новые структуры **медицинскими кадрами**, заложен ли фонд оплаты труда этих кадров и средства на их подготовку? Сегодня врачей-гериатров в РФ насчитывается всего **200 человек**, а укомплектованность ими составляет **41%** и снизилась с 2010 г. **на 9%**. Где будут найдены дополнительные кадры в ситуации дефицита врачей первичного звена (по данным Минздрава, сегодня дефицит врачей участковой службы составляет **около 35 тыс. человек**)? В условиях дефицита финансовых ресурсов следует рассмотреть возможность не создания новых объектов оказания гериатрической помощи, **а обучения врачей первичного звена** особенностям ведения пациентов старшего поколения.

В части задачи по демонстрации рекламно-информационных материалов в СМИ необходимо уточнить **приоритетные темы** и направления создания таких материалов, например пропаганда физической активности, профилактика падений, информация о возможностях получения социальных услуг, мотивация населения к бережному отношению к старшему поколению и др.

Практически **не раскрыта** важнейшая задача «Создание системы долговременного ухода за

гражданами пожилого возраста и инвалидами». Предложения по решению этой задачи представлены в разделе V.

■ **Создание системы управления, мониторинга и контроля проекта.** Для этих целей необходимо разработать соответствующие **методические материалы** для субъектов РФ, **обучить** как управленцев, так и специалистов по оказанию социальных услуг, **разграничить** зоны ответственности различных ведомств. Необходимо на основании рекомендованных индикаторов составить **рейтинг субъектов РФ** по реализации проектов и регулярно проводить анализ лучших практик и причин отставания регионов от достижения целевых значений установленных показателей.

IV. Предложения по установлению показателей и их целевых значений для мониторинга реализации проекта

РАН на основании международного опыта⁴ рекомендует следующие основные и дополнительные показатели, принятые в развитых странах для мониторинга политики, направленной на продление здорового (активного) старения. К **основным показателям** относятся: ОПЖ граждан старше 60 и/или 65 лет, продолжительность здоровой жизни этой категории граждан, ресурсная обеспеченность системы долговременного ухода и гериатрической помощи (финансирование, обеспеченность кадрами и койками), а также объемы соответствующей помощи. Также важно определить **единый понятийный аппарат**, например ВОЗ под старшим

³ 850 тыс. пациентов ÷ 6 лет ÷ 16 = 8,8 тыс. коек, где 16 – оптимальный оборот геронтологической койки в году.

⁴ Health at a Glance 2017: OECD Indicators // OECD Publishing. Paris. 220 p. Электронный доступ: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en; Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe. Kenichi Hirose, Zofi a Czepulis-Rutkowska. International Labour Organization and Country Office for Central and Eastern Europe. Budapest, 2016. 37 p.; Facing the Challenges in the Development of Long-Term Care for Older People in Europe in the Context of an Economic Crisis. Blanca A. Deusdad, Charles Pace & Anneli Anttonen // Journal of Social Service Research 42:2. P. 144–150. Электронный доступ: <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1133147>; Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева : ВОЗ. 316 с.

поколением подразумевает граждан старше 60 лет, ОЭСР – старше 65 лет, в РФ сегодня граждане старше пенсионного возраста – это мужчины 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше.

1. Показатели, характеризующие число и здоровье граждан старшего поколения

1.1. Доля населения старше 65 лет в РФ составляет **14%**, старше 80 лет – **3%**, более того, с ростом ОПЖ и на фоне снижения темпов рождаемости эта доля будет постоянно расти. В странах ЕС в долговременном уходе нуждаются в среднем **не менее 13%** числа граждан старше 65 лет. Соответственно можно определить, сколько таких нуждающихся по РФ в целом: **2,7 млн чел.** {20,9 млн × 0,13, где 20,9 млн – число граждан старше 65 лет в РФ}. **Для справки:** проектом такой показатель не предусмотрен.

1.2. Доля населения старше 65 лет по субъектам РФ. В России имеет место существенная разница между регионами по доле насе-

ния старше 65 лет – от 3,1% в Ямало-Ненецком автономном округе до 18,2% в Тульской области (рис. 5).

1.3. Ожидаемая продолжительность жизни, в том числе здоровых лет жизни, в возрасте 65 лет и старше. На рис. 6 и 7 представлена ОПЖ граждан в возрасте 65 лет и старше в странах ЕС у мужчин и женщин с разделением по ограничениям деятельности. По международной методике для граждан 65 лет число лет здоровой жизни определяется по ограничению деятельности. В России данный показатель в официальной статистике на постоянной основе не рассчитывается.

По данным ВШОУЗ, в 2017 г. ОПЖ в возрасте 65 лет для мужчин составляет **14 лет**, для женщин – **18 лет**. Это самые низкие показатели среди стран ОЭСР. Рекомендуем использовать названный показатель для мониторинга целей проекта. Целевое значение данного показателя к 2024 г. предлагаем установить по его значению,

Доля населения старше 65 лет, %

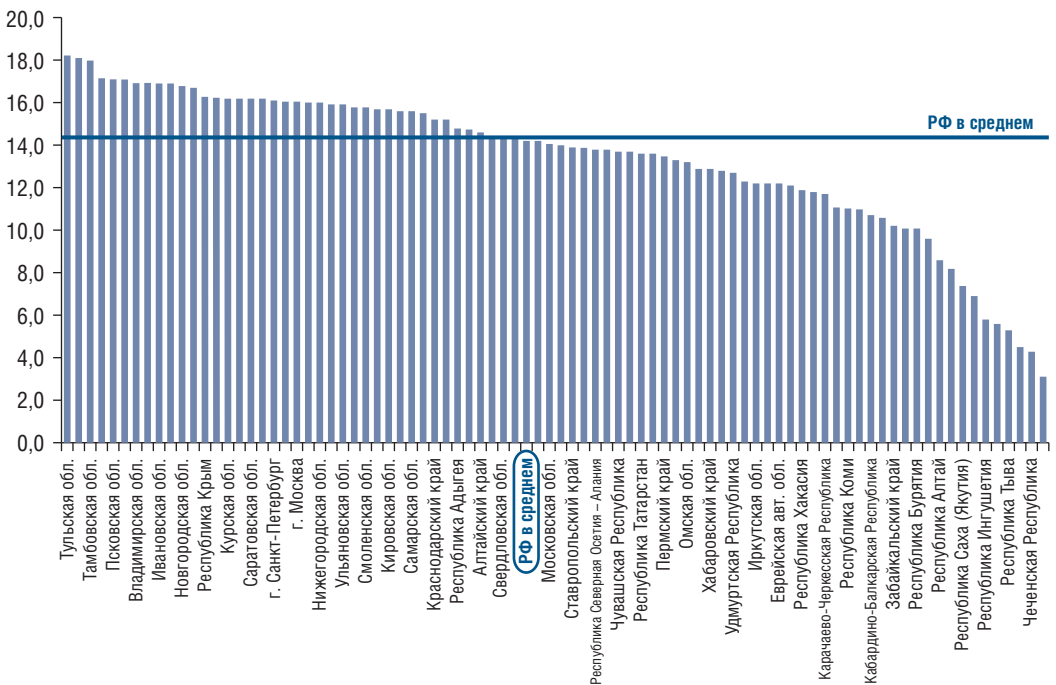
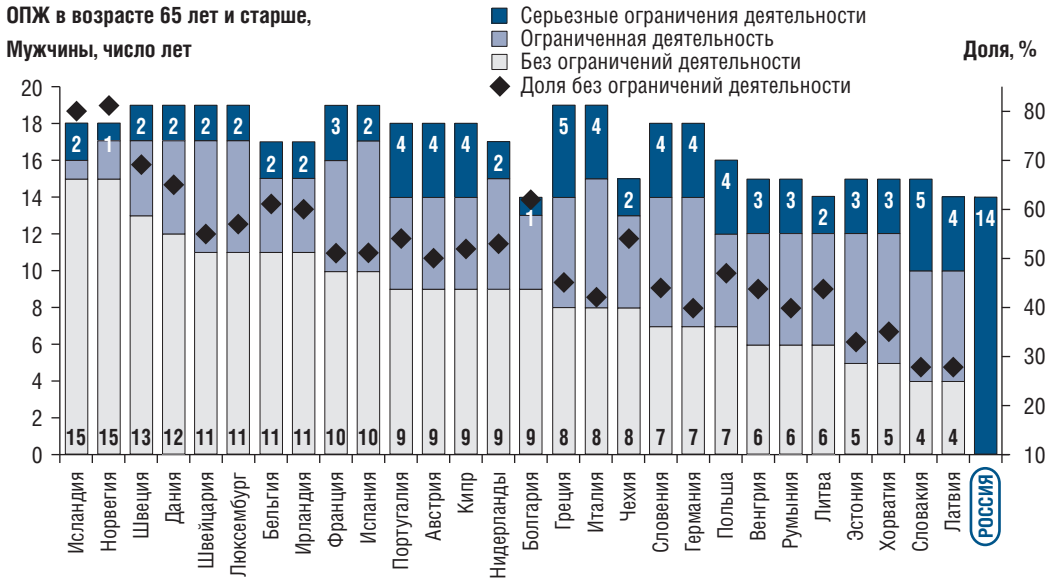


Рис. 5. Доля населения старше 65 лет по субъектам РФ



Источник: Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe (2016).

По России нет данных по ограничениям деятельности. Общая ОПЖ в данном возрасте – расчет ВШОУЗ.

Рис. 6. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) мужчин в возрасте 65 лет с учетом ограничения деятельности

которое сложилось сегодня в Чехии и Польше (см. далее таблицу). Соответственно к 2024 г. ОПЖ у граждан в возрасте 65 лет и старше для мужчин должна увеличиться **с 14 до 16 лет** (в том числе здоровые годы жизни достичь **8 лет**), для женщин – увеличиться **с 18 до 20 лет** (в том числе здоровые годы жизни – достичь **9 лет**).

1.4. Оценка собственного здоровья гражданами старше 65 лет. По опросам, проводимым Высшей школой экономики (ВШЭ)⁵, в РФ доля граждан старше 65 лет, оценивающих свое здоровье, как хорошее или очень хорошее, составляет **всего 5%**. Рекомендуем использовать этот показатель для измерения целей проекта и установить его целевое значение к 2024 г. по уровню «новых» стран ЕС сегодня – **18%** (рис. 8). Необходим также мониторинг потребностей пациентов в возрасте 60 лет и старше в медицинской социальной помощи путем организации

анкетирования, которое смогло бы выявить их потребности, удовлетворенность оказанной помощью, образ жизни. При этом опросы должны проводиться во всех субъектах РФ по единой методике.

2. Показатели, характеризующие объемы и материально-техническое обеспечение системы долговременного ухода

2.1. Распространенность деменции (по данным ОЭСР⁶) в РФ составляет 10 случаев на 1000 населения. Этот показатель на уровне «новых» стран ЕС (рис. 9).

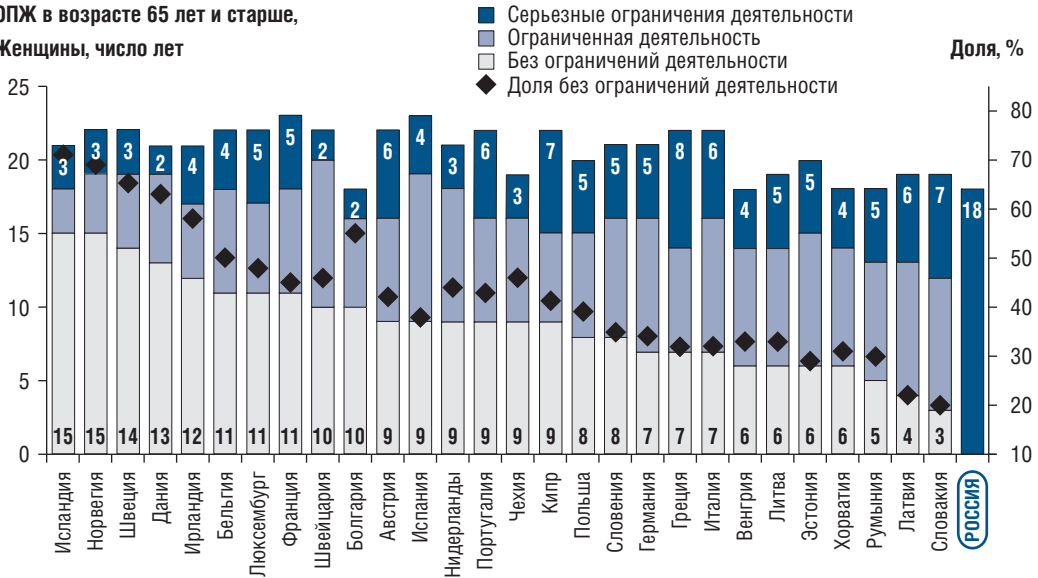
2.2. Доля граждан старше 65 лет, получающих долговременный уход, в данной возрастной категории. В России данный показатель на постоянной основе не измеряется. Расчет для РФ сделан как сумма числа граждан, получающих помощь в учреждениях социального ухода и на

⁵ По данным Высшей школой экономики, 2010 г.: <https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/67675423>.

⁶ Health at a Glance 2017: OECD Indicators // OECD Publishing. Paris. 220 p. Электронный документ: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

ОПЖ в возрасте 65 лет и старше,

Женщины, число лет

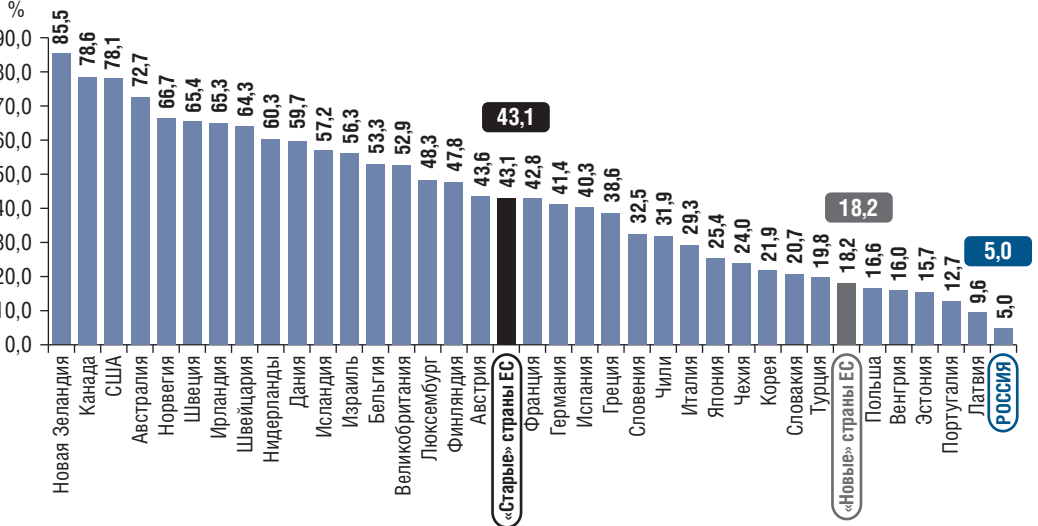


Источник: Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe (2016).

По России нет данных по ограничениям деятельности. Общая ОПЖ в данном возрасте – расчет ВШОУЗ.

Рис. 7. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) у женщин в возрасте 65 лет с учетом ограничения деятельности, %

Доля населения среди лиц старше 65 лет, оценивающего свое здоровье, как хорошее или очень хорошее



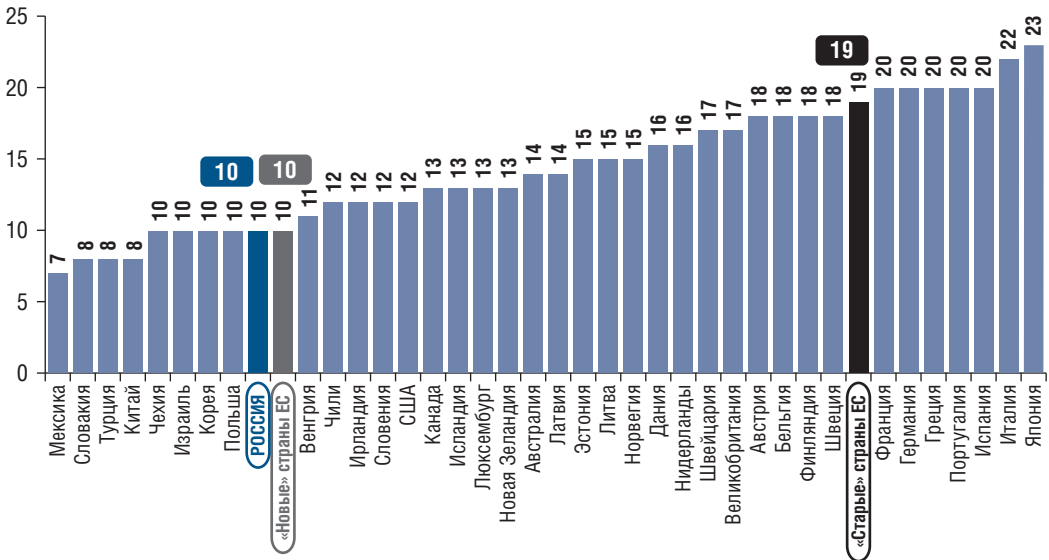
«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные по Новой Зеландии, Канаде, США и Австралии – приблизительные (ОЭСР). Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 8. Доля населения старше 65 лет, оценивающего свое здоровье как «очень хорошее» и «хорошее»

койках длительного ухода в системе здравоохранения. В социальных учреждениях проживают всего (пожилых взрослых и инвалидов) **253 тыс. чел.**, на койках системы здравоохранения могут быть обслужены не менее **290 тыс. чел.**⁷, при условии, что оптимальный оборот этих коек в среднем составляет 10 раз. Всего граждан старше 65 лет в РФ – 20 867 тыс. чел. Соответственно доля тех, кто может получить долговременный уход в учреждениях социальной службы и в системе здравоохранения, составляет **2,6%** (543 тыс. ÷ 20,9 млн). Это **в 2 раза ниже**, чем в «новых» странах ЕС (рис. 10). Напомним, что число нуждающихся в долговременном уходе оценивается как **2,7 млн чел.** (20,9 млн × 0,13, где 20,9 млн – число граждан старше 65 лет в РФ).

Дополнительно необходимо на постоянной основе проводить мониторинг ресурсной обеспеченности по профилю «Гериатрия», мониторинг деятельности гериатрических центров и отделений, а также всех участников оказания медицинской помощи лицам в возрасте 60 лет и старше, в том числе специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Действующие сегодня формы федерального статистического наблюдения не содержат сведений о количестве услуг, оказанных пациентам в возрасте 60 лет и старше в амбулаторных условиях, в разрезе врачебных специальностей, а также о числе госпитализаций и обращений в скорую помощь пациентов в возрасте 60 лет и старше, о количестве медицинских сотруд-

Деменция, число случаев на 1000 населения

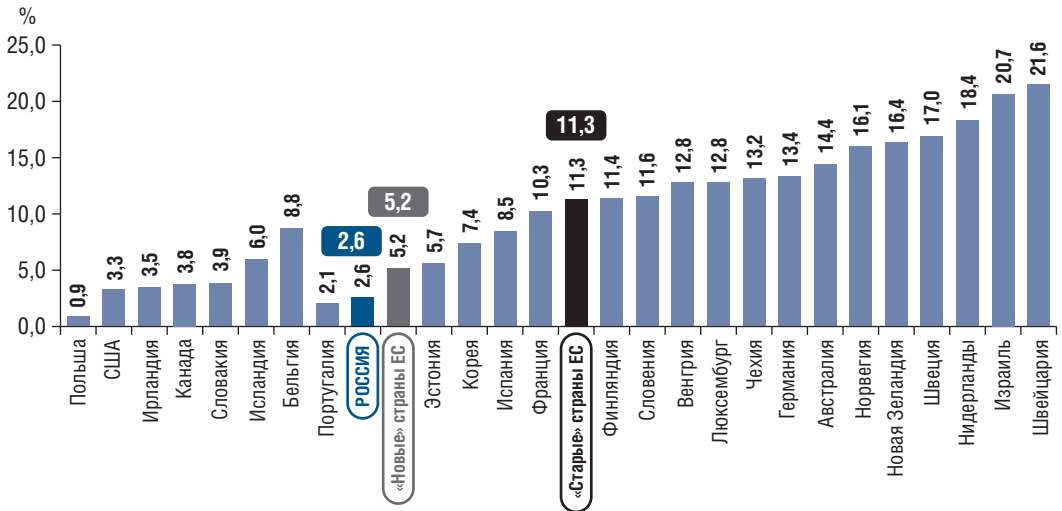


«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные по России – ОЭСР. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 9. Распространенность деменции

⁷ В 2017 г. в РФ геронтологических коек – 1880, сестринских – 16 144, паллиативных – 11 132, т.е. всего 29,2 тыс. коек длительного ухода. При условии, что оптимальный оборот этих коек в среднем составляет 10, в год на них могут быть обслужены около 290 тыс. чел. (сборник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд»).

Доля населения среди лиц старше 65 лет, получающих длительный уход, %



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные в Польше, США, Ирландии, Канаде, Словакии, Исландии, Бельгии включают только стационары. *Источник: Health at a Glance, 2017.*

Рис. 10. Доля граждан старше 65 лет, получающих долговременный уход, в данной возрастной категории

ников, получивших дополнительное образование по вопросам помощи пациентам в возрасте 60 лет и старше.

2.3. Потребность в услугах долговременного ухода в разрезе возрастов: 0–64 года, 65–79 лет и старше 80 лет. Этот показатель необходим для прогнозирования объема услуг. В России данный показатель не измеряется. По данным ОЭСР, в «новых» странах ЕС (Чехия, Венгрия, Словения и Эстония) доля лиц в возрасте 0–64 среди всех, кто получает услуги долговременного ухода, в среднем составила около **30%**, в возрасте 65–79 лет – **30%**, в возрасте старше 80 лет – **40%**.

2.4. Доля граждан 65 лет и старше, получающих услуги долговременного ухода на дому, среди всех, кто получает услуги долговременного ухода. В России этот показатель не измеряется. В «старых» странах ЕС его значение в 2015 г. соста-

вило **67%**, в «новых» странах ЕС – **72%**. Оказание долговременного ухода на дому считается более эффективным способом по сравнению с оказанием этой помощи в стационарных условиях.

2.5. Обеспеченность койками длительного ухода в системе здравоохранения и в учреждениях социального ухода на 1000 населения старше 65 лет. Койки длительного ухода в России включают: геронтологические – 1 880, сестринские – 16 144, паллиативные – 11 132⁸. Койки в системе социального обслуживания составили в 2016 г. 253 тыс. Итого: 282 156 (253 000 + 29 156). Соответственно обеспеченность данными койками в расчете на лиц старше 65 лет составила **13,5** (282156 × 1000 ÷ 20 867 263, где 20 867 263 – численность населения старше 65 лет на 1 января 2018 г.). Это один из самых низких показателей в странах ОЭСР (рис. 11).

⁸ Сборник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Кочечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных специальностей)», 2018.

3. Показатели, характеризующие обеспечение кадрами системы долгосрочного ухода

3.1. Доля граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долгосрочному уходу. В России данный показатель не измеряется. По данным ОЭСР, показатель подразделяется на 2 категории: на лиц, оказывающих долгосрочный уход ежедневно и еженедельно. В «новых» странах ЕС доля граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долгосрочному уходу, среди тех, кто оказывает их ежедневно, составила **8%**, а еженедельно – **5%**. Соответственно всего доля граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долгосрочному уходу, в «новых» странах ЕС составила **13%**.

3.2. Доля женщин среди граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долгосрочному уходу ежедневно. В России данный показатель не измеряется. В «новых» странах ЕС доля женщин

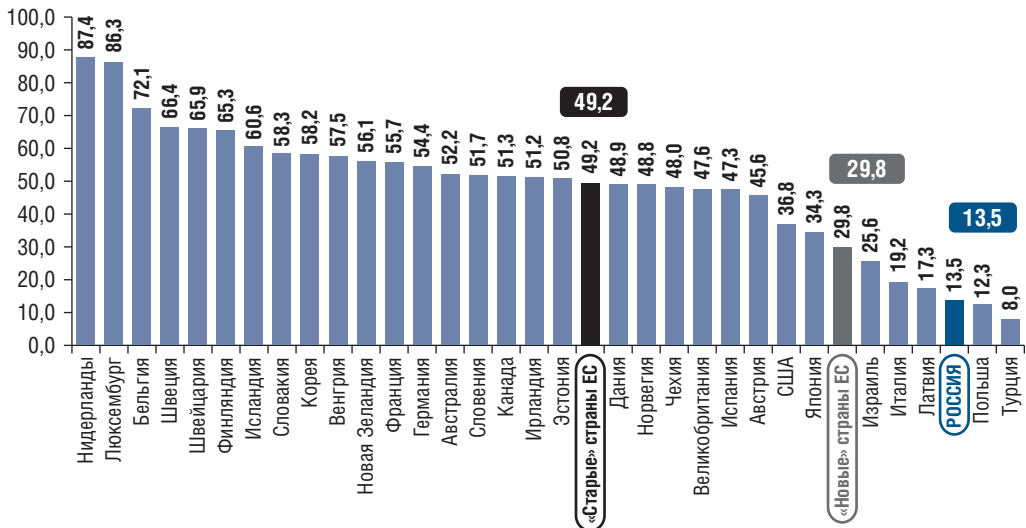
среди граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долгосрочному уходу, составила **64,5%**.

3.3. Обеспеченность работниками системы долгосрочного ухода в расчете на 100 человек старше 65 лет (рис. 12). В России готового аналогичного показателя нет. Но можно сделать приблизительные расчеты. По данным Росстата⁹, число работников сферы предоставления социальных услуг составляет **608,1 тыс. чел.** Численность населения старше 65 лет на 1 января 2018 г. – 20,9 млн чел. Соответственно обеспеченность работниками социальной службы на 100 чел. старше 65 лет составляет около **2,9 работника** (хотя следует учесть, что не все эти работники вовлечены в оказание помощи гражданам старшей возрастной группы). Это на уровне «новых» стран ЕС.

4. Финансирование услуг по долгосрочному уходу

4.1. Доля в ВВП государственных расходов (государство и/или обязательное страхование)

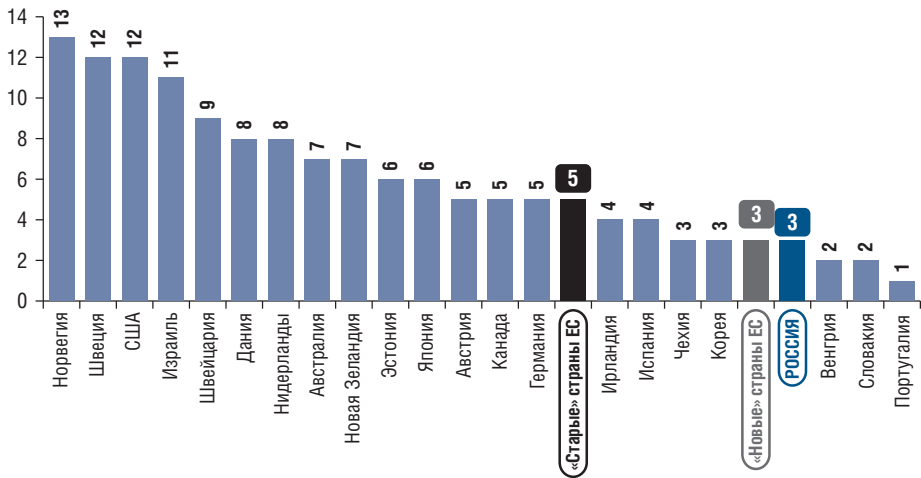
Обеспеченность социальными койками и койками длительного ухода на 1000 населения старше 65 лет



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 11. Обеспеченность койками длительного ухода в системе здравоохранения и в учреждениях социального ухода на 1000 населения старше 65 лет

Обеспеченность социальными работниками (в учреждениях и на дому) на 100 человек старше 65 лет



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные по России включают всех работников сферы предоставления социальных услуг. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 12. Обеспеченность работниками системы долговременного ухода в расчете на 100 человек старше 65 лет

на услуги долговременного ухода (система здравоохранения и социальная служба). В России данный показатель не измеряется. В «новых» странах ЕС он составляет в среднем 0,5%, в «старых» странах ЕС – 1,2% (рис. 13).

4.2. Структура государственных расходов на оказание услуг долговременного ухода в разрезе способов предоставления услуг: на дому, в стационарных условиях, другое (рис. 14). В России данный показатель не измеряется. Видно, что пока большая часть услуг в «старых» странах ЕС оказывается в стационарных условиях, в «новых» странах ЕС – на дому.

V. Предложения по формированию системы долговременного ухода

Долговременный уход – это относительно **новый вид** социального риска, связанный со старением населения, потребности в котором растут ежегодно.

Услуги по долговременному уходу направлены на граждан, которые в результате старости и/или инвалидности не могут самостоятельно обслуживать себя и выполнять рутинные ежедневные процедуры по самообслуживанию. Эти услуги включают помощь при принятии ванны, перемещении из постели на инвалидное кресло, питании, а также уход, включая элементы реабилитации. Для некоторых категорий граждан он включает такие услуги, как помощь в принятии медикаментов, заполнении счетов, посещении мест, находящихся вне пешей доступности, использовании Интернета. Эти услуги могут оказываться на дому, в учреждениях социального обслуживания, в стационарных учреждениях здравоохранения на специальных койках, в стационарах дневного пребывания в муниципальных образованиях.

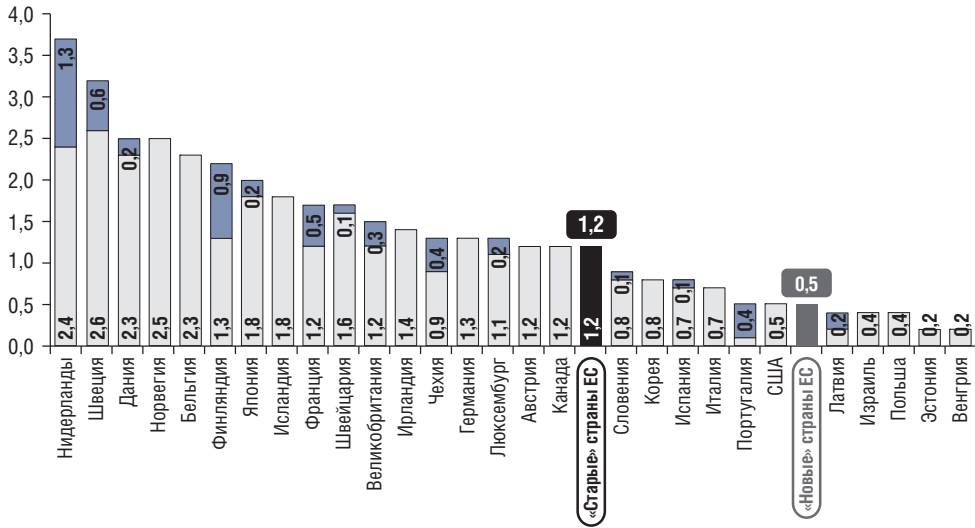
Необходимо разделять услуги по долговременному уходу и оказание медицинской помощи. Долговременный уход направлен на поддержку самостоятельности жизнеобеспечения пожилых

⁹ Сборник «Здравоохранение в России – 2017».

Расходы на услуги длительного ухода, доля в ВВП, %

■ Социальная служба
□ Здравоохранение

В России данный показатель не измеряется

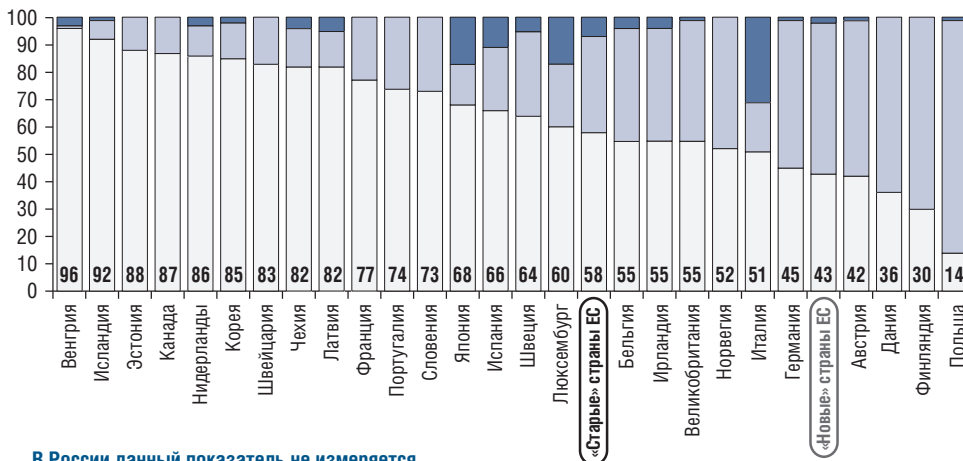


«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 13. Доля государственных расходов (государство и/или обязательное страхование) на услуги долговременного ухода (система здравоохранения и социальная служба) в валовом внутреннем продукте (ВВП)

Структура расходов на услуги длительного ухода (за счет системы здравоохранения) по условиям оказания

■ Прочее □ На дому □ Стационар



В России данный показатель не измеряется

«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 14. Государственные расходы на оказание долговременного ухода в разрезе способов предоставления услуг

людей, а медицинская помощь – на коррекцию состояния здоровья. Отсутствие четких разграничений между этими системами и в сочетании с неразвитостью системы долговременного ухода может существенно снижать эффективность системы здравоохранения, превращая койки активного лечения в койки длительного ухода.

В «старых» странах ЕС в среднем на систему долговременного ухода расходуется 1,2% ВВП, в «новых» странах ЕС – 0,7% ВВП. Если экстраполировать данные на РФ, это составляет от 640 млрд до 1,1 трлн руб. (ВВП РФ в 2017 г. составил 92 трлн руб.). Источниками финансирования в ряде стран ЕС является система обязательного социального и/или медицинского страхования, а также расходы бюджетов всех уровней. В настоящее время около 60% услуг долговременного ухода осуществляется в институциональных (стационарных) условиях.

В ЕС в среднем ОПЖ в возрасте 65 лет у мужчин составляет 18 лет, у женщин – 20 лет. Из них с ограничениями в ежедневной активности (средними и тяжелыми) мужчины проживают 8,3 года, женщины – 11,3 года. Эти показатели необходимы для расчетов потребности в услугах по долговременному уходу. В РФ ОПЖ в возрасте 65 лет в 2017 г. для мужчин составила 14 лет, для женщин – 18 лет. Градация по степени ограничения ежедневной активности пока не измеряется. Сравнения РФ с «новыми» странами ЕС, имеющими близкий с РФ ВВП на душу населения, представлены в таблице.

В федеральном проекте «Старшее поколение» в задаче 2 правильно обозначена необходимость создания системы долговременного ухода в РФ. Однако результаты реализации этой задачи сводятся к организации пилотных проектов в субъектах РФ, другие меры по организации этой системы не приводятся. Вместе с тем решение этой важнейшей задачи требует детали-

Базовые демографические и экономические показатели по некоторым странам*

Наименование показателя	Чехия	Польша	Россия
Численность населения, млн чел. (2017)	10,6	38,0	146,8
Доля населения старше 65 лет (2017), %	18,8	16,5	14,2
Доля населения старше 80 лет (2015), %	3,9	3,8	3,4
ОПЖ, число лет (2015/2017)			
мужчины	75,8	73,6	67,5
женщины	81,7	81,7	77,6
Разница между ОПЖ женщин и мужчин, число лет (2015/2017)	5,9	8,1	10,1
Ожидаемые годы здоровой жизни при рождении, число лет (2016)**			
мужчины	67,0	65,4	59,1
женщины	71,6	71,7	67,5
ОПЖ в возрасте 65 лет, число лет (2013/2017)			
мужчины	15,7	15,5	13,73
женщины	19,3	19,9	17,9***
Ожидаемые годы здоровой жизни в возрасте 65 лет, число лет (2013)			
мужчины	8,5	7,2	–
женщины	8,9	7,8	–
ВВП на душу населения, тыс. долл., оцененных по ППС (2017)	36,9	29,0	25,5
Расходы на услуги долговременного ухода, доля в ВВП (2013), %	0,7	0,8	–
Расходы на услуги долговременного ухода, доля в ВВП (2050), %	1,4	1,7	–

Примечание. * Hirose K., Czepulis-Rutkowska Z. *Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe. International Labour Organization and Country Office for Central and Eastern Europe. Budapest, 2016. 37 p.; OECD.StatExtracts Database, WHO Database; ** Евростат (ВОЗ); *** Расчет ВШОУЗ; ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни; ВВП – валовой внутренний продукт.*

зации конкретных мер на федеральном уровне, а не на уровне субъектов РФ, как это предложено в проекте. При подготовке проекта необходимо заранее определить следующее.

1. Потребности в долговременном уходе. Для РФ это может быть примерно 2,7 млн пациентов (рассчитано как доля нуждающихся в услугах долговременного ухода, 13% общего числа граждан этой группы – 20,9 млн). Получить услуги долговременного ухода могут 253 тыс. человек в учреждениях социального обслуживания и 290 тыс. на койках долговременного ухода в системе здравоохранения, т.е. 543 тыс. человек. В проекте потребность населения в оказании услуг долговременного ухода не определена, указано только, что в гериатрических центрах и геронтологических отделениях за 6 лет планируется оказать помощь 850 тыс. чел. Все это заведомо меньше, чем существующая потребность населения в услугах долговременного ухода.

2. Источники, объем и механизмы финансирования. В проекте заложено по 16 млрд руб. в среднем на год на все задачи. Если на 4 задачи средства распределить равномерно, то на задачу второго проекта придется около 4 млрд руб. В Польше и Чехии на систему долговременного ухода тратится 0,7% ВВП, для РФ это сумма составляет **640 млрд руб. ежегодно**. Далее, необходимо определить тарифы, по которым будут оплачиваться услуги, объем личных содоплат, механизмы оплаты услуг, например это может быть напрямую оплата поставщиков услуг или предоставление денежных сертификатов самим потребителям услуг.

3. Классификация объема услуг. В зависимости от потребностей в услугах необходимо также определить, кто и как будет определять эти потребности.

4. Механизмы подготовки и повышения квалификации кадров для осуществления долговременного ухода, в том числе разработка программ обучения, учебной литературы, определение объема оплаты труда этих работников.

5. Механизмы допуска на рынок и контроля качества работы поставщиков услуг долговременного ухода, особенно в свете участия негосударственных поставщиков.

6. Определение компенсации неформальным поставщикам услуг по долговременному уходу (близкие и друзья, осуществляющие уход на дому), а также рассмотрение возможности их обучения и консультирования, формализации статуса как специалиста по уходу, а также организации гибкого графика занятости.

7. Разграничение зоны ответственности и взаимодействия социальной службы и системы здравоохранения, создание единой базы информации о пациентах, разработка соответствующих протоколов.

8. Создание системы оперативного и стратегического управления проектом, включая создание единой интегрированной системы, разработку нормативного регулирования, разграничения ответственности федеральных, региональных и муниципальных органов власти, систему мониторинга предложенных показателей, построение рейтингов регионов, анализ их положительного и отрицательного опыта, регулярное обсуждение результатов.

VI. Дополнительные предложения

6.1. Мероприятия в области санаторно-курортного лечения, оздоровления и медицинской реабилитации (автор: академик РАН Разумов А.Н.)

- **Усовершенствовать законодательную базу** (с целью снижения показателей внебольничной смертности пациентов после тяжелых перенесенных сердечно-сосудистых, онкологических и иных заболеваний). Внести изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» № 323-ФЗ в части разработки стандартов и порядка оказания медицинской помощи по санаторно-курортному лечению и медицинской реабилитации пациентов после оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
- Обеспечить нормативно-правовое регулирование и доступность санаторно-курортного лечения и медицинской реабили-

тации за счет государственных средств, включая оздоровление лиц, работающих во вредных условиях, беременных и детей, граждан, находящихся в группах риска развития распространенных социально значимых заболеваний.

- Провести оценку природного и рекреационного потенциала санаторно-курортного комплекса Российской Федерации.
- Разработать научно-обоснованные инновационные восстановительные и здоровьесберегающие технологии на основе персонализированной, предиктивной, превентивной, партнерской медицины.

6.2. Предложения по профилактике и лечению патологии зрения (автор: член-корреспондент РАН Тахчиди Х.П.)

Современный человек до 90% информации получает через зрение. Слепота и слабовидение делают пожилого человека физически и психологически беспомощным. Он лишен возможности свободно двигаться, подвержен высокому риску травматизма, не может читать, писать, смотреть телевизор, общаться в социальных сетях. Если учесть, что это происходит на фоне естественного физиологического старения организма со всеми вытекающими последствиями, для пожилого человека мир в буквальном смысле гаснет.

Более половины проблем слепоты и слабовидения в пожилом возрасте связано со **старческой катарактой**. Общее количество больных катарактой (общая заболеваемость) по России в 2017 г. составила 2 млн чел. старше трудоспособного возраста. На 100 тыс. населения соответствующего возраста в России приходится 5600 пациентов с катарактой¹⁰. Современные микрохирургические бесшовные технологии позволяют восстановить зрение больного катарактой в течение

15–20 мин и провести реабилитацию в течение 1 сут. В РФ в 2017 г., по данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (ФСН № 14), было сделано около **442 тыс. операций** по поводу катаракты (расчеты см. ссылку)¹¹. Это 300 операций на 100 тыс. населения в год, что в **3,5 раза меньше**, чем в Германии (1040 операций на 100 тыс. населения), в **4,3 раза меньше**, чем в Австрии и Франции (1300 операций), в **2,3 раза меньше**, чем в «новых» странах ЕС – 690 (операций)¹². В «новых» странах ЕС 73% операций катаракты проходят в амбулаторных условиях. Современные хирургические мощности в России позволяют увеличить объемы оказания помощи **вдвое**. Для этого необходимо сформировать целевую программу по микрохирургическому лечению катаракты:

- выделить целевое финансирование для микрохирургического лечения катаракты для старше 65 лет;
- активно выявлять пациентов с катарактой, особенно в сельских регионах и труднодоступных территориях;
- обязать медицинские организации выполнять операции современными технологиями с имплантациями искусственного хрусталика из проколов не более 2,2 мм.

Социальным эффектом и результатом этой программы будут сотни тысяч зрячих больных.

Второй по значимости патологией, приводящей к слепоте и слабовидению, является **глаукома**. С целью профилактики и раннего выявления этого заболевания необходимо ввести как обязательное при ежегодных медосмотрах измерение внутриглазного давления у лиц старше 40 лет. Опыт СССР показал высокую эффективность этой простой манипуляции. Современные тонометры про-

¹⁰ Сборник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста», 2018.

¹¹ В 2014 г. по данным ФСН № 14 операций катаракты было сделано 418,3 тыс. Данных за 2017 г. в официальной статистике нет. Но известно, что общее число операций на органах зрения за этот период возросло на 5,7%, соответственно, можно предположить, что на столько же выросло число операций по поводу катаракты.

¹² База данных ОЭСР: OECD.StatExtracts.

входят эту процедуру за полминуты и не требуют никаких дополнительных процедур (не нужны анестезия, лежащее положение больного).

Третья патология – это набирающая рост **макулярная дегенерация сетчатки**. Профилактика и раннее выявление этой патологии связано с внедрением оптико-когерентной томографии. В настоящий момент разработана отечественная модель томографа на базе Института прикладной физики РАН (Нижний Новгород) и НИЦ офтальмологии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Запуск

этой модели в промышленное производство существенно изменит положение вещей в данной ситуации.

Одновременно важно проводить **просветительскую работу среди населения**, направленную на то, чтобы пожилые люди, теряя зрение на один глаз, не считали, что им до конца жизни хватит зрения парного (второго) глаза. Это заблуждение приводит к тому, что в конечном итоге врачам приходится бороться за сохранение функций единственного зрячего глаза, что уменьшает эффективность сохранения зрения в 2 раза.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, диплом МВА Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)
E-mail: vshouz@vshouz.ru

Демографический вызов России: рациональные решения и готовность системы общественного здоровья

Прохоренко Н.Ф.,
Гинойн А.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением, Москва

Современная демографическая ситуация в РФ характеризуется отрицательным естественным приростом, с 2018 г. уже не компенсируемым положительным сальдо внешней миграции. Решение этой проблемы обозначено в майском указе Президента РФ важнейшей национальной целью. В статье обсуждаются основные направления возможных воздействий с оценкой предполагаемого демографического эффекта. В качестве наиболее перспективного направления признано повышение рождаемости. Приведен пример клико-экономического анализа с расчетом экономической эффективности одной из локальных клинических проблем. Предложена авторская трактовка методики расчета стоимости жизни ребенка при рождении. Основной вывод работы – управленческие решения в сфере охраны здоровья и демографии необходимо принимать только после научного обоснования их сравнительной эффективности. Обсуждаются некоторые аспекты текущего состояния общественного здравоохранения, препятствующие такому подходу.

Ключевые слова:

демографический кризис, национальные проекты, повышение рождаемости, общественное здравоохранение, организация здравоохранения, фармакоэкономический анализ

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 4. С. 28–52.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-14002.

Статья поступила в редакцию: 01.12.2018. Принята в печать: 17.12.2018.

Russia's demographic challenge: rational decisions and public health preparedness

*Prokhorenko N.F.,
Ginoyan A.V.*

Higher School of Healthcare Organization
and Management, Moscow

The current demographic situation in the Russian Federation is characterized by a negative natural increase, from 2018 no longer compensated by a positive balance of external migration. The solution to this problem is indicated in the May decree of the President of the Russian Federation as the most important national goal. The article discusses the main directions of possible impacts with an estimate of the intended demographic effect. Increased fertility is recognized as the most promising direction. An example of a clinical and economic analysis with the calculation of the economic efficiency of one of the local clinical problems. The author's interpretation of the method of calculating the cost of a child's life at birth is proposed. The main conclusion of the work is that management decisions in the field of health and demography should be made only after a scientific substantiation of their relative effectiveness. Some aspects of the current state of public health that impede such an approach are discussed.

Keywords:

demographic crisis, national projects, fertility increase, public health, public health organization, pharmacoeconomic analysis

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (4): 28–52.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-14002.

Received: 01.12.2018. Accepted: 17.12.2018.

Демографический кризис

Один из главных вызовов России в настоящее время – демографический кризис. Под этим обычно подразумеваются высокая смертность, особенно в трудоспособном возрасте, и снижение рождаемости. Это обуславливает отрицательные значения естественного прироста населения (разница между рождаемостью и смертностью), которые с 2018 г. уже не компенсируются итоговым официальным сальдо внешней миграции.

Страны со стареющим и сокращающимся населением сталкиваются с целым рядом стратегических проблем, в частности с необходимостью реформ пенсионной системы и системы здравоохранения, поддержанием уровня требуемого

соотношения групп населения трудоспособного возраста и групп вне этого возраста, достижением необходимого уровня замещающей миграции¹, интеграции иммигрантов и т.д.

В этом контексте Россия стоит перед серьезным вызовом в демографическом процессе. Для наглядности мы приводим рис. 1, который отражает комбинацию естественного прироста и итогового сальдо миграции в России за период 1990–2017 гг. с их прогнозными значениями до 2035 г.

Положительный миграционный прирост населения, наблюдаемый за рассмотренный период, начиная с 1992 г. сочетался с отрицательными значениями естественного прироста населения вплоть до 2013 г. Но, как видно на рис. 1, поло-

¹ Термин «замещающая миграция» обозначает миграционные потоки, компенсирующие сокращение численности населения или отдельных возрастных контингентов населения.

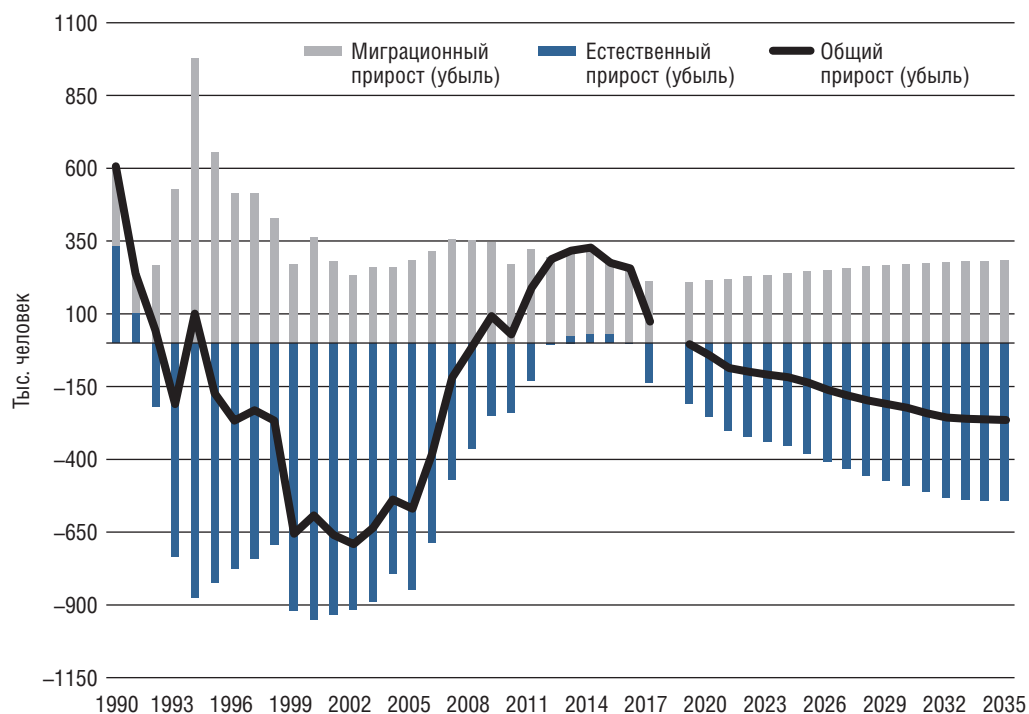


Рис. 1. Компоненты изменения численности населения России в 1990–2035 гг.²

Фактические данные за период 1990–2017 гг., данные с 2019–2035 гг. – прогнозные по среднему варианту.

жительная демографическая тенденция, которая стала наблюдаться с 2013 г., не длилась долго: начиная с 2016 г. смертность из-за изменений возрастной структуры населения снова стала преобладать над рождаемостью. При сохранении этих тенденций население России будет сокращаться и быстро стареть.

Независимо от точек зрения на критичность текущих показателей демографической ситуации конкурентоспособность любой страны определяется величиной человеческого капитала. Поэтому первостепенными задачами любой страны и ее руководства должны быть меры, направ-

ленные на максимально возможный рост всех трех основных факторов величины совокупного человеческого капитала: численности населения, уровня его здоровья и образования.

Именно поэтому депопуляция России вызывает закономерную тревогу и глубокую озабоченность первых лиц государства. Так, Президент России В.В. Путин в самом начале своего Послания³ Федеральному собранию 1 марта 2018 г. акцентировал на этом особое внимание: «...Роль, позиции государства в современном мире определяют не только и не столько природные ресурсы, производственные мощности, – я говорил уже об

² Составлено авторами на основании данных Демографического ежегодника России. 2017; естественный прирост и миграция населения Российской Федерации в 1990–2017 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/B17_16/Main.htm; Росстат. Предположительная численность населения до 2035 г.

³ <http://kremlin.ru/events/president/news/56957>.

этом, – а прежде всего люди, условия для развития, самореализации, творчества каждого человека. Поэтому в основе всего лежит сбережение народа России и благополучие наших граждан. Именно здесь нам нужно совершить решительный прорыв... У демографической проблемы есть и экономическое измерение, чисто экономическое измерение. В 2017 г., например, численность населения в трудоспособном возрасте сократилась почти на миллион. В ближайшие годы такая тенденция к сокращению сохранится, что может стать серьезным ограничением для экономического роста. Трудовых ресурсов просто нет. Необходимо ответить на эти вызовы и в предстоящее десятилетие обеспечить устойчивый естественный рост численности населения России... Нам важен и ценен каждый человек...».

Реальным воплощением этой озабоченности стал указ Президента РФ от 07.05.2018⁴, где первыми двумя национальными целями развития Российской Федерации обозначены рост численности населения РФ и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г., а среди задач демографического развития прямо указано на необходимость повышения рождаемости:

«...1. Правительству Российской Федерации обеспечить достижение следующих национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года:

а) обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации;

б) повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году – до 80 лет); <...>

2. Правительству Российской Федерации: б) в соответствии с национальными целями, определенными пунктом 1 настоящего Указа, разработать (скорректировать) <...> национальные проекты (программы) по следующим направлениям:

демография;

здравоохранение; <...>

3. Правительству Российской Федерации при разработке национальной программы в сфере демографического развития исходить из того, что в 2024 году необходимо обеспечить:

а) достижение следующих целей и целевых показателей:

увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;

увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7...».

Очевидно, что выход из такого кризиса будет определяться успехом мер по повышению рождаемости, снижению смертности и содействию росту миграционного сальдо. Нужно пытаться воздействовать на все эти факторы. Но какое из трех направлений должно стать приоритетным?

Миграция

На фоне неуклонного снижения рождаемости в развитых странах и нашей затаянной, не очень пока успешной по многим направлениям борьбы с предотвратимой смертностью широкое привлечение иммигрантов на временной или/и постоянной основе на первый взгляд представляется логичным выбором для сохранения необходимого размера численности трудоспособного населения. Большинство российских исследователей разделяет, как нам представляется, следующий тезис: «Российская экономика нуждается в иностранных рабочих и специалистах, система образования – в иностранных студентах, а инновационное развитие требует высококвалифицированных специалистов и профессионалов из-за рубежа» [1]. С этим тезисом невозможно спорить. Однако средний портрет въезжающего в Россию из-за рубежа вне туристических целей, составленный профильными НКО⁵ по состоянию

⁴ Указ Президента РФ № 204 от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»; <http://kremlin.ru/events/president/news/57425>.

⁵ <https://www.ridus.ru/news/215351>.

на 2015 г., выглядит по-другому. В 85–90% случаев это мужчина из Узбекистана, Таджикистана или Киргизии со средним, неоконченным средним или средним специальным образованием, на 70–75% от 18 до 29 лет, с недостаточным знанием русского языка, работающий в строительстве, торговле или разнорабочим в других отраслях экономики.

В исследованиях демографических тенденций в России известного демографа А.Г. Вишневого особо подчеркиваются проблемы старения населения, уменьшения численности трудоспособного населения и, соответственно, сокращения предложения рабочей силы. Его выводы подчеркивают, что миграция является одним из факторов, который может снять остроту проблемы нехватки рабочей силы [2]. Такую же позицию в течение многих лет отстаивает в своих работах Ж.А. Зайончковская, которая является самой яркой сторонницей необходимости привлечения иммигрантов для устойчивого развития российской экономики [3]. В 2016 г. вышла работа О.Л. Рыбаковского и О.А. Таюновой, в которой авторы, анализируя выполнение Концепции демографической политики России, пишут, что «именно миграция как наиболее управляемая и оперативно меняющаяся компонента в предстоящем десятилетии способна решить проблему устойчивости демографического и, следовательно, социально-экономического развития страны» [4].

По количественным характеристикам миграционного въездного потока в Россию официальные данные МВД РФ за 2016–2017 гг.⁶ свидетельствуют о средней величине в 15 млн человек в год. И это только по количеству постановки на учет в миграционной службе. Не все они находятся в стране круглогодично, но общая доля мигрантов из-за рубежа, ежегодно присутствующая

в стране в каждый момент времени, составляет не менее 8%⁷ населения России. Подавляющее большинство таких мигрантов трудовые, оформляющие свое пребывание в РФ на короткие сроки, часто непрерывно раз за разом. С учетом объема нелегальных мигрантов, численность которых даже официальные лица оценивают с удивительным по размаху диапазоном от 2,6 до 8–10 млн человек⁸, определить фактическую численность мигрантов невозможно.

В отношении намерений длительного или постоянного проживания по сальдо при пересечении границы статистика Росстата⁹ свидетельствует о превалировании годовой внешней иммиграции над внешней эмиграцией в соотношении около 1,6 (по 2017 г. приток из зарубежных стран составил 589 тыс. человек, а эмиграция в эти страны – 377 тыс. человек) со стабильно положительным сальдо. Но это сальдо имеет заметную тенденцию к снижению. Граждан России из эмигрантов около 20%. Однако в последнее время появляются данные о значительном недоучете эмиграции (вплоть до кратных отличий), которые не оспаривает и Росстат, объясняя это переездом граждан РФ за рубеж на постоянное место жительства без соответствующего снятия с регистрационного учета¹⁰.

Однако следует понимать, что для сохранения конкурентоспособности страны только нулевого баланса внешней иммиграции и эмиграции недостаточно. Крайне необходима хотя бы сопоставимая структура этих двух потоков по уровню человеческого капитала.

По возрастному составу демонстрируется преобладание более молодых иммигрантов (от 18 до 29 лет) со значительно большей долей мужчин, что можно считать позитивным фактором, уравновешивающим гендерный дисбаланс коренного населения [5]. Наряду с этим есть

⁶ <https://мвд.рф/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/12162186>.

⁷ Исследование РБК: Как из России уезжают иностранцы; <https://www.rbc.ru/society/04/02/2015/54d0c05e9a7947df123f23e1>.

⁸ МВД насчитало в России около 2,6 млн нелегальных мигрантов; <https://www.interfax.ru/russia/584046>.

⁹ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography.

¹⁰ <https://www.proekt.media/research/statistika-emigration/#rosstat>.

данные о возможном соотношении мигрантов к коренному населению России до 1:2 у мужчин в возрасте от 18 до 34 лет в крупных городах¹¹.

В связи со значительным приростом миграционных потоков в мире Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) постоянно обращает внимание мировой общественности и правительств государств на связанные с этим проблемы национальных систем охраны здоровья. По данным исследований ВОЗ [6], проведенных в европейском регионе, основную часть мигрантов составляют трудовые мигранты. Они подвержены постоянному многофакторному риску в отношении состояния здоровья. Такую ситуацию создают недостатки или неэффективность государственных стратегий систем охраны здоровья, трудности общения из-за языкового барьера с дополнительной дискриминацией в отношении доступности медицинской помощи. Плохие условия труда, низкий доход, профессиональные риски, сложные бытовые условия, неполноценное питание, часто неофициальные трудовые отношения способствуют возникновению или обострению имеющихся заболеваний.

По уровню здоровья мигрантов в России объективных данных недостаточно. Все исследователи отмечают сложность дифференциации правового статуса, недостатки статистического и миграционного учета. Разделение мигрантов на трудовых и иных в плане оценки здоровья достаточно условно. Возможно, группа, выбравшая РФ местом постоянного пребывания, имеет несколько лучшее здоровье по сравнению с основной массой трудовых мигрантов, но в итоге формируется именно из нее.

И.Б. Кузнецова и соавт. провели серьезное исследование проблемы состояния и охраны здоровья трудовых мигрантов в России [7]. Полностью подтверждены основные выводы ВОЗ. Дополнительно приведены сведения о значительно более высокой распространенности среди них заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Отмеча-

но, что только около 30% женщин и 10% детей мигрантов имеют доступ к бесплатной медицинской помощи. Это напрямую связано с полной незаинтересованностью работодателей в сохранении здоровья у этой категории временных работников. Ситуацию усугубляет несовершенство правовых норм, которые освобождают или резко сокращают объем медицинских осмотров у лиц с пребыванием в РФ до 90 дней и занятых по патенту. В итоге, по сведениям сотрудников Роспотребнадзора Республики Татарстан, приведенном в этом исследовании, медицинское освидетельствование проходят лишь 14–28% лиц, вставших на миграционный учет. Можно выделить данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья [8], который выявил у мигрантов по сравнению с коренным населением более частые жалобы на плохое здоровье, более высокую распространенность артериальной гипертензии, наличия двух хронических заболеваний и более, избыточного веса и курения.

Показательна также диссертационная работа Н.В. Нечаевой, в которой оценивалось состояние здоровья детей раннего возраста из семей мигрантов [9]. Основные выводы работы: значительные отклонения от здорового образа жизни в семьях мигрантов (низкий уровень санитарной культуры, низкая обращаемость за медико-профилактической помощью, связанной как с укреплением здоровья детей, так и во время заболевания), достоверно более высокий уровень заболеваемости детей по сравнению с коренными жителями даже с учетом того, что только 37,3% родителей-мигрантов обращаются к врачу при заболевании ребенка. В итоге из-за условий и образа жизни каждый 2-й ребенок имеет дисгармоничное развитие, каждый 8-й – низкую массу тела и/или низкий рост.

По уровню образованию и квалификации мигранты РФ, безусловно, проигрывают. Так, из 15 млн прибывших, по официальной статистике МВД, патент или разрешение на работу оформляют лишь 1,7 млн человек, из них квалифици-

¹¹ <https://www.ridus.ru/news/215351>.

рованных и высококвалифицированных работников – около 40 тыс. человек (0,27%). Понятно, что реальное соотношение с учетом 13,3 млн человек, не объявивших целью своего пребывания в РФ трудовую деятельность, еще более печальное. Однако уже упоминавшийся социологический бюллетень Аналитического центра при Правительстве РФ [5] значительно более оптимистичен в оценках, приводя данные 2016 г. о преобладании в структуре итогового сальдо внешней миграции лиц с профессиональным образованием (70,4%) по сравнению с лицами без образования вообще или без профессионального образования (29,6%). Такое различие может быть обусловлено особенностями групп мигрантов с краткосрочным пребыванием и оформивших статус постоянного пребывания в РФ, а также спецификой статистического учета въезжающих мигрантов, которые отмечают в специальной графе миграционной карты факт профессионального образования безо всякой документальной проверки не только его уровня, но и наличия вообще.

Суммируя вышесказанное, можно отметить:

1. Существующий миграционный учет несовершенен. Он не дает возможность достоверно оценить итоговое сальдо внешней миграции, а тем более дать развернутую характеристику состава мигрантов для расчета величины человеческого капитала. Впрочем, подобная ситуация типична и для других стран, особенно для тех, в законодательстве которых не содержится обязанность уведомления о переезде на постоянное место жительства в другую страну.

2. Иммиграция и эмиграция РФ неравноценны в отношении суммарных и тем более удельных величин человеческого капитала. Даже при положительном сальдо миграции в существующих условиях наша страна, оперативнo замещая нехватку трудовых ресурсов в сферах, не требующих высокой квалификации, теряет свои конкурентоспособные преимущества, зависящие от уровня человеческого капитала.

3. Национальная система охраны здоровья не в полной степени готова к вызовам текущего внешнего входящего миграционного потока. Основные причины такого положения вещей – несовершенный миграционный учет, бытовые условия пребывания, специфика трудовой деятельности, социокультурные особенности основной массы мигрантов, а также дефекты организации и управления медицинской помощью.

В отношении роста положительного баланса внешней миграции как дополнительного фактора, препятствующего депопуляции в 2018 г., Указом Президента РФ принята Концепция государственной миграционной политики РФ¹². Главной ее целью является «...создание миграционной ситуации, которая способствует решению задач в сфере социально-экономического, пространственного и демографического развития страны, повышения качества жизни ее населения, обеспечения безопасности государства, защиты национального рынка труда, поддержания межнационального и межрелигиозного мира и согласия в российском обществе, а также в сфере защиты и сохранения русской культуры, русского языка и историко-культурного наследия народов России, составляющих основу ее культурного (цивилизационного) кода». Однако справедливо отмечается, что «...основным источником восполнения населения Российской Федерации и обеспечения национальной экономики трудовыми ресурсами должно оставаться его естественное воспроизводство. **Миграционная политика является вспомогательным средством для решения демографических проблем и связанных с ними экономических проблем...**».

Таким образом, именно факторы естественного прироста населения (увеличение рождаемости и снижение смертности) призваны справиться с нарастающими негативными тенденциями в численности населения России.

¹² Указ Президента РФ от 31.10.2018 № 622 «О Концепции государственной миграционной политики Российской Федерации на 2019–2025 годы»; <http://kremlin.ru/events/president/news/58986>.

Естественный прирост населения

Поставленные Президентом РФ цели в отношении естественного прироста должны быть реализованы посредством ряда программных документов – национальных проектов. К рассматриваемой нами проблеме депопуляции напрямую относятся 2 из них: «Здравоохранение» и «Демография». На выполнение мероприятий этих проектов предусмотрены значительные средства, суммарно более 5 трлн рублей. Достаточно ли выделенных средств для решения поставленных задач? Многие эксперты говорят, что недостаточно. Такое же мнение у Счетной палаты РФ¹³ и у Национального исследовательского университета Высшая школа экономики¹⁴.

И с этим трудно не согласиться. Проблемы, копившиеся десятилетиями, в том числе связанные с необходимостью изменения существенных сторон мировоззрения населения по отношению к собственному здоровью, нельзя решить быстро и дешево. Именно поэтому в проекты, по мнению их авторов, включены лишь самые необходимые и приоритетные задачи. Насколько содержание мероприятий проектов, показатели и их целевые значения, предусмотренные методы мониторинга и контроля оптимальны и эффективны, можно спорить, но в одном сходятся все участники этих дискуссий – необходимым условием исполнения проектов является эффективное управление, и в первую очередь научно обоснованные решения, тщательный системный мониторинг и оперативная реакция на текущую ситуацию. По сути, главным из этого является сам выбор управления проектами на научно обоснованных выводах, так как мониторинг и соответствующая корректировка целей, задач, показателей и способов их достижения входят в понятие научно обоснованного управления.

Насколько мы к этому готовы? На словах готовы все. Но понимание того, что одно лишь же-

лание сделать лучше часто не приводило к планируемому результату, должно настораживать. Мало того, в настоящее время отмечается явный недостаток научной инфраструктуры с квалифицированными кадрами и требуемым объемом государственного заказа, чтобы в режиме текущей деятельности по оперативным данным глубокого системного отраслевого мониторинга формулировать оптимальные тактические решения для поставленных проектами задач.

ВШОУЗ¹⁵ активно участвовал в формировании и обсуждении предложений по национальным проектам «Здравоохранение» и «Демография», модерировав работу экспертов на площадках Общероссийского народного фронта и Российской академии наук. К работе экспертных групп были привлечены практически все известные специалисты – представители профильных министерств, ведомств, федеральных и региональных учреждений, общественные организации и отдельные активисты и эксперты. Было высказано множество суждений, предложены сотни отдельных мероприятий, частично проанализирован предшествующий отечественный и зарубежный опыт. Методом экспертных оценок были отобраны и окончательно оформлены все итоговые предложения в соответствии с требованиями нормативной базы по подготовке национальных и федеральных проектов. К сожалению, на данный момент далеко не все из них вошли в принятые к настоящему времени документы. Основным препятствием чаще всего была некая встречная аргументация, что проекты уже сформированы, или альтернативные суждения. Предложения всецело полагаться на зарубежный опыт чаще отклонялись по причине относительной дороговизны решений или недоверия к продемонстрированной за рубежом эффективностью из-за различий в нормативно-правовой базе, национальных укладов жизни, мировоззренческих и прочих особенностей. В большинстве подобных разговоров не было представлено весомых

¹³ <https://www.kommersant.ru/doc/3771732>.

¹⁴ <https://www.hse.ru/expertise/news/225876045.html>.

¹⁵ 000 «Высшая школа организации и управления здравоохранением – комплексный медицинский консалтинг».

контраргументов, основанных на проведенных отечественных исследованиях требуемого методологического уровня.

Предотвратимая смертность

Основная доля мероприятий утвержденного национального проекта «Здравоохранение» призвана решить проблемы предотвратимой смертности, что будет способствовать увеличению ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Однако для простого воспроизводства населения при текущем уровне смертности суммарный коэффициент рождаемости должен быть около 2,1. В РФ наблюдается отрицательная динамика этого показателя¹⁶ с 1,777 в 2015 г. до 1,621 в 2017 г., с оперативными данными по дальнейшему снижению в 2018 г.¹⁷ Поэтому, по образному выражению демографов, это «жизнь страны, занятая взаимными у будущих поколений».

По нашему глубокому убеждению, основной потенциал снижения предотвратимой смертности находится в зоне борьбы с массовыми вредными привычками – с табакокурением и злоупотреблением алкоголя, с чем полностью согласны и другие авторы [10]. Борьба эта уже дала определенные результаты, но их динамика недостаточна, а перспективы на фоне существующих экономических проблем неясны. За прошедшее десятилетие предприняты существенные меры ограничения доступности табака и алкоголя¹⁸. Это привело к снижению с 2009 г. распространенности табакокурения среди взрослого населения

России с 39,4 до 29%, а алкоголя – почти на 40%¹⁹. Но в последнее время намечается явная тенденция по откату от завоеванных позиций: в отделениях Почты России стали продавать пиво, поднят вопрос о возможности его продажи на автозаправочных станциях, сокращения рекламных ограничений, выдвинута инициатива разрешения курения в аэропортах в специальных помещениях, не выполняются нормативы частотного размещения рекламно-информационных материалов социальной направленности и другие. И это на фоне поддерживаемых Минздравом России настойчивых предложений экспертов о повышении возраста легальной покупки алкоголя до 21 года, значительного повышения акцизов на табачную и алкогольную продукцию до уровней розничной цены, существенно влияющей на возможность и желание приобретения даже людьми со сформированной зависимостью, запрета продажи табака и алкоголя в торговых точках вместе с продуктами питания и в жилых районах. В принятых вариантах национальных проектов, к сожалению, этих мер не предусмотрено.

Значительные инвестиции по проектам будут направлены на инфраструктуру, в том числе спортивную, несмотря на то что опыт развитых стран убедительно доказывает [11]: только широко доступная повседневная физическая активность (ходьба, бег, плавание, прогулки на велосипедах, самокатах, роликовых коньках), а не спортивные занятия, требующие специального оборудования и часто квалифицированных

¹⁶ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography.

¹⁷ <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0779/barom03.php>.

¹⁸ Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы (утверждена распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 № 1563р), «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» (утверждена распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128р), Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

¹⁹ Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой на коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы министерства в 2017 году и задачах на 2018 год» с приложениями; <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2017-godu-i-zadachah-na-2018-god>.

тренеров, приводят к достоверному повышению уровня здоровья у населения. На нерациональность такого подхода указывают и другие эксперты^{20, 21}, говоря о том, что такие приоритеты не могут обеспечить выполнение требуемых целевых показателей.

Младенческая смертность

Однако один из аспектов преждевременной смертности – младенческая смертность – в этом плане специфичен. Этому направлению в последние два десятилетия уделено пристальное внимание со стороны Минздрава России и достигнуты существенные успехи (снижение коэффициента младенческой смертности с уровня 18,1 детей, умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми, в 1995 г. до 5,0 по последним данным Росстата²²). Отметим, что сохранение около 1600 жизней младенцев в год при существующем уровне рождаемости будет означать снижение этого показателя на 1,0.

Оценить демографический потенциал дальнейших усилий по снижению младенческой смертности можно по странам ОЭСР²³, у которых значение показателя в 2016 г. варьировало от 3,3 («старые» страны Евросоюза) до 3,8 промилле («новые» страны Евросоюза), а уровень России 2017 г. (5,6) наблюдался 10 лет назад²⁴. Недавние исследования Д.О. Иванова и соавт. [12] показали, что младенческая смертность в регионах в меньшей степени зависит от разницы транспортной доступности, обеспеченности врачами и стационарными койками, а в основном определяется организацией и качеством оказания медицинской помощи на всех уровнях.

Авторы обращают внимание на относительно неплохие показатели неонатальных служб (по смертности от 0 до 1 мес) и весьма посредственные – педиатрических (по смертности от 1 мес до 1 года), делая вывод о причинах этого из-за преимущественного вектора развития именно неонатальной службы. Действительно, с 2013 г. по настоящее время в стране построено более 70 перинатальных центров, количество которых к 2020 г. собираются довести до 90²⁵. Но если рассмотреть экономическую эффективность инвестиционных затрат по этому направлению, она, согласно проведенным исследованиям [13], может оказаться отрицательной.

Таким образом, необходимо не только сохранить существующие серьезные затраты на поддержание деятельности созданной инфраструктуры, нужны дополнительные инвестиции, направленные на улучшение качества и доступности медицинской помощи до уровня, близкого к странам ОЭСР. Это достижимо при затратах на здравоохранение $\geq 6\%$ валового внутреннего продукта (ВВП), что позволит надеяться на снижение показателя младенческой смертности до 3,5–4,0‰ за ближайшие 7–10 лет.

Ниже рассматриваются демографический потенциал и эффективность мероприятий по повышению рождаемости.

Повышение рождаемости

Уровень репродуктивной мотивации определяется социально-экономическими аспектами²⁶: уровнем благосостояния семей, их уверенностью в будущем, социальными и инфраструктурными условиями, обеспечивающими

²⁰ Отзыв НИУ ВШЭ на проект федерального бюджета 2019–2021 гг.; <https://www.hse.ru/expertise/news/225876045.html>.

²¹ <https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2018/10/22/784357-minfin-natsproekti>.

²² http://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/edn10-18.htm (январь-ноябрь 2018 г.).

²³ Организация экономического сотрудничества и развития (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD).

²⁴ <https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>.

²⁵ <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-perinatalnyh-centrov-dovedut-do-90-k-2020-godu.html>.

²⁶ <https://reconomica.ru/экономика/статистика/демография-россии-2018>.

развитие и воспитание детей. За формирование соответствующих условий для этого отвечают 2 первых федеральных проекта^{27, 28} национального проекта «Демография»²⁹.

Репродуктивному здоровью населения в указанных проектах, к сожалению, не уделено должного внимания. Вероятно, считается, если государство сделает все возможное для мотивации зачатия ребенка и создаст приемлемые условия для его жизни в семье, конечная цель будет достигнута. Этим искусственно принижается важность сопровождения центрального физиологического этапа – от зачатия до рождения. А с точки зрения общественного здравоохранения выглядит нелогично, так как именно этот этап содержит наибольший потенциал роста эффективности всей программы стимулирования рождаемости [14].

Обратимся к данным клинической эпидемиологии. Первое препятствие на пути повышения рождаемости – бесплодие.

Бесплодие

По данным фундаментального исследования [15], распространенность бесплодия среди всех женщин репродуктивного возраста (20–44 года) в мире оценивается в среднем от 1,5% в отношении первичного до 3,0% в отношении вторичного бесплодия. Данные для России, полученные авторами методом моделирования, несколько выше – 1,9 и 3,2% соответственно. Современные методы диагностики и лечения в некоторых случаях позволяют ре-

шить эту проблему. В связи с этим более показательна частота бесплодия среди женщин этой же возрастной группы, подверженных риску беременности³⁰ в странах с высоким ВВП на душу населения (1,9 и 7,2% в отношении первичного и вторичного бесплодия). Примем эти уровни за достижимые целевые показатели. Данных отдельно по России в этом исследовании нет, но представлены среднемировые значения (1,9 и 10,5%) и показатели региона Восточной и Центральной Европы с Центральной Азией (2,3 и 18%). По словам академика В.И. Кулакова³¹, в РФ 15% бесплодных пар с желаемой беременностью, и Россия стоит у критической черты национальной безопасности³². К тому же имеются данные о том, что распространенность бесплодия в России может быть еще выше [16].

Таким образом, максимально доступный репродуктивный потенциал (возможность забеременеть при надлежащей доступности к должной медицинской помощи), оцениваемый по странам с высоким подушевым ВВП, в отношении первичного бесплодия можно принять за 21%, а для вторичного – около 200%. Но реализовать этот потенциал может только в совокупности с максимально возможным устранением риска невынашивания беременности, представляющим отдельную проблему.

Невынашивание беременности

В контексте данной статьи не имеет смысла глубоко погружаться в терминологические тонкости, не урегулированные в мире до сих

²⁷ Федеральный проект «Финансовая поддержка семей при рождении детей».

²⁸ Федеральный проект «Создание условий для осуществления трудовой деятельности женщин с детьми, включая ликвидацию очереди в ясли для детей до 3 лет».

²⁹ В остальной части проект направлен на создание у населения устойчивой мотивации к здоровому образу жизни, приверженности к физкультуре и спорту, а также на обеспечение достойного уровня жизни старшего поколения. Это отдельные темы для обсуждения.

³⁰ Имеющих постоянного партнера на протяжении 5 лет, желающих родить ребенка и не применяющих контрацепцию на протяжении этих лет.

³¹ Страна нерожденных // Российская газета. № 3854. 23 августа 2005 г.

³² Уровень в 15% бесплодных пар признан ВОЗ как критический.

пор [17], однако следует отметить, что потеря беременности на таких ранних сроках как 3–8 нед практически невозможно зафиксировать³³. Общая частота статистически регистрируемого невынашивания беременности, по данным большинства авторов, варьирует от 5 до 20% [18], в развитых странах – 7–10%³⁴. В России этот показатель оценивается в 10–20% [19], иногда даже доходит до 23% [20]. Так есть ли демографический потенциал в этой основной зоне потерь беременностей и в какой степени он выражен? Что должно быть приоритетом направления исследований и выделяемых на борьбу с депопуляцией средств? Как сравнить эффективность вложений в достигнутое снижение младенческой смертности и предполагаемых направлений реализации демографического потенциала при невынашивании беременности?

Для более глубокого понимания существующей проблемы предлагаем рассмотреть отдельный клинический аспект, частично связанный с решением основной темы настоящей статьи – депопуляции, в частности с увеличением количества родившихся детей. На этом примере постараемся показать потенциальную возможность использования научно обоснованных методов принятия решения в организации здравоохранения, а также попытаться выявить факторы, мешающие этому.

Пример расчета фармакоэкономической эффективности

Речь идет о, казалось бы, локальной клинической проблеме – принятии решения в отношении

использования дидрогестерона (прогестаген) при угрозе прерывания беременности. Препарат далеко не новый – используется в клинической практике с 1961 г.³⁵.

Обнаружив в одном из интервью ссылку о 30% потенциале его применения при невынашивании беременности [21], мы решили проверить столь оптимистичную оценку. Оказалось, на эту тему существует множество зарубежных публикаций, обзор которых вместе с взвешенным анализом проблемы нашелся и у отечественных авторов [22]. По данным этого обзора, в мире на протяжении последнего десятилетия выполнены многочисленные исследования по оценке применения дидрогестерона (ДГ), в том числе по методологии проведения удовлетворяющих принципам доказательной медицины. Их результаты были обобщены и тщательно проанализированы группой экспертов. Итогом этой работы стали принятые Европейским обществом по репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) в 2017 г. однозначные рекомендации³⁶ о том, что ДГ является единственным гестагеном с доказательной базой в отношении привычного невынашивания беременности начиная с ее самых ранних сроков [23]. В качестве обоснования были приведены данные³⁷ о повышении шансов сохранения беременности в 2,1–2,4 раза при угрожающем и привычном выкидыше по сравнению с плацебо, в то время как эффект биоидентичного (микронизированного) прогестерона (МП) был значительно менее выражен и не достигал статистической значимости.

По последним данным президента ежегодного Всемирного конгресса по невынашиванию беременности Asher Bashiri [24], к настоящему времени часть европейских стран (Германия, Австрия,

³³ Выкидышей, возможно, больше, чем родов; <https://med.vesti.ru/articles/beremennost-i-deti/vykidyshej-vozmozhno-bolshe-chem-rodov>.

³⁴ Психологические проблемы невынашивания беременности; <http://ngzt.ru/partners/view/21-01-2016-psiologicheskie-problemy-nevynashivaniya-beremennosti>.

³⁵ <https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone>.

³⁶ <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>.

³⁷ Carp H. Progestogens and pregnancy loss // *Climacteric*. 2018. Vol. 21, Is. 4. P. 380–384. doi: 10.1080/13697137.2018.1436166.

Швейцария) уже пересмотрели свои клинические рекомендации в отношении лечения невынашивания беременности³⁸, другие (Великобритания, Нидерланды, Дания, Португалия, Бельгия, Израиль) проводят работу по их пересмотру.

А как в отношении этого вопроса обстоят дела в России? Официальные данные статистического наблюдения даже близко не могут ответить на подобный вопрос. ЕГИСЗ³⁹ федерального и регионального уровней к настоящему времени тоже пока не функциональны в отношении решения подобных проблем клинической эпидемиологии. Возможно, какие-то разрозненные данные имеются на уровне медицинских информационных систем продвинутых медицинских организаций, но они не интегрированы. Попытка выяснить частоту применения ДГ и МП при угрожающем выкидыше, результаты их применения и возможную их эффективность при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) у главных внештатных специалистов регионов также оказалась практически безрезультатной. Никто не владеет столь детальными количественными данными. Но очевидной стала проблема: наличие в отечественных рекомендациях общего указания на применение прогестеронов (включая биоидентичный прогестерон и прогестагены) без дальнейшей детализации их применения. Вследствие этого, в частности, в стационарах государственной системы здравоохранения применяется тот прогестерон, который поставляется победитель конкурса на его закупку, а в частных центрах, особенно при ЭКО, часто лечат и тем, и другим одновременно [25]. Вероятно, для надежности.

Для оценки обоснованности рекомендаций ESHRE нам потребуются последовательные расчеты:

- клинического результата, выраженного в предполагаемом увеличении количества родившихся детей;

- стоимости жизни ребенка при рождении;
- динамики прямых затрат при изменении клинических подходов;
- итогового фармакоэкономического эффекта.

Расчет клинического результата

В поисках необходимой для расчетов информации мы обратились к производителю ДГ – в компанию Abbott⁴⁰. Нам были предоставлены данные исследования⁴¹ (GfK Report), выполненного по дизайну, близкому к нашему запросу.

Требуемые данные эффективности в соответствующем методологии нашего предстоящего расчета виде нашлись в работе Lee H.J. и соавт. [26] – глубоком систематическом обзоре с метаанализом 51 научной статьи по данной теме (Lee Review). В результате в анализ по этому обзору было включено 9 рандомизированных исследования, в том числе 4 с двойным слепым методом.

Итак, Lee Review и GfK Report описывают ситуацию клинического выбора варианта терапии в отношении одной и той же группы пациентов: беременных с угрожающим выкидышем того или иного генеза и степени выраженности. Распространенность этого по GfK Report – 42%. Исходя из оценок доли прерывания беременности (10–20%, см. выше), возьмем среднюю – 15% (без учета незарегистрированных выкидышей на самых ранних сроках).

Оценку результативности более целесообразно проводить сразу с демографической точки зрения – в изменении общего числа родившихся живых детей (без отдельного анализа количества самих родов). По данным Росстата, на 2017 г. родилось 1 690 307 детей. Таким образом, количество беременных составляет около 2 млн человек (1,988596 млн), из них с возникшей угрозой прерывания расчетным образом – 835 210 женщин (всего УП).

³⁸ Toth B. et al. Recurrent Miscarriage: Diagnostic and Therapeutic Procedures. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry Number 015/050) // Geburtsh Frauenheilk. 2018. Bd. 78.S. 364–381.

³⁹ Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения.

⁴⁰ Российский представитель «Эбботт Лэбораториз», ООО.

⁴¹ Duphastone: Market Driver Study. Final Report by GfK for Abbott, 2018.

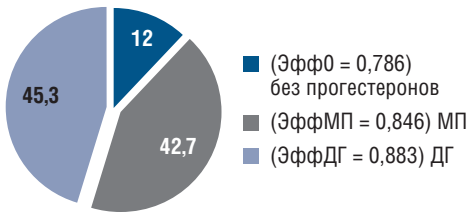


Рис. 2. Текущее долевое (в %) распределение беременных с угрозой выкидыша по группам в зависимости от проводимой терапии прогестеронами (GfK Report) с указанием эффективности лечения (Lee Review) в долях единицы

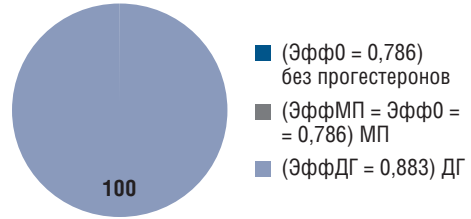


Рис. 3. Долевое (в %) распределение беременных с угрозой выкидыша по группам в зависимости от проводимой терапии прогестеронами: сценарий 1

По данным GfK Report, 12% женщин при этом не получали (не принимали) никаких прогестеронов (без уточнения причины неназначения/препятствий приему), а остальным в 4,5% назначались прогестероны без уточнения торгового наименования, в 40,5% – МП⁴², а в 43% – ДГ⁴³. Неуточненная группа прогестеронов требует принятия решения о ее распределении между МП и ДГ. Будет справедливым допустить ее разделение пропорционально выявленным долям назначения прогестерона и прогестагена, а также гипотезу о том, что комплаенс пациенток в отношении дисциплины приема (использования) препаратов был одинаков в обеих группах. Иными словами, далее в расчетах долю беременных с угрозой выкидыша, лечившихся МП и ДГ, принимаем за 42,7 и 45,3% соответственно.

Клиническая результативность (вероятность родов) по данным Lee Review составила: в контрольных группах (не принимавших прогестероны) от 77,4 до 79,7% (среднее значение – 78,6%, далее – Эфф0); в группе приема МП – 84,6% (ЭффМП); в группе приема ДГ – 88,3% (ЭффДГ). При этом эффект МП не достигал уровней статистической значимости.

В наглядном виде итоговые соотношения представлены на рис. 2.

Формула расчета количества родившихся детей у беременных с угрозой прерывания беременности (КДО) описывается формулой:

$$\begin{aligned} \text{КДО} &= \text{Всего УП} \times (0,12 \times \text{Эфф0} + 0,427 \times \text{ЭффМП} \\ &+ 0,453 \times \text{ЭффДГ}) = 835\,210 \times \\ &(0,12 \times 0,786 + 0,427 \times 0,846 + 0,453 \times 0,883) = \\ &835\,210 \times 0,855561 = 714\,573 \text{ ребенка.} \end{aligned}$$

Таким образом, по нашей модели расчетов, в текущем (исходном) состоянии системы вероятность рождения ребенка у женщин с угрозой выкидыша – около 85%, а в РФ в 2017 г. гипотетически должно было родиться:

$$1\,988\,596 \times 0,58^{44} + 714\,573 = 1\,867\,959 \text{ детей} \\ (\text{родилось } 1\,690\,307).$$

Но это без учета других, кроме угрозы выкидыша, причин в течение всего срока беременности, по которым она не завершилась живорождением плода, в том числе на поздних сроках. Дополнительное влияние на происхождение подобной разницы может оказать отличие в уровнях оказания медицинской помощи, а также многие другие аспекты, и среди них даже культурологические и религиозные. Поэтому это не делает нашу модель расчета непригодной для

⁴² С уточнением торгового наименования – утрожестан.

⁴³ С уточнением торгового наименования – дюфастон.

⁴⁴ Доля беременных без угрозы невынашивания.

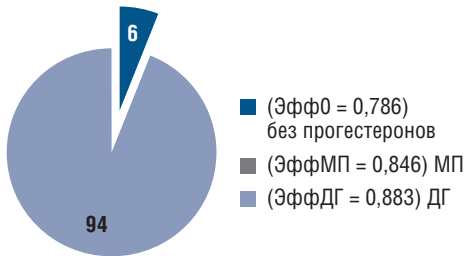


Рис. 4. Долевое (в %) распределение беременных с угрозой выкидыша по группам в зависимости от проводимой терапии прогестеронами: сценарий 2

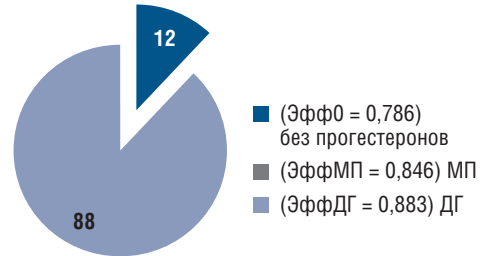


Рис. 5. Долевое (в %) распределение беременных с угрозой выкидыша по группам в зависимости от проводимой терапии прогестеронами: сценарий 3

оценки эффекта замены МП на ДГ. Просто для оценки эффекта будем использовать саму разницу от использования препаратов, выраженную в увеличении количества детей, родившихся по модели дополнительно к КД0, которое примем за нулевую точку отсчета. Тогда КД1, КД2 и КД3 – количество детей, родившихся по сценариям расчета 1, 2 и 3, соответственно.

Проведем варианты расчета для разных сценариев.

1. *Сценарий 1 – в соответствии с текущей доказательной базой:* все женщины с угрозой выкидыша принимают ДГ. Эффективность МП считаем недоказанной. Графическая иллюстрация распределения групп приема препаратов по сценарию 1 представлена на рис. 3.

Расчет дополнительного эффекта в этом случае ведется по формуле:

$$\begin{aligned} \text{КД1} - \text{КД0} &= \text{ВсегоУП} \times [0,12 \times (\text{ЭффДГ} - \text{Эфф0}) + 0,427 \times (\text{ЭффДГ} - \text{Эфф045})] = \\ &= 835\,210 \times [0,12 \times (0,883 - 0,786) + 0,427 \times (0,883 - 0,786)] = \mathbf{44\,315 \text{ детей.}} \end{aligned}$$

Казалось бы колоссальный эффект, обеспечивающий прирост рождаемости на 2,7% по стране. Однако такой сценарий расчета, на наш взгляд, слишком оптимистичен и не учитывает существенные реалии.

2. *Сценарий 2: реалистичный.*

В силу множества указаний на существование определенного эффекта МП в рамках нашего исследования логично предположить, что при распространении исследования на выборку, близкую к генеральной совокупности, возможно достижение статистической достоверности эффекта МП. Поэтому примем эффект МП в качестве потенциально значимого и будем учитывать в расчетах.

Кроме того, в целях расчета, в большей степени отражающего реальную действительность, допустим, что у половины женщин с угрозой выкидыша, не принимающих прогестероны (6% из 12%), имеются достаточно веские клинические обоснования их назначения или невозможности приема.

Итак, условия сценария 2: женщинам с угрозой прерывания беременности, принимавшим МП, назначают ДГ; половина не принимающих прогестероны также получает ДГ. Считаем, что МП эффективен в степени, продемонстрированной в Lee Review.

Графическая иллюстрация распределения групп приема препаратов по сценарию 2 представлена на рис. 4.

Формула расчета эффекта по сценарию 2:

$$\begin{aligned} \text{КД2} - \text{КД0} &= \text{Всего УП} \times [0,06 \times (\text{ЭффДГ} - \text{Эфф0}) + 0,427 \times (\text{ЭффДГ} - \text{ЭффМП})] = \\ &= 835\,210 \times [0,06 \times (0,883 - 0,786) + 0,427 \times (0,883 - 0,846)] = \mathbf{18\,056 \text{ детей.}} \end{aligned}$$

⁴⁵ Эффект МП принят статистически не отличающимся от группы, не принимающих прогестероны.

Сценарий 2 дает потенциальный прирост общей рождаемости на 1,068%. При всей кажущейся скромности этого прироста он способен в 2 раза скомпенсировать всю текущую младенческую смертность⁴⁶.

3. *Сценарий 3: пессимистичный.* В качестве доведения ситуации до варианта самого пессимистичного расчета можно рассмотреть исключительно замену МП на ДГ с учетом позитивного эффекта МП по Lee Review.

Графическая иллюстрация распределения групп приема препаратов по сценарию 3 представлена на рис. 5.

Формула расчета эффекта по сценарию 3:

$$\begin{aligned} \text{КД2} - \text{КДО} &= \text{Всего УП} \times [0,427 \times \\ &(\text{ЭффДГ} - \text{ЭффМП})] = 835\,210 \times [0,427 \times \\ &(0,883 - 0,846)] = \mathbf{13\,196 \text{ детей}} - \\ &\text{результат все равно впечатляющий.} \end{aligned}$$

Рассматривая такие клинические аспекты, как особенности применения и переносимости ДГ и МП, можно с уверенностью утверждать, что пероральный прием ДГ, безусловно, более предпочтителен с точки зрения комплайенса пациенток по сравнению с вагинальным или внутримышечным, вызывает существенно меньшую частоту побочных эффектов и случаев непереносимости [27].

В дальнейших расчетах будем использовать полученный эффект по реалистичному сценарию 2 – 18 056 детей. Обратите внимание, что такое количество детей в соответствии с рассмотренной моделью прогнозно будет рождаться ежегодно.

Как вышеуказанные результаты в приросте рождаемости можно оценить с экономической точки зрения? Для этого нужно оценить экономический эффект сохраненной жизни ребенка.

Расчет стоимости жизни ребенка при рождении

Еще в советское время действовал соответствующий нормативный документ, регламентирующий методики расчета эффективности предупреждения смертности, заболеваемости, в том числе расчет стоимости сохраненной жизни при рождении [28]. В формуле расчета присутствовали такие переменные, как национальный доход, доля стоимости прибавочного продукта в национальном доходе, общая численность и численность занятого в народном хозяйстве населения, средние значения возраста вступления в трудовую активность и выхода из нее, средняя длительность жизни после окончания трудового периода, длительности нетрудовых периодов жизни, ее средняя продолжительность, а также величина общественных фондов потребления.

Многие вышеуказанные факторы в настоящее время вызывают дискуссии (общественные фонды потребления), по некоторым сложно найти более-менее непротиворечивые расчеты (доля стоимости прибавочного продукта в национальном доходе). Изменились концептуальная структура национальной экономики и статистический учет. Отражением этих процессов стало содержание следующих методических рекомендаций по расчету экономической эффективности⁴⁷ (методика МЭР), сформированных как расчет экономических потерь. Отдельной формулы расчета для упущенной выгоды вследствие предотвратимого нерождения ребенка в этом документе не приводится. Но есть расчет ущерба в случае смерти детей до 15 лет, учитывающий ВВП, численность занятого населения, а также дополнительный множитель по возрастным группам с учетом возможности работы, который для младенцев превращается в ноль.

Подходов к оценке стоимости жизни, инвестиционного потенциала вложений в здравоохранение

⁴⁶ В 2017 г., по данным Росстата, умерло 9577 детей, в 2018 г. прогнозное значение – чуть более 8000 смертей младенцев.

⁴⁷ Совместный приказ МЭР РФ, МЗиСР РФ, МФ РФ и Федеральной службы государственной статистики от 10.04.2012 «Об утверждении методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения».

ранение, а также подобным расчетам в отношении смертности, заболеваемости, временной и стойкой потери трудоспособности множество [29–33]. Все они используют величину ВВП и далее, в зависимости от специфики задачи расчета, иные модифицирующие переменные. Расчеты заболеваемости, утраты трудоспособности более сложны [34–36]. В них не обойтись без учета периодов трудовой деятельности, споров по поводу сравнительной производительности труда в разных отраслях и сомнений в объективности фиксации самих фактов нетрудоспособности. Различаются также подходы при расчете стоимости жизни для целей оценки предотвращенного ущерба и определения размера выплат выгодоприобретателям при страховых случаях или государственной компенсации при катастрофах. Однако в нашем случае все гораздо проще.

Рождение «дополнительных» детей приводит к росту существующей среднестатистической популяции, не изменяя все имеющиеся особенности по когортам населения. И выборка у нас, по сути, рассматривается генеральная. Поэтому определяющими факторами являются общая численность населения, величина ВВП и ожидаемая продолжительность жизни при рождении, взятые по одному и тому же году. Для дополнительного уточнения можно уменьшить величину ВВП на объемы государственного финансирования здравоохранения, образования и социального обеспечения – некий аналог государственной доли себестоимости воспроизводства рабочей силы.

Итоговая формула стоимости жизни ребенка при рождении (СЖРР) в ценах года расчета i , таким образом, приобретает следующий вид:

$$\text{СЖРР}_i = (\text{ВВП}_i - 30_i - 0_i - \text{СО}_i) / \text{ЧН}_i \times \text{ОПЖ}_i$$

где ВВП – валовый внутренний продукт; 30 – государственные затраты на здравоохранение; 0 – государственные затраты на образование; СО –

государственные затраты на социальное обеспечение; ЧН – численность населения; ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Расчет можно выполнять в рублях, долларах США, долларах по паритету покупательной способности. Проводя расчет по какому-либо году, мы принимаем за факт существующую на этот период времени социальную и экономическую структуру общества: возрастную структуру населения, доли затрат социального направления и другие составляющие ее компоненты. В зависимости от задач исследования и требуемой глубины расчета можно учесть прогнозные тренды переменных и узнать предполагаемый диапазон итогового значения от оптимистичного до негативного.

В силу оценочного характера расчета возьмем несколько округленные параметры по 2017 г.⁴⁸: ВВП – 92 трлн руб., 30 – 3 трлн руб., 0 – 3,3 трлн руб., СО – 12 трлн руб. Значения⁴⁹ ЧН – 146,9 млн человек, ОПЖ – 73 года.

Таким образом, **СЖРР по 2017 г. составляет:**

$$(92 \text{ трлн руб.} - 3 \text{ трлн руб.} - 3,3 \text{ трлн руб.} - 12 \text{ трлн руб.}) / 146,7 \text{ млн чел.} \times 73 \text{ года} = \mathbf{36,6 \text{ млн руб.}}$$

на весь период текущего ОПЖ при рождении.

Если выполнять расчет по методике МЭР, величина СЖРР по 2017 г. возрастет до 84 млн руб. Несмотря на разницу методик расчета, полученная нами величина СЖРР удивительно близка к предыдущим оценкам [13] и рекомендациям [37] (35–36 млн руб.) и отражает нижние уровни ожидания экономического эффекта по сравнению с величиной СЖРР по методике МЭР.

Динамика прямых затрат при изменении клинических подходов

Какова же затратная часть изменения клинических подходов в лечении невынашивания беременности прогестеронами и как изменится

⁴⁸ Федеральное казначейство РФ, форма 0507021 по состоянию на 1 января 2018 г.

⁴⁹ Росстат; http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography.

Сравнение розничных цен эквивалентных доз микронизированного прогестерона и дидрогестерона

Источник информации	МП диапазон цен, 100 мг, руб./количество капсул	МП, средняя стоимость 1 капсулы, руб.	ДГ, диапазон цен в рублях/количество таблеток, 10 мг, руб./количество таблеток	ДГ, средняя стоимость 1 таблетки, руб.
Сайт «Московские аптеки» (https://apteka.mos.ru)	172/28–510/30	6–17	183/10–864/28	18–31
Аптечная сеть «36,6» (https://366.ru)	441/28	16	525/20–788/28	25–28
Аптечная сеть «Ригла» (http://www.rigla.ru)	420/28	15	586/20–803/28	29
Аптечная сеть «АСНА» (https://www.asna.ru)	343/28–488/30	12–16	491/20 и 900/28	25–32
В среднем		14,1		27,1

ее величина при другом подходе к назначению прогестеронов при угрозе невынашивания беременности?

Очевидно, что МП применяется не только и не столько в виде таблеток, но и интравагинально (ректально) и внутримышечно. Расчет стоимости среднего курса лечения МП с учетом всех возможных путей введения в отсутствие статистических данных невозможен. Поэтому примем данные по таблетированным формам за точку отсчета. Данные о сравнительной стоимости таблетированных препаратов наиболее распространенных⁵⁰ МП и ДГ приведены в таблице. Доступ ко всем источникам информации осуществлен в течение 1 ч.

Несмотря на то, что Государственный реестр лекарственных препаратов Минздрава России⁵¹ определяет практически одинаковые предельные отпускные цены на сравниваемые препараты

(22,1–23,6 руб. за 100 мг утрожестана и 21,5–22,3 руб за 10 мг дюфастона), по данным выборочного мониторинга розничных цен оказалось, что в этих дозах ДГ дороже МП почти в 2 раза. Однако, если применять в схемах лечения эквивалентные дозы в соответствии с исследованием Lotus I, не будет никакой разницы и для розницы.

При учете в наших расчетах максимальной оценки роста стоимости, для сценария 2 (реалистичный расчет) это даст дополнительные затраты около 1,2 млрд руб., что от общей суммы рассчитанных прогнозируемых затрат (4,3 млрд руб.) на всю совокупность составит 39,2%.

Рассчитанный подобным образом эффект прироста прямых затрат не может рассматриваться изолированно от клинического результата. Так, сделан убедительный вывод [38] о более дешевом лечении ДГ при сходных состояниях с учетом клинического эффекта, полученный при

⁵⁰ Методом экспертных оценок в качестве эквивалентных доз применяемых схем лечения приняты 100 мг утрожестана и 10 мг дюфастона. Это нижняя граница используемого диапазона. В исследовании LOTUS I эквивалентом 10 мг дюфастона считалось 200 мг утрожестана (Сухих Г.Т., Баранов И.И., Мельниченко Г.А. и соавт. Lotus I: Рандомизированное III фазы контролируемое исследование сравнения пероральной формы дидрогестерона и вагинальной формы микронизированного прогестерона для поддержки лютеиновой фазы в циклах экстракорпорального оплодотворения, фокус на субанализ российской популяции // Акушерство и гинекология. 2017. № 7. С. 75–95. doi: 10.18565/aig.2017.7.75-95).

⁵¹ <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

мультицентровом международном рандомизированном двойном слепом исследовании Lotus I. Применение дидрогестерона при проведении ЭКО обеспечивает экономию около 10% в среднем на 1 живорождение, которая возрастала в 2,2 раза при многоплодной беременности.

Расчет фармакоэкономического эффекта

Каков же экономический эффект от применения ДГ (ЭЭДГ) в год в соответствии с данными доказательной медицины и международными рекомендациями?

$$\text{ЭЭДГ (млн руб.)} = 18\,056 \text{ детей} \times 36,6 - 1200 = 659\,650, \text{ или около } 660 \text{ млрд руб.}$$

Иначе говоря, применение дидрогестерона у женщин с угрозой невынашивания беременности даст эффект в виде рождения 18 056 детей в год в дополнение к текущему показателю рождаемости в России, что при стоимости жизни в 36,6 млн руб. в ценах и условиях 2017 г. эквивалентно дополнительному доходу в **660,8 млрд руб. в год**. На этом фоне дополнительные траты в объеме около 1,2 млрд руб./год при изменении схемы лечения кажутся не столь существенными. Кроме того, в настоящее время доля амбулаторного лечения прогестеронами неизмеримо превалирует над лечением в госпитальном сегменте. Соответственно, затраты на приобретение препаратов происходят за счет личных средств пациенток, крайне заинтересованных в итоговом клиническом эффекте лечения.

Можно максимально ужесточить и без того минималистичный сценарий расчета. Предположить, что в будущем в связи с ростом рождаемости и доли пожилых людей произойдет увеличение доли затрат на совокупные социальные нужды в 2 раза – до 40% ВВП. СЖРП при этом уменьшается до 27,5 млн руб. Можно также представить дополнительные затраты по медикаментам в виде долгосрочных инвестиций до начала трудовой деятельности (пусть 20 лет) и использовать в расчете (с запасом) текущую ставку Центробанка

(7,75%⁵²) – при этом 1,2 млрд руб. превратится в 5,4 млрд руб. Все равно в итоге это уменьшит оценочный расчет лишь до 357 млрд руб.

В таком диапазоне эффекта от 357 до 660 млрд рублей в год можно легко найти источники финансирования для многих направлений, в первую очередь для здравоохранения – для повышения доступности и качества медицинской помощи в России до того самого уровня, продемонстрированного в Lee Review. И это только по использованию ДГ при невынашивании беременности. В литературе приводятся свидетельства о его клинической результативности не только при уже упоминавшемся ЭКО, но и в случаях ранних выкидышей, а также при эндометриозе [21]. Оставим этот дополнительный демографический потенциал ДГ за рамками настоящей статьи. В последующем всегда можно вернуться к более детальному анализу.

Очевидно, речь идет не о точности. В данном случае даже расчет по нижней границе возможного эффекта демонстрирует экономический эффект ДГ около двух порядков в зависимости от примененного сценария расчета и вариантов прогнозных трендов переменных. Дело вообще не в ДГ, а в необходимости изменения текущего подхода к принятию управленческих решений в сфере общественного здоровья и демографии. Если даже один локальный пример, рассмотренный нами, дает очевидное преимущество перед существующей практикой, что же может произойти при распространении научно обоснованных подходов на принятие всех решений в здравоохранении и демографии?

Обсуждение и выводы

Демографический кризис в РФ и его возможные негативные последствия очевидны для всех. Руководство страны подняло эту проблему на высшую точку актуальности, обозначив прекращение депопуляции и повышение ожидаемой продолжительности жизни (в том числе здоровой жизни) населения в качестве основной на-

⁵² <https://tass.ru/ekonomika/5906025>.

циональной цели. Однако причины депопуляции и противодействующие им факторы многослойны и находятся в сложном динамическом взаимодействии. Именно поэтому все меры программного государственного противодействия демографическому кризису должны быть научно обоснованы, особенно в ситуации, когда на них планируется направить значительную долю бюджета.

Что же происходит на самом деле? Макрополитический аспект придания проблеме наивысшей актуальности находится на должном уровне. Но нереально короткие сроки подготовки программ, отсутствие установок по акценту именно на глубину обоснования выбора приоритетов всех мероприятий национальных проектов, существующая инерция взглядов с привычным полупренебрежением к современным доказательным методам принятия решений могут в значительной степени сказаться на конечных результатах исполнения программ.

Экспертным сообществом в 2018 г. проведена колоссальная работа по выработке наиболее рациональных подходов к решению проблем национальной демографии и здравоохранения. Несмотря на то что все выводы были сделаны методом экспертных оценок в обсуждениях участников разного экспертного уровня, в итоговых предложениях удалось сконцентрировать и отразить практически все возможные направления воздействий, успешно зарекомендовавшие себя в России и за рубежом. Однако сжатые сроки принятия окончательных решений и отсутствие должного государственного финансирования научных исследований по рассматриваемым вопросам сказались на содержании итоговых документов. В них, безусловно, отражены полезные направления действий, но сравнительной оценки их экономической и медикосоциальной эффективности не сделано.

В последнее время становится почти модным все неудачи относить на счет дефектов государственного управления. Возможно, в некоторых случаях это справедливо. Но нельзя сбрасывать со счетов неиспользованные возможности и игнорирование своих обязанностей другими сторонами взаимодействия: общественными организациями, профессиональными сообще-

ствами, отдельными государственными и негосударственными учреждениями, в том числе научными. У каждого нерешенного вопроса своя история. Это наглядно демонстрируется в приведенном нами клинико-экономическом кейсе. Доказательства эффективности конкретного клинического подхода на международном уровне имеются, и вот уже почти 2 года они включены в официальные рекомендации. Отечественные ведущие специалисты практически единодушны со своим зарубежными коллегами. Пишутся статьи, проводятся локальные и федеральные конференции. Однако национальные клинические рекомендации до сих пор не изменены. Мы не знакомы с истинными причинами этого. Возможно, существуют какие-то подводные камни, невидимые со стороны. Но то, что это предельно простое административное действие, обладающее не только существенным клиническим, но и демографическим эффектами, целесообразно, у нас сомнений не вызывает. Можно сколько угодно долго пытаться искать в любых подобных предложениях второе дно, но контраргументами могут являться лишь научные исследования с должной степенью доказательности.

Итак, какие **выводы** можно сделать из приведенного примера в отношении готовности системы общественного здоровья к реализации современных подходов в решении задач, поставленных в качестве национальных целей?

1. Все предлагаемые новации или изменения в подходах в сфере общественного здоровья (равно и демографии) нуждаются в **сравнительной оценке эффективности**. Причем это касается как широких популяционных мер, так и, казалось бы, незначительных изменений протоколов лечения отдельных групп пациентов. Без этого невозможно объективно оценить итоговый эффект. Наше субъективное представление об изначальной пользе или эффективности может быть диаметрально противоположно фактическому положению дел. Нужно срочно возрождать отечественную клиническую эпидемиологию.

2. Для объективной оценки медицинских технологий (health technology assessment, HTA) или **оценки технологий в здравоохранении** (ОТЗ) требуется серьезная методологическая

база. Основы ее, безусловно, созданы многочисленными исследованиями и успешно применяются на практике за рубежом. В РФ уже создана серьезная организация⁵³ с подобным функционалом. Однако следует обратить внимание на потенциальную применимость в РФ используемых аналогичными зарубежными учреждениями подходов, оценить разницу популяций в отношении системы потребительских ценностей и культурологических различий. Для этого наверняка потребуются **дополнительные научные разработки** мультидисциплинарных команд.

3. Существующая **нормативная база здравоохранения** в настоящее время не предусматривает всех требуемых правовых норм, обеспечивающих системное использование методов ОТЗ, а также регламента их оперативного внедрения в клиническую и организационно-методическую практику.

4. Национальная структура и система сбора первичных данных о клинических случаях, статистическая отчетность медицинских организаций и система анализа для принятия управленческих решений в здравоохранении не позволяют на данном этапе использовать их для ОТЗ. Требуется добиться методологической обоснованности, прозрачности, оптимальной детализации, автоматизации и внедрить специальные меры, препятствующие искажению собираемой информации. Обеспечить **обоснованность структуры и достоверность данных статистического наблюдения** в системе охраны здоровья и демографии, а также их доступность для экспертного сообщества – задача национальной безопасности.

5. Глубинные **механизмы принятия решений** в отношении изменения документов, регламентирующих уровень обязательности и легитимности того или иного клинического подхода

(клинические рекомендации и протоколы, перечень ЖВНЛП⁵⁴, табели оснащения и другие параметры порядков оказания медицинской помощи, лицензионные требования, профессиональные стандарты и многое другое), в настоящее время закрыты от широкой экспертной общественности и зачастую недостаточно научно обоснованы. Кроме того, они подвержены значительному субъективному влиянию, что может быть проявлением неосведомленности в отношении уже признанных эффективными методов или же отражать чью-то личную заинтересованность. Необходимо выработать **прозрачный регламент обоснования управленческих решений популяционного уровня** в сфере здравоохранения и демографии.

6. Отсутствие должной координации работы главных внештатных специалистов в регионах и их полная зависимость от органов управления здравоохранением исполнительной власти регионов (минздравов, депздравов) в настоящее время не позволяет обеспечить реализацию единых рациональных организационно-методических подходов в отношении всех клинических профилей. В качестве приоритетной задачи необходимо интенсифицировать **создание вертикальной многоуровневой системы управления клиническими службами страны** во главе с соответствующими национальными медицинскими исследовательскими центрами, которые должны быть наделены соответствующими полномочиями и ресурсами, равно как и четко определенной ответственностью за обоснованность тех или иных методологических, клинических и организационных подходов.

7. Необходимо обеспечить **должный уровень и объемы научных исследований** во главе с Российской академией наук. В первую очередь речь идет об обосновании принципов

⁵³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

⁵⁴ Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (перечень ЖВНЛП) – ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации.

ально важных или высокозатратных мероприятий уровня государственных программ при их планировании.

8. Требуется обеспечить **рациональность подхода** в реализации вышеперечисленных пред-

ложений и при отсутствии возможности и/или желания провести отечественные научные исследования современного доказательного уровня следует принимать за данность результаты аналогичных качественных международных разработок.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Прохоренко Николай Федорович – кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением, сомодератор направления «Демография» и эксперт центрального штаба Общероссийского народного фронта (Москва)

E-mail: medsovet@lenta.ru

Гинойн Аргишти Багратович – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Института исследований международных экономических отношений, Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации; ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (Москва)

E-mail: agrio1q89@hotmail.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Рязанцев С.В. Внешняя миграционная политика как потенциальный ресурс демографического развития России // Новые ориентиры демографической политики Российской Федерации в условиях экономического кризиса: Материалы II Международной научно-практической конференции (8 декабря 2016 г.) / отв. ред.-сост. С.В. Рязанцев, Е.Е. Письменная. М. : Экон-Информ, 2016. С. 79.
2. Вишневский А.Г. Демографическое будущее России // Отечественные записки. 2004. № 4. С. 13.
3. Зайончковская Ж.А. Миграция // Население России. Ежегодные демографические доклады / под ред. А.Г. Вишневского. М. : Университет; Наука, 2001–2008. Вып. 8–14.
4. Рыбаковский О.Л., Таюнова О.А. Реализация Концепции демографической политики России в области постоянной миграции населения // Социол. исслед. 2016. № 6 (386). С. 34.
5. Трубин В., Николаева Н., Мякишева С., Хусаинова А. Миграция населения в России: тенденции, проблемы, пути решения // Социальный бюллетень Аналитического центра при Правительстве РФ, май 2018 года. 54 с.
6. Simon J., Kiss N., Laszewska A., Mayer S. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья № 43).
7. Кузнецова И.Б., Мухарьямова Л.М., Вафина Г.Г. Здоровье мигрантов как социальная проблема // Казан. мед. журн. 2013. Т. 94, № 3. С. 367–372. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21006260&>.
8. Кислицина О.А. Различия в состоянии здоровья мигрантов и коренного населения в России и других странах Европейского региона // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 3 (31). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/478/30/lang,ru/>
9. Нечаева Н.В. Состояние здоровья и качество жизни детей раннего возраста из семей мигрантов : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. URL: <http://medical-diss.com/medicina/sostoyanie-zdorovya-i-kachestvo-zhizni-detey-rannego-vozrasta-iz-semey-migrantov#ixzz5dEOrGFCM>.
10. Каткова И.П., Локосов В.В., Рыбальченко С.И. Преждевременная смертность: тенденции и перспективы снижения в контексте целей устойчивого развития России // Пробл. соврем. экономики. 2018. № 2 (66). URL: <http://www.m-economy.ru/art.php?nArtId=6341>.

11. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. ВОЗ, 2010. ISBN 978924 4599976 (NLM Classification: QT 255).
12. Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Орел В.И., Прометной Д.В. Младенческая смертность в Российской Федерации и факторы, влияющие на ее динамику // Педиатр. 2017. Т. 8, № 3. С. 5–14. doi: 10.17816/PEd835-14.
13. Нигматулина Дж., Беккер Ч. Стоит ли использовать высокотехнологичную медицину в стране со средним уровнем дохода? Перинатальные центры России // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016. № 3–4. С. 65–82.
14. Землянова Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 2 (48). doi: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-4. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0731/analit02.php>.
15. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S. et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys // PLoS Med. 2012. Vol. 9, N 12. Article ID e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0559/reprod01.php>.
16. Джамалудинова А.Ф., Гонян М.М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. 2017. № 14.2. С. 10–13.
17. Привычное невынашивание беременности. Причины. Версии и контрверсии. Лечение / под ред. Г.Дж.А. Карпа ; пер. с англ. под ред. В.Е. Радзинского. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 590 с.
18. Милованов А., Ордянец И.М., Радзинский В.Е. Эмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. М. : МИА, 2004. 393 с.
19. Богданова Г.С., Зайдиева З.С., Магометханова Д.М. и др. Невынашивание беременности: общий взгляд на проблему. URL: <http://www.remedium.ru/doctor/detail.php?ID=55972>.
20. Ведищев С.И., Прокопов А.Ю., Жабина У.В., Османов Э.М. Современные представления о причинах невынашивания беременности // Вестн. ТГУ. 2013. Т. 18, вып. 4. С. 1309–1312.
21. Невынашивание беременности: доказательная база дидрогестерона. Новости доказательной медицины дидрогестерона по профилактике и лечению невынашивания беременности. Информационное письмо / Х.Ю. Симоновская, И.А. Алеев ; под ред. В.Е. Радзинского. М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2015. 24 с.
22. Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А. Дидрогестерон в лечении угрожающего и привычного выкидыша // Мед. совет. 2018. № 13. С. 34–38. doi: 10.21518/2079-701x-2018-13.
23. ESHRE guideline: recuccent pregnancy loss. URL: <https://academic.oup.com/hropen/article/2018/2/hoy004/4963604>.
24. Bashiri A. Новые международные рекомендации по привычному невынашиванию беременности: ключевые положения. Доклад на XIX Всероссийском научно-образовательном форуме «Мать и Дитя» совместно с VI Съездом акушеров-гинекологов России. М., 26.09.2017.
25. Радзинский В.Е., Соловьева А.В. Невынашивание: что в перспективе? // Мед. совет. 2017. № 7. С. 37–39.
26. Lee H.J., Park T.Ch., Kim J.H., Norwitz E. et al. The influence of oral dydrosterone and vaginal progesterone on threatened abortion: a systematic review and meta-analysis // Biomed. Res. Int. 2017/ Article ID 3616875. 10 p. doi. org/10.1155/2017/3616875.
27. Blockeel Ch. Luteal support in assisted reproductive technology: could dydrogesterone become the new gold standard? URL: <https://www.emjreviews.com/reproductive-health/symposium/dydrogesterone-shining-new-light-on-life>.
28. Письмо МЗ СССР от 5 января 1984 г. № 02-14/2-14 «Методические рекомендации по оценке экономической эффективности лечебно-профилактической помощи».
29. Аганбегян А.Г. Сколько стоит жизнь человека в России? // Экономическая политика. 2014. № 1. С. 54–66.
30. Конолли М.П., Постма М. Роль здравоохранения как инвестиции в условиях старения населения // Менеджмент и экономика здравоохран. 2011. № 2. С. 54–62.
31. Зубец А.Н., Новиков А.В. Численная оценка стоимости жизни человека в России и в мире // Финансы: теория и практика. 2018. Т. 22, № 4. С. 52–75.
32. Шабанова М.А. О взаимосвязи социальной и экономических политик: социо-экономическая перспектива анализа. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/ljumteszcz/direct/74499838>.
33. Карабчук Т.С., Никитина М.В., Ремезкова В.П., Соболева Н.Э. Как оценить стоимость человеческой жизни? // Экономическая социология. 2014. Т. 15, № 1. С. 89–106.
34. Брутова А.С., Обухова О.В., Базарова И.Н. Экономические потери Российской Федерации от заболеваемости населения за 2012–2014 гг. // Мед. технологии. 2017. № 2. С. 44–48.

35. Егоршин А.П., Полина Н.А. Об экономическом эффекте снижения уровня заболеваемости и инвалидности населения // *Здравоохранение Рос. Федерации*. 2015. Т. 59, № 1. С. 22–25.

36. Ревуцкий Л.Д. Потенциальный экономический эффект трудовой жизни человека (подход к теме и попытка ее раскрытия). URL: <https://www.audit-it.ru/articles/personnel/a111/907767.html>.

37. Быков А.А. Стоимость статистической жизни и цена риска // *Пробл. анализа риска*. 2016. Т. 13, № 1. С. 6–11.

38. Griesinger G. et al. Comparison the cost per live birth rates for treatment of luteal support in Russia based on a multicenter, double-blind RCT of oral dydrogesterone vs micronized vaginal progesterone. Abstract presented at Mother and Child Congress. Moscow, 28 September 2017.

REFERENCES

1. Ryazantsev S.V. External migration policy as a factor of demographic development of Russia. New directions of demographic policy of the Russian federation in the conditions of the economic crisis. The Materials of the II International Scientific and Practical Conference. Moscow: Econ-Inform, 2016: 79. (in Russian)

2. Vishnevskiy A.G. Russia's Demographic future. *Otechestvennyye zapiski [Domestic Notes]*. 2004; 4: 13. (in Russian)

3. Zayonchkovskaya Zh.A. Migration. Population of Russia. Annual demographic reports. Moscow: Universitet; Nauka, 2001–2008. Iss. 8–14.

4. Rybakovskiy O.L., Tayunova O.A. Demographic policy concept realization in the sphere of constant migration of the population. *Sotsiologicheskiye issledovaniya [Sociological Studies]*. 2016; 6 (386): 34. (in Russian)

5. Trubin V., Nikolaeva N., Myakisheva S., Khusainova A. Population Migration in Russia: trends, problems, solutions. *Sotsial'nyy byulleten' Analiticheskogo tsentra pri Pravitel'stve RF [Social Bulletin of the Analytical Center under the Government of the Russian Federation]*. May 2018: 54 p. (in Russian)

6. Simon J., Kiss N., Laszewska A., Mayer S. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. (Health Evidence Network synthesis report). (in Russian)

7. Kuznetsova I.B., Mukharyamova L.M., Vafina G.G. Health of the migrants as a social problem. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal [Kazan Medical Journal]*. 2013; 94 (3): 367–72. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21006260&>. (in Russian)

8. Kislitsyna O.A. Health differences between migrants and indigenous population in Russia and other countries of European region. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social Aspects of Public Health]*. 2013; 3 (31). URL:

<http://vestnik.mednet.ru/content/view/478/30/lang.ru> (in Russian)

9. Nechaeva N.V. Health and quality of life of young children from migrant families: Autoabstract of Diss. Moscow, 2007. URL: <http://medical-diss.com/medicina/sostoyanie-zdorovya-i-kachestvo-zhizni-detey-rannego-vozrasta-iz-semey-migrantov#ixzz5dEOrGFCM>.

10. Katkova I.P., Lokosov V.V., Rybal'chenko S.I. Premature mortality: trends and prospects for decline in the context of Russia's sustainable development goals. *Problemy sovremennoy ekonomiki [Problems of Modern Economy]*. 2018; 2 (66). URL: <http://www.m-economy.ru/art.php?nArtId=6341>. (in Russian)

11. Global recommendations on physical activity for health. WHO, 2010. ISBN 978924 4599976 (NLM Classification: QT 255). (in Russian)

12. Ivanov D.O., Oryol V.I., Alexandrovich Yu.S., Prometnoy D.V. Infant mortality in Russian Federation and influence on its dynamic factors. *Pediatr [Pediatrician]*. 2017; 8 (3): 5–14. doi: 10.17816/PED835-14. (in Russian)

13. Nigmatulina D., Becker Ch. Is high-tech care in a middle-income country worth it? Perinatal centers in Russia. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education]*. 2016; 3–4: 65–82. (in Russian)

14. Zemlyanova E.V. Potential birth loss due to health-related problems in Russia. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social Aspects of Public Health]*. 2016; 2 (48). doi: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-4. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0731/analit02.php>. (in Russian)

15. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S. et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*. 2012; 9 (12). Article ID e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0559/reprod01.php>.

16. Dzhamaludinova A.F., Gonyan M.M. Reproductive health of the population of Russia. *Molodoy uchenyy [Young Scientist]*. 2017 (14.2): 10–3. (in Russian)
17. Recurrent miscarriage of pregnancy. Reasons. Versions and controversies. Treatment / ed. by G.J.A. Karp; translation ed. by E.V. Radzinskiy. Moscow: GEOTAR-Media, 2017: 590 p. (in Russian)
18. Milovanov A., Ordiyants I. M., Radzinskiy V. E. Embryonic and amniotic structures in normal and complicated pregnancy. Moscow: MIA, 2004: 393 p. (in Russian)
19. Bogdanov G.S., Zaydieva Z.S., Magomedkhanova D.M. Miscarriage: a general view of the problem. URL: <http://www.remedium.ru/doctor/detail.php?ID=55972>. (in Russian)
20. Vedishchev S.I., Prokopov A.Yu., Zhabina U.V., Osmanov E.M. Modern ideas about reasons of miscarriage. *Vestnik Tambovskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of Tambov State University]*. 2013; (18, Iss. 4): 1309–12. (in Russian)
21. Miscarriage: the evidence base of dydrogesterone. News evidence-based medicine dydrogesterone for the prevention and treatment of miscarriage. Informational letter / Kh.Yu. Simonov, I.A. Aleev; ed. by V.E. Radzinskiy. Moscow: Redaktsiya zhurnala StatusPraesens, 2015. 24 p. (in Russian)
22. Tetrushvili N.K., Agadzhanova A.A. Dydrogesterone in the Treatment of the Threatened and Habitual Miscarriage. *Meditsinskiy sovet [Medical Advice]*. 2018; 13: 34–8. doi: 10.21518/2079-701x-2018-13. (in Russian)
23. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. URL: <https://academic.oup.com/hropen/article/2018/2/hoy004/4963604>.
24. Bashiri A. New international recommendations on habitual miscarriage: key points. Report on XIX All-Russian Scientific and Educational Forum "Mother and Child" in conjunction with the VI Congress obstetricians-gynecologists of Russia. Moscow, 09.26.2017. (in Russian)
25. Radzinskiy V.E., Solov`eva A.V. The prospect after miscarriage? *Meditsinskiy sovet [Medical Advice]*. 2017; 7: 37–9. (in Russian)
26. Lee H.J., Park T.Ch., Kim J.H., Norwitz E., et al. The influence of oral dydrosterone and vaginal progesterone on threatened abortion: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Res Int*. 2017. Article ID 3616875. 10 p. doi. org/10.1155/2017/3616875.
27. Blockeel Ch. Luteal support in assisted reproductive technology: could dydrogesterone become the new gold standard? URL: [https://www.emjreviews.com/reproductive-](https://www.emjreviews.com/reproductive-health/symposium/dydrogesterone-shining-new-light-on-life)
- health/symposium/dydrogesterone-shining-new-light-on-life.
28. Letter of the Ministry of Health of the USSR dated January 5, 1984 No. 02-14 / 2-14 «Guidelines for evaluating the cost-effectiveness of therapeutic and preventive care». (in Russian)
29. Aganbegyan A.G. What is the Value of a Human Life in Russia? *Ekonomicheskaya politika [Economic Policy]*. 2014; 1: 54–66. (in Russian)
30. Conolly M. P., Postma M. Health care as investment: implications for an era of ageing populations. *Menedzhment i ekonomika zdavookhraneniya [Health Management and Economics]*/ 2011; 2: 54–62. (in Russian)
31. Zubets A.N., Novikov A.V. Quantitative Assessment of the Value of Human Life in Russia and in the World. *Finansy: teoriya i praktika [Finance: Theory and Practice]*. 2018; 22 (4): 52–75. (in Russian)
32. Shabanova M.A. On the relationship of social and economic policies: socio-economic perspective analysis. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/ljumeszcz/direct/74499838>. (in Russian)
33. Karabchuk T. S., Nikitina M. V., Remezko V.P., Soboleva N.E. How to evaluate the value of human life? *Ekonomicheskaya sotsiologiya [Economic Sociology]*. 2014; 15 (1): 89–106. (in Russian)
34. Brutova A.S., Obukhova O.V., Bazarova I.N. Economic Losses of the Russian Federation Caused by the Morbidity of Population in 2012–2014. *Meditsinskaya tekhnologiya [Medical Technology]*. 2017; 2: 44–8. (in Russian)
35. Egorshin A.P., Polina N.A. About economic effect of decreasing of level of morbidity and disability of population. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii [Public Health of the Russian Federation]*. 2015; 59 (1): 22–5. (in Russian)
36. Revutsky L. D. Potential economic effect of human working life (approach to the topic and an attempt to disclose it). URL: <https://www.audit-it.ru/articles/personnel/a111/907767.html>. (in Russian)
37. Bykov A. Cost of statistical life and cost of risk. *Problemy analiza riska [Risk Analysis Problems]*. 2016; 13 (1): 6–11. (in Russian)
38. Griesinger G., et al. Comparison the cost per live birth rates for treatment of luteal support in Russia based on a multicenter, double-blind RCT of oral dydrogesterone vs micronized vaginal progesterone. Abstract presented at Mother and Child Congress. Moscow, 28 September 2017.

Подходы к формированию концепции национальной лекарственной политики.

Часть 1. Анализ рынка лекарственных препаратов в РФ

Улумбекова Г.Э.,
Калашникова А.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В РФ за последние годы благодаря государственной политике достигнуты определенные позитивные сдвиги в сфере лекарственного обращения. Но для формирования национальной лекарственной политики необходим детальный анализ лекарственного обеспечения населения в РФ, что и представлено в данной статье. Авторы систематизировали все расходы на лекарственные препараты (государственные и частные), а также по условиям их получения (в стационарных и амбулаторных условиях). Также в статье приведены сравнения расходов на лекарственные препараты (ЛП) в РФ и странах ЕС в амбулаторных условиях. Детально проанализированы и систематизированы государственные программы лекарственного обеспечения населения в РФ. Структура продаж ЛП проанализирована по АТС (Anatomical Therapeutic Chemical, русский эквивалент АТХ – анатомо-терапевтическо-химическая классификация) группам, по рецепту и по принадлежности к жизненно необходимым и важнейшим лекарственным препаратам (ЖНВЛП) в разрезе различных секторов. В статье представлена структура потребления дженериков и оригинальных ЛП, а также произведенных на территории РФ и импортируемых. В заключение статьи собраны основные выводы и предложения, которые необходимо учесть при формировании национальной лекарственной политики в РФ.

Ключевые слова:

национальная лекарственная политика, лекарственное обеспечение населения, государственные и частные расходы на ЛП, расходы на ЛП в РФ и ЕС, государственные программы лекарственного обеспечения населения в РФ

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 4. С. 53–75.
doi: 10.24411/2411-8621-2018-14003.

Статья поступила в редакцию: 10.12.2018. Принята в печать: 17.12.2018.

Approaches to the formation of the concept of National pharmaceutical policy. Part I. Analysis of the pharmaceutical market in the Russian Federation

*Ulumbekova G. E.
Kalashnikova A. V.*

Higher School of Healthcare Organization
and Management, Moscow

In the Russian Federation, recent years have been achieved positive changes in the drug circulation, thanks to the state policy. Nevertheless, for the formation of the National drug policy requires a detailed analysis of the population pharmaceutical supply in the Russian Federation, which this article presents. The authors arranged all pharmaceutical expenditures (public and private) and according to their conditions (inpatient and outpatient). The article also compares the pharmaceutical expenditures in the Russian Federation and the EU in outpatient settings. The state programs of drug provision of the Russian population were analyzed and categorized. The structure of pharmaceutical sales was analyzed in the different sectors by ATC-groups, prescription and belonging to the vital and essential medicines. The article presents the structure of consumption of generics and original medicines, drugs produced in the Russian Federation and imported. In conclusion, the article contains the summary and proposals that need during the formation of the National drug policy in the Russian Federation.

Keywords:

national drug policy, drug provision of the population, public and private pharmaceutical expenditures, the cost of drugs in the Russian Federation and the EU, the state program of drug provision of the population in the Russian Federation

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (4): 53–75.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-14003.

Received: 10.12.2018. Accepted: 17.12.2018.

Последние 3 десятилетия ознаменовались появлением новых лекарств и вакцин, которые спасают жизни и предотвращают прогрессирование хронических инвалидизирующих заболеваний. Это средства для лечения туберкулеза, пневмонии, СПИД/ВИЧ, болезней системы кровообращения, язвенной болезни желудка, диабета, злокачественных новообразований.

Цель государственной лекарственной политики – своевременно обеспечить население

доступными по цене и качественными лекарственными препаратами (ЛП). При этом фармацевтический рынок не является саморегулируемым, он требует от государственных органов власти в этой сфере постоянного вмешательства во все процессы лекарственного обращения – от разработки новых лекарств до их рационального потребления. Это происходит путем выработки и внедрения в практику правил, законов, подзаконных актов и мотивационных механизмов. При формировании лекарственной политики ре-

гуляторы сталкиваются с непростыми задачами, первая из них – необходимость соблюдения оптимального баланса между интересами множества субъектов лекарственного обращения: разными группами пациентов и их объединениями, фармацевтическими компаниями (в том числе отечественными и зарубежными производителями), оптовыми и розничными дистрибьюторами (государственными и частными), врачами и их общественными объединениями. Вторая – финансовые ограничения: средства, направляемые на программу государственных гарантий (ПГГ) оказания бесплатной медицинской помощи, ограничены в любой стране. Это диктует необходимость рационарования или выработки приоритетов в лекарственном обеспечении (ЛО).

Предстоящий период с 2019 по 2024 г. для РФ особенный – Президент РФ В.В. Путин в Указе № 204 от 7 мая 2018 г. поставил общенациональную цель: увеличить ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) с нынешних 72,7 до 78 лет к 2024 г. Это цель многофакторная и зависит почти в равной мере от уровня доходов населения, соблюдения здорового образа жизни, а также от расходов и эффективности деятельности системы здравоохранения. По опыту развитых стран известно, что значительный эффект в продлении ОПЖ был достигнут за счет внедрения системы всеобщего лекарственного обеспечения, которая позволила сделать современные лекарства доступными для всех граждан в амбулаторных условиях¹.

Следует отметить, что в РФ за последние годы благодаря государственной политике достигнуты определенные позитивные сдвиги в сфере лекарственного обращения, а именно: принятие основного Федерального закона «Об обращении

лекарственных средств» (от 12.04.2010 № 61-ФЗ), развитие отечественной фармацевтической промышленности, осуществление жесткого контроля за ценами на лекарственные препараты из списка **жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов** (ЖНВЛП), ускорение введения на рынок инновационных ЛП, поэтапное внедрение системы идентификации ЛП от производителя до конечного потребителя. Вместе с тем сохраняются серьезные проблемы. Главные из них – недостаточное лекарственное обеспечение населения ЛП в амбулаторных условиях (сегодня за счет государства на ЛП в РФ тратится в 2,8 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС, имеющих близкий уровень экономического развития²), различия в лекарственном обеспечении в различных субъектах РФ (связанные с отсутствием единых подходов в формировании перечней ЖНВЛП и ценовой политики), монополизация закупок ЛП в субъектах РФ (что приводит к снижению конкуренции), нерациональное назначение и использование ЛП, отсутствие единоначалия в формировании и реализации лекарственной политики. В этой связи Президент РФ на совещании по системе лекарственного обеспечения населения РФ, прошедшем в Санкт-Петербурге 16 ноября 2018 г., поставил задачу существенного повышения ее эффективности.

Многие эксперты, в том числе рабочая группа при Государственном Совете РФ, которая подготовила проект доклада «О повышении эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ», вносят важное предложение – внедрить систему всеобщего лекарственного обеспечения и повысить эффективность обращения лекарственных средств в РФ. Такие предложения требуют детального анализа сложившейся

¹ Kesselheim A.S., Huybrechts K.F., Ranabhat C.L., Atkinson J. Prescription Drug Insurance Coverage and Patient Health Outcomes: A Systematic Review // *Am J Public Health*. 2015. Vol. 105 (2). P. e17–e30.; Park M.-B., Kim C.-B., Jakovljevic M. The Influence of Universal Health Coverage on Life Expectancy at Birth (LEAB) and Healthy Life Expectancy (HALE): A Multi-Country Cross-Sectional // *Frontiers in Pharmacology*. 2018. Vol. 9. 10 p.; *Universal health coverage and health outcomes. OECD Final Report*. Paris, 2016. 43 p.; Eaddy M.T., Cook Ch.L. Patient Cost-Sharing Trends Affect Adherence and Outcomes A Literature Review. 2012. Vol. 37 (1). P. 45–55.

² «Новые-8» страны ЕС, которые включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию.

ситуации в сфере лекарственного обращения и обсуждения механизмов, которые обеспечат достижение поставленных целей. Для этого ВШОУЗ подготовила анализ системы лекарственного обеспечения и предложения по формированию национальной лекарственной политики. Документ предназначен для обсуждения всеми заинтересованными сторонами. Обсуждение этого документа состоится на площадках фонда «Росконгресс», в том числе в стартовый день Российского инвестиционного форума на специальном форуме «Здоровое общество: на пути к цели 80+» 13 февраля 2019 г. Читателям данного номера журнала представляется на обсуждение первая часть документа – «Анализ рынка лекарственных препаратов в РФ».

1. Общий объем рынка: государственный и частный

В РФ в 2017 г. всего было потреблено ЛП и изделий медицинского назначения недлительного применения для индивидуального пользования (далее – ИМН) на сумму **1 514 млрд руб.** в ценах конечных потребителей (розничные цены). В упаковках это составило **6273 млн**. Расходы на ЛП обычно классифицируются в зависимости от источника финансирования – население или государство и от условий потребления – амбулаторные или стационарные. В амбулаторных условиях расходы на лекарства могут оплачиваться населением или государством по специальным программам. В стационарных условиях расходы на ЛП входят в структуру тарифа³ по оплате медицинской помощи и в РФ покрываются государством за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) или бюджетов

всех уровней. **Для справки:** международная методика учета расходов на ЛП включает изделия медицинского назначения (ИМН) недлительного применения для индивидуального пользования. В стационарных условиях ведется учет только по ЛП, без ИМН. Далее все расчеты по расходам на ЛП в амбулаторных условиях сделаны **с учетом ИМН**. В амбулаторных условиях расходы населения и государства только на ЛП (без учета ИМН), по данным Росстата, в 2017 г. составили 1027,2 млрд руб. (с учетом ИМН – 1254,1 млрд руб.).

Расходы на ЛП в амбулаторных и стационарных условиях составили: для населения – **67%** (1021,4 млрд руб.)⁴, государственные – **33%** (492,6 млрд руб.)⁵ (рис. 1). **Для справки:** значение расходов населения на ЛП в амбулаторных условиях рассчитаны как разница между показателем общих расходов, представляемых Росстатом (1254,1 млрд руб.), и расходов на все государственные программы, реализуемые в амбулаторных условиях (232,7 млрд руб.).

Расходы государства на ЛП в амбулаторных условиях примерно равны таковым в стационарных условиях – **47%** (232,7 млрд руб.) и **53%** (259,9 млрд руб.)⁶ соответственно.

Таким образом, в амбулаторных и стационарных условиях население РФ несет в 2 раза большие расходы на ЛП, чем государство.

2. Расходы населения и государства на ЛП в амбулаторных условиях

Структура расходов на ЛП в амбулаторных условиях. В 2017 г. расходы населения и государства на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях

³ Тариф по оплате медицинской помощи в РФ чаще всего привязан к группе заболеваний и включает также другие статьи расходов – оплату труда с начислениями, расходы на медицинские изделия, коммунальные услуги и др.

⁴ База данных Росстата – ЕМИСС.

⁵ Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ», 2018 г. Итоговый отчет Минздрава России за 2017 г. (коллегия).

Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок России» за 2017 г.

⁶ Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок России» за 2017 г.

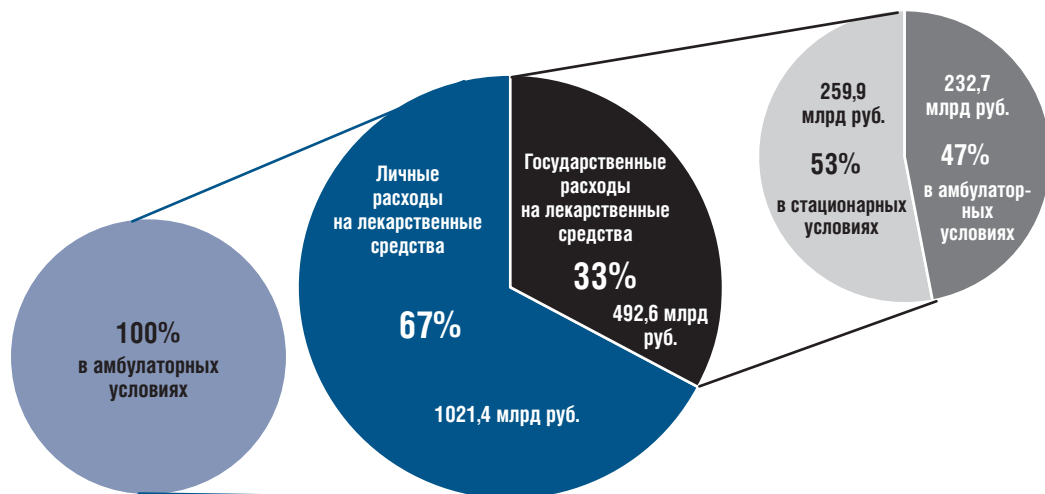


Рис. 1. Объем рынка лекарственных препаратов в амбулаторных и стационарных условиях в России в 2017 г.

составили **1254,1 млрд руб.**, из них для населения – **81%** (1021,4 млрд руб.), государства – **19%** (232,7 млрд руб. с учетом ведомственных закупок). В «новых-8» странах ЕС, имеющих близкий с РФ уровень экономического развития (оценено по ВВП на душу населения)⁷, доля государственных расходов на ЛП в амбулаторных условиях **в 2 раза выше** и составляет **38%** (рис. 2).

Таким образом, население РФ в амбулаторных условиях тратит на ЛП в 4 с лишним раза больше, чем государство, в «новых» странах ЕС расходы населения только в 2 раза больше.

Динамика расходов на ЛП в амбулаторных условиях⁸. С 2005 по 2017 г. (с момента начала реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения, в настоящее время – обеспечения необходимыми лекарственными средствами – ОНЛС) расходы на ЛП в амбулаторных условиях **в текущих ценах** значительно выросли: за счет государства – **в 5,6 раза**, за счет личных средств граждан – **в 6,2 раза** (рис. 3). В *постоянных ценах* (2005 г. – 100%) за счет государства они выросли **в 1,9 раза**, за счет личных средств граждан – **в 2,1 раза** (рис. 4). Все расчеты в динамике не учитывают расходы по ведомственным программам из-за отсутствия данных.

⁷ «Новые-8» страны ЕС включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию.

⁸ Доклады о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за 2006–2011 гг.

Доклады о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2012–2013 гг.

Государственные доклады о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014–2016 гг. Итоговая презентация и отчет Минздрава России за 2015–2017 гг. (коллегия).

Презентация министра здравоохранения «О повышении доступности и качества услуг, предоставляемых населению Российской Федерации в сфере здравоохранения».

Итоговые отчеты DSM Group «Фармацевтический рынок России» за 2012–2017 гг., оценка расходов сделана по реализованным контрактам на закупку ЛП стационарными медицинскими организациями.

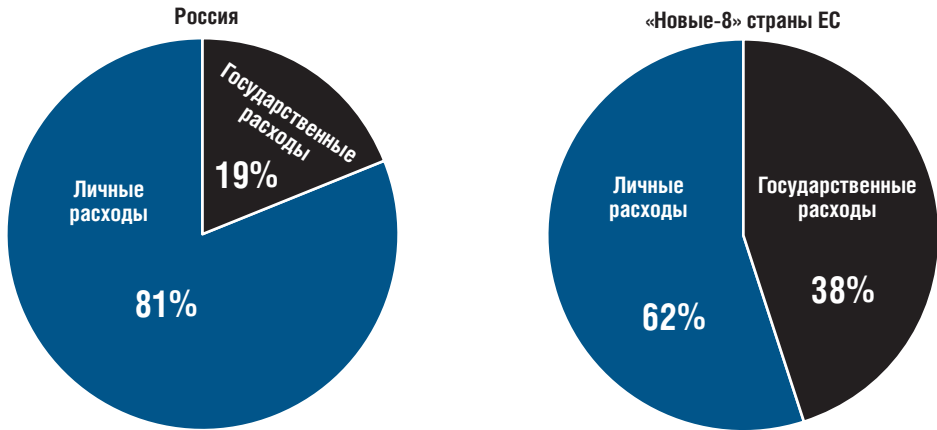


Рис. 2. Структура расходов на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях в России и «новых-8» странах ЕС

За последние 5 лет – с 2012 по 2017 г. государственные и личные расходы на ЛП в амбулаторных условиях в **текущих ценах** также выросли: государственные расходы – в **1,6 раза**

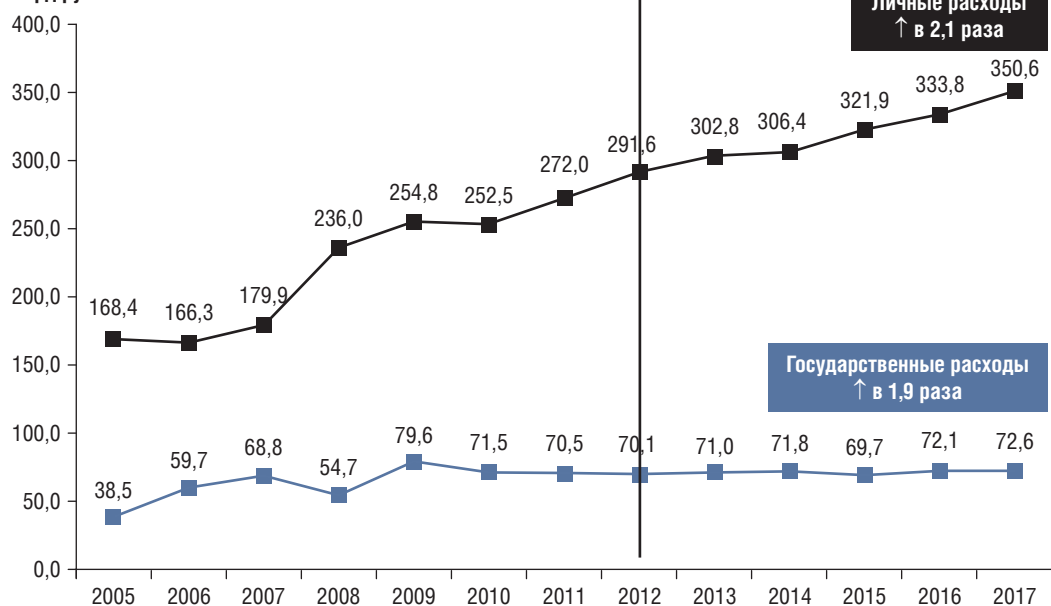
(с 138,2 до 215,2 млрд руб.), личные – в **1,8 раза** (с 575,1 до 1038,9 млрд руб.). В **постоянных ценах** (2012 г. – 100%) государственные расходы выросли только **на 9%**, а личные – **на**



Данные по государственным расходам за 2017 г. – без учета ведомственных закупок для сопоставимости

Рис. 3. Динамика расходов на лекарственные препараты в амбулаторных условиях в текущих ценах

Обеспечение населения лекарственными препаратами в амбулаторных условиях в постоянных ценах (2005 г. – 100%), млрд руб.



Данные по государственным расходам за 2017 г. – без учета ведомственных закупок для сопоставимости

Рис. 4. Динамика расходов на лекарственные препараты в амбулаторных условиях в постоянных ценах

20%. При этом среднедушевые денежные доходы российских семей за этот период **снизились на 9%** в постоянных ценах 2012 г. (с 23,2 до 21,0 тыс. руб.).

Из рис. 4 также видно, что темп роста государственных расходов в **постоянных ценах** за последние 5 лет замедлился. В 2005–2011 гг. они росли в среднем с темпом **8,9% в год**, а в 2012–2017 гг. только **0,7% в год**. Таким образом, в последние 5 лет ежегодный темп роста расходов на ЛП за счет средств государства по сравнению с предыдущими годами **снизился почти в 13 раз**. При этом темп роста расходов населения за последние пять лет **снизился только в 2 раза** (с 8,2% в 2005–2011 гг. до 3,8% в 2012–2017 гг.).

Все это говорит о том, что за последние 5 лет **снижение темпов роста государственных расходов на ЛП на фоне падения реальных денежных доходов российских семей легло дополнительным бременем на российских граждан**.

Сравнение расходов на ЛП в РФ и странах ЕС в амбулаторных условиях. В 2017 г. государственные и личные расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в долларах, оцененных по паритету покупательной способности (ППС, 1 \$ППС = 24,55 руб.)⁹ в РФ составили **350 \$ППС** на душу населения в год. Это **на 15% меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (410 \$ППС), и **в 1,7 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (600 \$ППС) (рис. 5).

⁹ По данным Росстата. \$ППС – доллар, оцененный по паритету покупательной способности: соотношение валют разных стран, установленное по покупательной способности этих валют применительно к определенному набору товаров и услуг (по всему ВВП).

Государственные расходы по этой статье в РФ составили **65 \$ППС** на душу населения в год, что в **2,8 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (185 \$ППС), и в **6,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (415 \$ППС), (см. рис. 5)¹⁰.

В доле ВВП государственные расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в РФ составили **0,25%**, что в **2,4 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (0,6%), и в **4,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (1,1%) (рис. 6).

Таким образом, в амбулаторных условиях расходы государства на ЛП на душу населения в \$ППС в РФ почти в 3 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития.

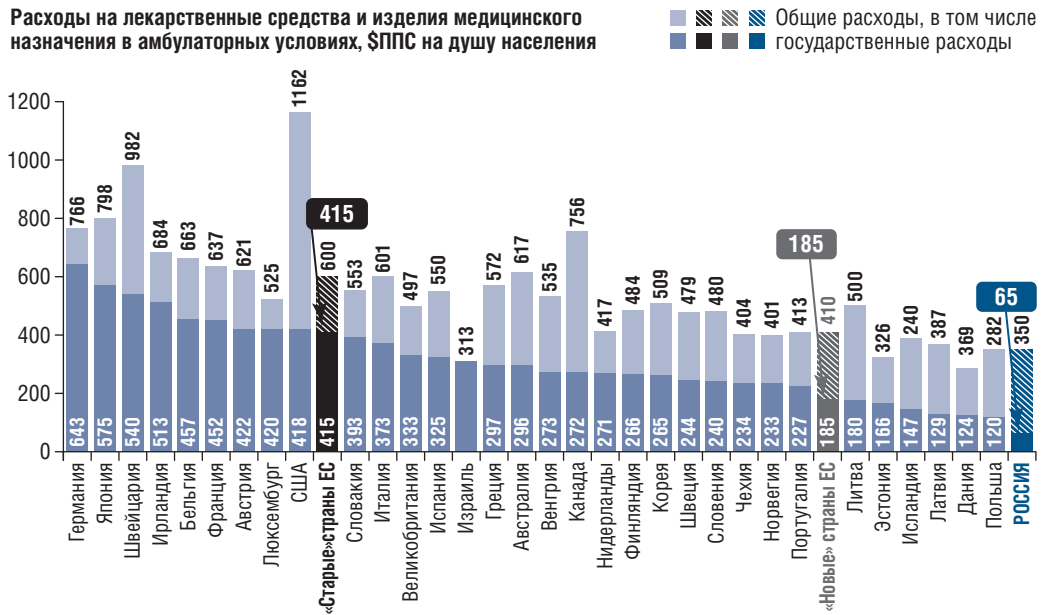
3. Государственные программы лекарственного обеспечения населения

Все государственные программы лекарственного обеспечения в РФ реализуются на амбулаторном уровне. Расходы на ЛП компенсируются населению в зависимости от наличия у гражданина социальной льготы или определенного заболевания, требующего дорогостоящего и/или длительного лечения, а также по принадлежности к определенной профессии (например, военнослужащие обеспечиваются ЛП из ведомственного бюджета).

Основные программы

1. Региональные программы.

Расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях, \$ППС на душу населения



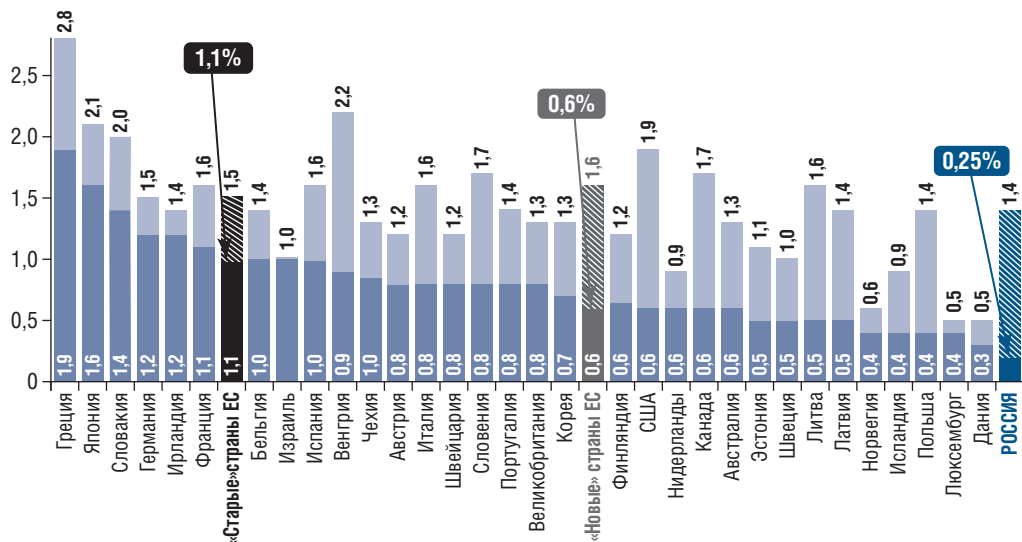
«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts», Health at a Glance, 2017.

Рис. 5. Подушевые расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ (2017) и в странах ОЭСР (2016)

¹⁰ Данные по странам ЕС представлены согласно сборнику ОЭСР «Health at a Glance, 2017» (стоимость отпуска рецептурных ЛП и безрецептурных ЛП). Данные по стоимости отпуска рецептурных ЛП практически совпадают с объемом расходов государства на эти ЛП (могут не учитывать объем расходов населения в момент покупки рецептурного препарата 5–7%).

Расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях, доля ВВП, %

Общие расходы, в том числе государственные расходы



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts», Health at a Glance, 2015.

Рис. 6. Расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в доле ВВП, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ (2017) и в странах ОЭСР (2016)

2. Программа обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС).

3. Программа «7 высокозатратных нозологий» (далее «7 ВЗН»).

4. Программа для лиц, страдающих жизнеугрожающими и хронически прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями.

5. Программа для лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитом В и С.

6. Национальный календарь профилактических прививок.

7. Ведомственные закупки ЛП.

В табл. 1 представлены основные характеристики данных программ.

Из табл. 1 следует, что:

- по каждой из программ имеется **дефицит** финансирования, составляющий **не менее 50%** существующего объема финансирования;

- доступ к ЛП имеют только **ограниченное** число граждан РФ;

- в региональной программе действует **отдельный** перечень ЛП, не совпадающий с перечнем ЖНВЛП, а объем финансирования этих программ **зависит** от бюджетной обеспеченности субъекта РФ;

- по программе ОНЛС регионы **ограничены** объемами средств, предусмотренных на программу, в зависимости от числа льготополучателей, оставшихся в ней.

По данным табл. 1 можно рассчитать, что в 2017 г. по государственным программам за счет федеральных источников финансирования было покрыто **54%** расходов (127 млрд руб.) на лекарственное обеспечение, за счет средств регионов – **38%** (88,2 млрд руб., включая орфанные заболевания), оставшиеся **8%** приходятся на ведомственные расходы (17,5 млрд руб.).

На рис. 7 представлена структура государственных программ обеспечения ЛП по объему финансирования (в долях общего объема), а на

Таблица 1. Основные характеристики государственных программ лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях¹

Программа, нормативный документ	Финансирование	Число лиц, получающих лекарственные препараты	Перечень категорий населения	Перечень лекарственных препаратов
<p>Региональные программы «региональная льгота» Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890²</p>	<p>72 млрд руб.³ за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ. Прогнозируемый дефицит на 2018 г. – 31,4 млрд руб.</p>	<p>По экспертным оценкам, 5 млн чел.</p>	<p>Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 (приложение 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> · участник гражданский и ВОВ, · инвалиды ВОВ, · родители и жены погибших военнослужащих, · ветераны, · дети до 3 лет, · инвалиды, · граждане, подвергшиеся радиации, · малочисленные народы Севера и Ар. <p>Приложение 2: перечень населения – с 50% скидкой</p>	<p>Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 (приложение 1): перечислены заболевания и общи́е группы лекарственных препаратов (ЛП) (шире, чем перечень ЖНВЛП). Согласно ФЗ-323⁴ (ч. 2, ст. 81), каждый субъект РФ обязан утвердить перечень ЛП по этой программе, который является приложением к ТПГГ</p>
<p>Программа обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС) Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». По закону граждане, включенные в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение социальной помощи в виде НСУ и не отказавшиеся от нее, взамен на денежную компенсацию обеспечиваются бесплатно ЛП и ИМН, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов</p>	<p>45,9 млрд руб.⁵ за счет средств федерального бюджета. Неудовлетворенная потребность – 22 млрд руб.⁶ Полномочия по обеспечению населения ЛП переданы на уровень региона с соответствующими субвенциями. Объем средств для субъекта РФ определяется из числа граждан, оставшихся в Программе, и норматива финансовых затрат в расчете на 1 гражданина в месяц (в 2018 г. – 862,3 руб.)</p>	<p>Имели право на получение ЛП 15,4 млн чел. Остались в Программе 3,2 млн чел.⁶ (20%)</p>	<p>В законе № 178-ФЗ указано 9 категорий граждан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инвалиды войны; 2) участники ВОВ; 3) ветераны боевых действий; 4) военнослужащие; 5) награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; 6) лица, работавшие в период ВОВ; 7) члены семей погибших участников ВОВ; 8) инвалиды; 9) дети-инвалиды. <p>Ведется федеральный регистр лиц</p>	<p>Перечень ЖНВЛП⁷ (Приложение 1 и 2), на основании которого каждый субъект РФ должен обеспечить потребность населения в ЛП</p>

Таблица 1 (продолжение)

Программа, нормативный документ	Финансирование	Число лиц, получающих лекарственные препараты	Перечень категорий населения	Перечень лекарственных препаратов
Программа «7 высокозатратных нозологий» («7 ВЗН»), Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 16)	43,6 млрд руб. за счет федерального бюджета, организация обеспечения по программе передана на уровень субъекта РФ с соответствующими субвенциями. Темп роста числа пациентов превышает темпы роста финансирования на программу (даже с учетом снижения стоимости ЛП)	181 тыс. чел. – в федеральном регистре лиц	Лица, страдающие гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, после трансплантации органов и (или) тканей. В 2019 г. перечень расширится на пациентов с гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом (типами I, II, VI) ⁸	Перечень ЖНВЛП ⁹ (приложение 3), на 2018 г. включено 27 МНН Распоряжение Правительства РФ от 31.12.2008 № 2053-р
Программа для лиц, страдающих жизнеугрожающими и хронически прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 44)	16,2 млрд руб. за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ. Прогнозируемый дефицит средств в 2018 г. – 7 млрд руб. Каждый субъект РФ ведет региональный сегмент регистра лиц и выделяет средства, исходя из числа больных и собственных финансовых возможностей	17,8 тыс. чел. – в федеральном регистре лиц. Получают ЛП 11,9 тыс. чел.	Редкими являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев на 100 тыс. чел. Перечень заболеваний утвержден Постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 № 403. С 2019 г. 5 заболеваний передано в программу «7 ВЗН»	Перечень ЖНВЛП (приложение 3)
Программа для лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитом В и С Государственная Стратегия противодействия распространения ВИЧ-инфекции в РФ до 2020 г. ¹⁰	21,6 млрд руб., федеральный бюджет	708 тыс. чел. в федеральном регистре Получают ЛП 331 тыс. чел. (47%)		Перечень ЖНВЛП (приложение 1 и 2), используется 27 МНН

Таблица 1 (окончание)

Программа, нормативный документ	Финансирование	Число лиц, получающих лекарственные препараты	Перечень категорий населения	Перечень лекарственных препаратов
Постановление Правительства РФ от 28.12.2016 № 1512 ¹¹ Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 № 1438 ¹²				
Национальный календарь профилактических прививок Постановление Правительства РФ от 11.03.2011 № 156 ¹³	13,0 млрд руб. , федеральный бюджет. Закупочные цены на ряд ЛП являются убыточными для отечественных производителей, а установленные для НКПП потребуют увеличения объема средств		<ul style="list-style-type: none"> • дети с рождения до 15 лет, • взрослые каждые 10 лет (против дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В), • вакцинация против гриппа 	Приложение N 1 к приказу Минздрава России от 21.03.2014 № 125н ¹⁴ , закупаются 23 медицинских иммунобиологических препарата
Программа обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (п. 20 ч. 1 ст. 14)	2,9 млрд руб. , федеральный бюджет. Потребность в ЛП, рассчитанная на основе заявок – 6,9 млрд руб.	39,5 тыс. чел. с МЛУ в федеральном регионе лиц	Пациенты с туберкулезом с МЛУ возбудителя	Перечень ЖНВЛП. В перечень закупаемых препаратов на 2018 г. вошли 13 МНН
Ведомственные закупки лекарственных препаратов Итого	около 17,5 млрд руб. 232,7 млрд руб.	8,76 млн чел.	Военнослужащие и др.	

- ¹ Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ»; Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок России» за 2017 г.; Итоговый отчет и презентация Минздрава России за 2017 г. (коллегия).
- ² «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».
- ³ Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок России» за 2017 г.
- ⁴ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ⁵ Со всеми дополнительными бюджетными ассигнованиями.
- ⁶ Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ», с. 25.
- ⁷ На 2018 г. действует Распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 № 2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (приложение 1, 2).
- ⁸ С 1 января 2019 г. согласно поправкам в ФЗ-323, внесенным Федеральным закон от 03.08.2018 № 299-ФЗ.
- ⁹ На 2018 г. действует Распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 № 2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (приложение 1, 2).
- ¹⁰ Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 20.10.2016 № 2203-р.
- ¹¹ «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения, и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения».
- ¹² «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С».
- ¹³ «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в рамках национального календаря профилактических прививок, для передачи федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА), а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований».
- ¹⁴ «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям».

рис. 8 – по численности населения, обеспеченного ЛП (в долях общего числа получивших). Видно, что на одну из самых объемных по численности населения программ – ОНЛС (37% получивших ЛП) затрачивается всего 20% средств, а на самые малочисленные программы «7 ВЗН» и для лечения орфанных заболеваний (2% числа получивших ЛП) тратится больше

средств – 26% (59,8 млрд руб.). Отметим, что программа ОНЛС включает бесплатное лекарственное обеспечение детей от 0 до 3 лет.

Всего на программы «7 ВЗН» и орфанных заболеваний в РФ тратится 59,8 млрд руб., или 17 \$ППС на душу населения. В «новых» странах ЕС финансирование лечения орфанных заболеваний в расчете на душу населения составляет

в среднем **11 \$ППС** (около 9 евро, 2014 г.)¹¹, в «старых» странах ЕС – **21 \$ППС** (около 17 евро¹²). Таким образом, в РФ расходы на орфанные заболевания **в 1,5 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС, и приближаются к показателям «старых» стран ЕС. Доля затрат на лечение орфанных заболеваний от общих расходов в РФ **также выше**, чем в странах ЕС, соответственно **5 и 3–4%**.

Это говорит о том, что в системе государственных закупок ЛП сложились неоптимальные балансы затрат по различным программам и в дальнейшем потребуются увеличение затрат по другим программам, кроме лечения редких заболеваний, например на обеспечение всех детей и подростков от 0 до 17 лет бесплатными лекарствами.

Динамика расходов на ЛП по государственным программам в амбулаторных условиях.

Расходы на ЛП по госпрограммам с 2005 по 2017 г. **в постоянных ценах** (2005 г. – 100%) за счет федерального бюджета **выросли на 28%**, а из регионального бюджета – **в 6,1 раза** (с учетом дополнительных расходов на орфанные заболевания с 2013 г.) (рис. 9). Все расчеты в динамике не учитывают расходы по ведомственным программам из-за отсутствия данных.

За последние 5 лет (с 2012 по 2017 г.) государственные расходы **в постоянных ценах** (2012 г. – 100%) за счет средств федерального бюджета **снизились на 17%**, а за счет средств регионов **возросли в 1,6 раза** (с учетом затрат на лечение орфанных заболеваний). При этом затраты федерального бюджета **снизились** поч-



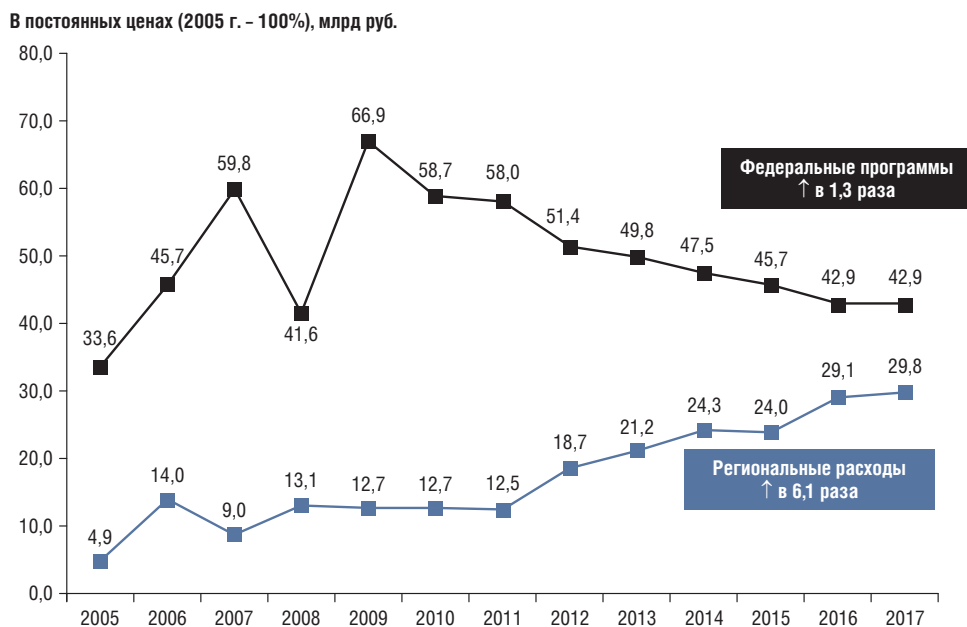
Рис. 7. Структура государственных программ обеспечения лекарственными препаратами в амбулаторных условиях по объему финансирования в 2017 г.

¹¹ В расчеты берутся только ЛП, направленные на таргетное лечение орфанных заболеваний.

¹² Deticek A., Locatelli I., Kos M. Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries // Elsevier. 2018. Vol. 21, Iss. 5. P. 553–560



Рис. 8. Структура государственных программ обеспечения ЛП в амбулаторных условиях по численности обеспеченного населения в 2017 г.



По региональным рост с 2013 г. обусловлен введением дополнительной программы «орфанных заболеваний»

Рис. 9. Динамика государственных расходов на лекарственные препараты в амбулаторных условиях по федеральным и региональным программам в постоянных ценах 2005 г.

ти по всем программам: по программе ОНЛС – **на 28%**, по программе «7 нозологий» – **на 13%**, по программе ВИЧ – **на 23%**. Лишь по программе профилактических прививок расходы выросли **на 47%** (рис. 10).

4. Объем потребления лекарственных препаратов в стационарных условиях

Объем продаж ЛП медицинским организациям в РФ в 2017 г. составил **259,9 млрд руб.**, или **1038 млн упаковок**¹³. Динамика продаж с 2012 по 2017 г. в финансовом выражении составила **72%** в текущих ценах, **14%** – в постоянных ценах (2012 г. – 100%). В упаковках объем продаж за этот период вырос на **8%** (с 2013 г.) (рис. 11). **Это говорит о том, что в стационарных условиях цены на ЛП в расчете на упаковку увеличились на 6%.**

5. Структура продаж лекарственных препаратов (по АТС-группам, по рецепту и по принадлежности к ЖНВЛП) в разрезе различных секторов¹⁴

Продажа лекарственных препаратов в аптечной сети¹⁵

По АТС-группам¹⁶ в структуре продаж через розничную сеть большую долю занимают ЛП для лечения болезней пищеварительного тракта и обмена веществ (17%), затем ЛП для лечения нервной (16%), респираторной (15%), сердечно-сосудистой системы (12%) и заболевания кожи (12%) (рис. 12).

Самые продаваемые торговые наименования ЛП населению через аптеки в порядке убы-

вания в стоимостном выражении: «Нурофен» (0,8%), «Кагоцел» и «Детралекс» (по 0,7%), «Конкор», «Кардиомагнил», «Эссенциале», «Ингавирин», «Актовегин», «Мирамистин» и «Мексидол» (по 0,6%). В натуральном выражении (упаковки) на первых местах по доле продаж «традиционные» дешевые препараты – бактерицидный пластырь, «Цитрамон» и уголь активированный.

Рецептурные ЛП в стоимостном выражении составили равные доли с безрецептурными препаратами – **по 50%**, а в натуральном выражении (упаковки) – **32% и 68%** соответственно.

ЛП из перечня ЖНВЛП (ЛП, цены на которые регулируются государством) в стоимостном выражении в розничных продажах составили почти **35%** (331 млрд руб.) от всех продаж через аптечную сеть, в упаковках – **42%** (2,1 млрд упак.). Из них **самые продаваемые ЛП** по МНН с указанием в скобках самого продаваемого торгового наименования следующие: ксилеметазолин («Тизин»), ибупрофен («Нурофен»), панкреатин («Креон»), бисопролол («Конкор»), этилметилгидро-кспипридина сукцинат («Мексидол»), имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты («Ингавирин»), амоксициллин + клавулановая кислота («Амоксиклав»), аторвастатин («Аторис»), омега-3 («Омега») и лозартан («Лориста»).

Государственные программы обеспечения населения лекарственных препаратов в амбулаторных условиях

Объем продаж ЛП по всем государственным программам в стоимостном выражении составил **232,7 млрд руб.** (с учетом ведомственных закупок), в упаковках – **80 млн** (включают только программы ОНЛС и ВЗН). В государственных программах все ЛП должны выписываться врачом **строго по рецепту**. По АТС-группам 3

¹³ По данным DSM Group, рассчитано по заключенным контрактам на приобретение ЛП.

¹⁴ Здесь и далее по разделу – по данным DSM Group (ежегодный итоговый отчет).

¹⁵ Это ЛП, приобретаемые как за счет личных средств населения, так и субсидируемые населению за счет средств государства.

¹⁶ Анатомо-терапевтическо-химическая классификация — международная система классификации лекарственных средств. Используются сокращения: латиницей АТС (от Anatomical Therapeutic Chemical) или русское: АТХ (анатомо-терапевтическо-химическая).

В постоянных ценах (2012 г. – 100%), млрд руб.

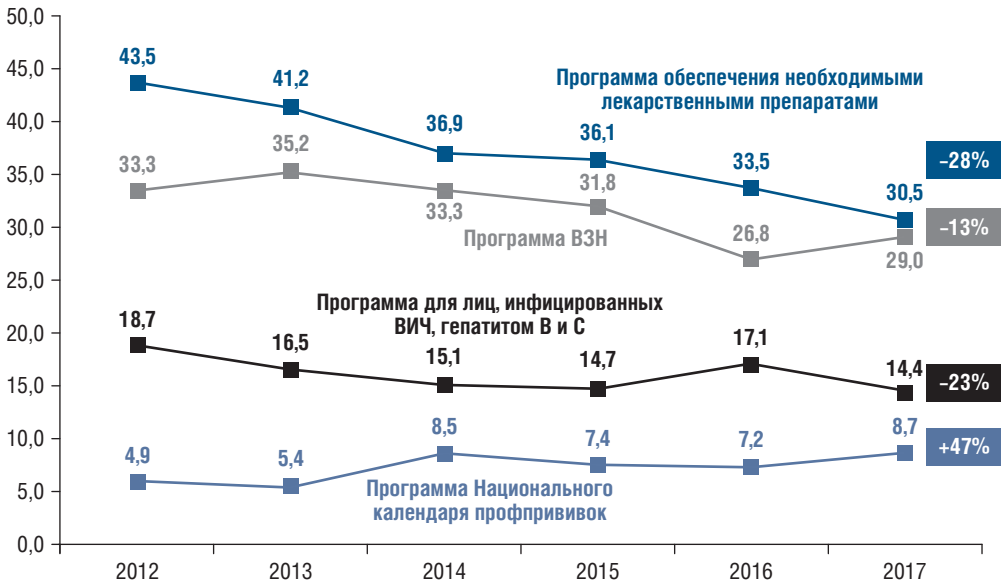


Рис. 10. Динамика государственных расходов по федеральным программам обеспечения населения лекарственными препаратами в постоянных ценах 2012 г.

Млрд руб.

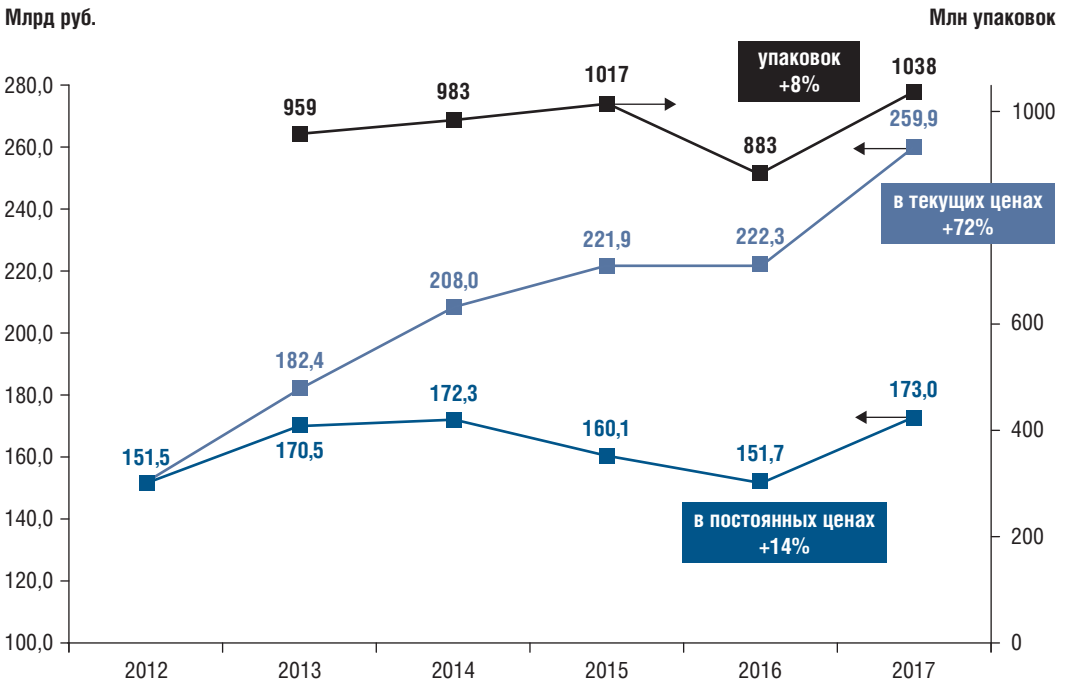


Рис. 11. Динамика государственных расходов на лекарственные препараты в стационарных условиях в текущих и постоянных ценах (2012 г. – 100%), млрд руб. и млн упаковок

из них (противоопухолевые; влияющие на кроветворение и кровь; препараты для лечения пищеварительного тракта и обмена веществ) занимают **82% рынка** в стоимостном выражении (рис. 13).

Самые продаваемые торговые наименования ЛП в стоимостном выражении: первый – «Ревлимид» (8%) производства компании Celgene, второе – «Ацеллбия» (4,4%) производства «Биокад», третье – «Аксоглатиран ФС» (2,6%) производства «Натива», а также «Адвейт», «Коагил», «Генфаксон», «Октофактор», «Борамилан», «Ребиф», «Октанат» (по 2–3% в среднем).

Госпитальный сектор

Объем продаж ЛП в госпитальном секторе в стоимостном выражении составил **259,9 млрд руб.**,

в упаковках – **1038 млн.** По АТС-группам большую долю в объемах закупок в стоимостном выражении составили противомикробные препараты системного действия (35%), противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы (16%), препараты, влияющие на кроветворение и кровь (14%) (рис. 14).

Самые покупаемые медицинскими организациями ЛП по торговым наименованиям в 2017 г. оказались (перечислено в порядке убывания по стоимостному объему): «Превенар», «Натрия хлорид», «Калерта», «Совигрипп» (по 2–3%), «Исентресс», «Интеленс», «Реа-таз», «Куросурф», «Ультравист» и «Севоран» (по 1%).

Необходимо провести анализ потребления ЛП с точки зрения их эффективности как приоб-

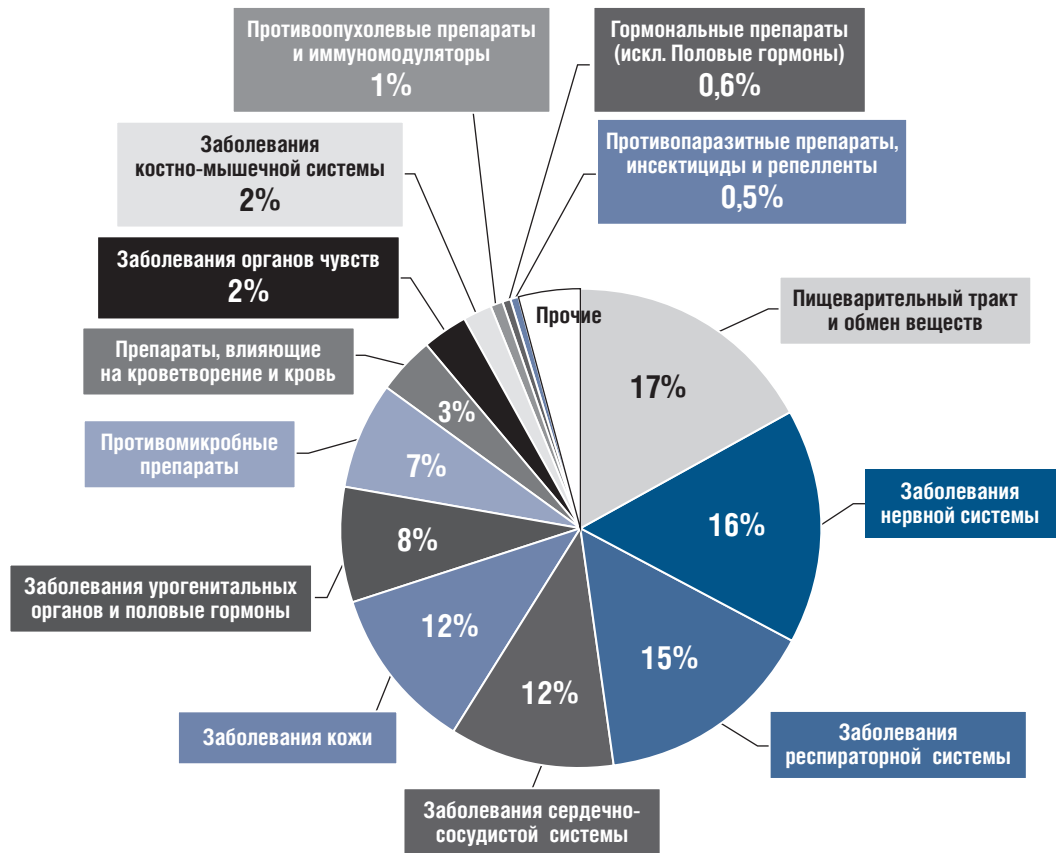


Рис. 12. Структура продаж лекарственных препаратов розничного рынка по АТС-группам в 2017 г.



Рис. 13. Структура продаж лекарственных препаратов по государственным программам по АТС-группам в 2017 г.



Рис. 14. Структура закупок лекарственных препаратов в стационарных условиях по АТС-группам в 2017 г.

ретаемым населением самостоятельно, так и по государственным программам. По итогам анализа принять корректирующие меры.

Б. Структура потребления дженериков и оригинальных лекарственных препаратов

Воспроизведенный (ранее – дженериковый) ЛП – это химический и фармацевтический аналог оригинального препарата (продукта), который произведен другим(-ими) производителем (-ями) после окончания срока действия патента на эксклюзивный сбыт этого ЛП. Большинство дженериковых препаратов выпускается на рынок под названиями, составленными из непатентованного наименования субстанции (МНН) + название или торговый знак производителя.

Референтный (ранее – оригинальный) ЛП – препарат, впервые зарегистрированный на рынке его производителем (разработчиком). Эксклюзивный сбыт оригинального ЛП защищается патентом на определенный срок. Оригинальный ЛП, как правило, имеет торговое

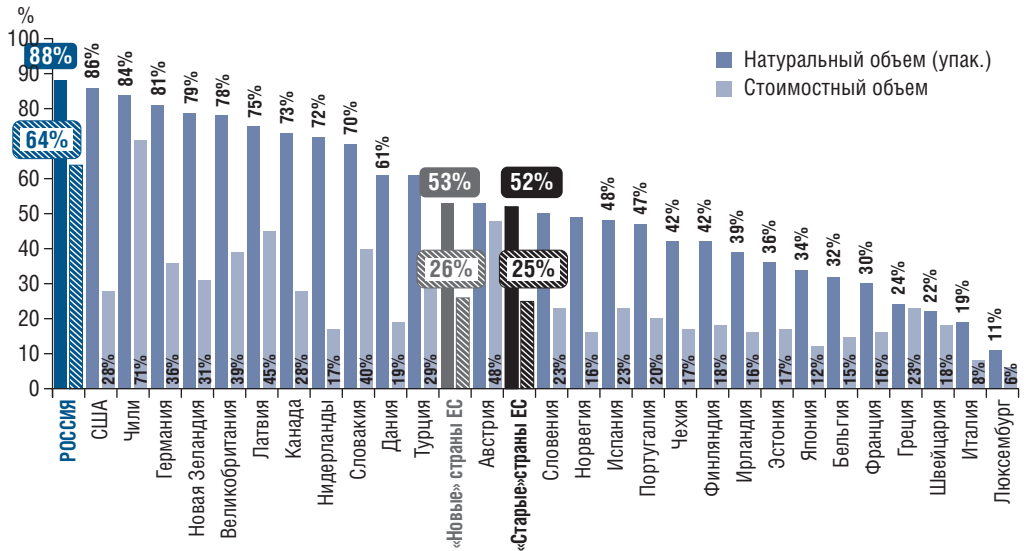
наименование (марку), присваиваемое производителем. Товарная марка ЛП (бренд) – эксклюзивное торговое наименование препарата. Для обеспечения эксклюзивности оно должно быть зарегистрировано в агентстве по охране интеллектуальной собственности (как разновидность авторского права).

Инновационный ЛП – это новый оригинальный ЛП, который не имеет аналогов в терапевтической практике по клинической эффективности и медико-социальным эффектам.

Доля потребления воспроизведенных ЛП (дженериков) в РФ **самая высокая** среди развитых стран. В стоимостном выражении она составила **64%**, что в **2,5 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем (у них – 26%) и в упаковках – **88%**, что в **1,6 раза выше**, чем у них (53%) (рис. 15).

Из этих данных можно получить отношение (коэффициент) стоимости единицы упаковки оригинального ЛП к дженерику (воспроизведенному ЛП) и сравнить этот коэффициент в РФ и странах ЕС. Для РФ он составляет **4,3** (36/12 : 64/88), а для стран ЕС **3,2** (73/47 : 26/53). Другими словами, в РФ стоимость единицы упаковки

Доля дженериков на фармацевтическом рынке, %



«Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Латвию, Словакию, Словению.
Источники: Отчет DSM Group, 2017; Health at a Glance, 2017.

Рис. 15. Доля дженериков на фармацевтическом рынке в РФ (2017) и в странах ОЭСР (2015)

оригинального препарата в **4,3** выше, чем дженерика, а в ЕС – в **3,2** раза, что на **25%** ниже, чем в РФ. Это может свидетельствовать о том, что в РФ цены на оригинальные ЛП **завышены** по отношению к воспроизведенным ЛП.

Существенное преобладание в потреблении воспроизведенных ЛП по сравнению с оригинальными ЛП в РФ (88% в упаковках) говорит о необходимости поэтапного (по мере роста общих объемов потребления ЛП) приведения соотношения дженерики/оригинальные ЛП к более оптимальным балансам. Необходимо привести стоимость оригинальных препаратов по отношению к дженерикам к более оптимальному балансу 1:3.

7. Структура потребления произведенных на территории РФ и импортируемых лекарственных препаратов

Доля отечественных ЛП в общем потреблении в стоимостном выражении составляет **30%**, а в упаковках – **61%**. Больше всего отечественные ЛП потребляют в стационарных условиях (табл. 2).

По данным DSM Group, с 2014 по 2017 г. объем импорта ЛП в РФ снизился в стоимостном выражении **на 18%** (с \$13,0 до 10,7 млрд США), в упаковках – также **на 18%** (с 3156 до 2603 млн упаковок). Это связано с мерами по поддержке отечественных производителей, в том числе введением правила «третий лишней» (Постановление Правительства РФ от 30.11.2015 № 1289), с увеличением производства ЛП на территории РФ (путем поддержки отечественного производства и локализации производств крупных зарубежных компаний).

Импорт лекарственных субстанций в Россию происходит из следующих стран в порядке убывания с указанием доли в общей стоимости их импорта: Китай (22%), Франция (19%), Индия (11%), Словения (10%), Италия (8%), Германия (8%), Швейцария (6%), Нидерланды (3%), Ирландия (3%), Венгрия (2%). Среди импортируемых в Россию субстанций самыми распространенными являются «Парацетамол» (14%), «Ацетилсалициловая кислота» (12%), «Метформин» (9%), «Кармолис» (6%), «Плантекс» (4%).

8. Наличие нелегального рынка лекарственных препаратов

К нелегальному рынку ЛП можно отнести обращение фальсифицированных ЛП (ЛП, которое сопровождается ложной информацией о его составе и производителе), недоброкачественных ЛП (ЛП, не соответствующее содержанию фармакопейной статьи или других нормативных актов) и контрафактных ЛС (ЛС, которые находятся в обороте с нарушением гражданского законодательства), в том числе не зарегистрированные ЛП. Согласно **Кодексу об административных правонарушениях** (ст. 6.28, 6.33, 14.4.2) и **Уголовному кодексу** (ст. 235.1, 238.1, 327.2), за обращение вышеуказанных средств предусмотрены следующие виды наказания: наложение административного штрафа или административное приостановление деятельности в зависимости от вида предпринимательства (физическое или юридическое лицо); наказание принудительными работами или лишение свободы со штрафом.

Для предотвращения оборота нелегальных и фальсифицированных ЛП Правительство РФ

Таблица 2. Доля отечественных и импортируемых лекарственных препаратов в России

Сектор	Доля отечественных ЛП, %	
	стоимость	упаковки
Амбулаторные условия (расходы населения)	29	59
Государственные программы в амбулаторных условиях	30	47
Стационарные условия	36	75
Всего (с учетом соответствующих весов)	30	61

предусмотрело проведение эксперимента по маркировке контрольными (идентификационными) знаками и мониторингу за оборотом отдельных видов ЛП для медицинского применения (Постановление Правительства РФ от 24.01.2017 № 62). Целями эксперимента являются:

- определение эффективности и результативности разрабатываемой системы контроля за движением на территории РФ лекарственных препаратов от производителя (импортера) до конечного потребителя в целом и каждого из участников рынка;
- определение изменений, которые необходимо внести в нормативные правовые акты РФ, регламентирующие сферу обращения лекарственных препаратов, в случае принятия решения о внедрении мониторинга за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов;
- определение технических возможностей информационной системы, в которой будет осуществляться информационное обеспечение проведения эксперимента, и необходимости ее дальнейшего развития.

Выводы

- Сегодня расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в РФ **крайне недостаточны** – они **в 2,8 раза ниже** в расчете на душу населения, чем в странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. Как следствие, население РФ вынуждено нести **в 4 раза большую** финансовую нагрузку по расходам на ЛП, чем государство. В развитых странах население несет лишь **в 2 раза большую** финансовую нагрузку на приобретение ЛП в амбулаторных условиях, чем государство.
- По всем государственным программам бесплатного лекарственного обеспечения населения **имеется существенный дефицит финансирования** (потребность превышает предусмотренные средства

как минимум на 50%). Более того, за последние 5 лет расходы по большинству государственных программ, финансируемых из федерального бюджета, **снизились** в постоянных ценах: на ОНЛС – **на 28%**, на программу «7 ВЗН» – **на 23%**, на лечение ВИЧ-инфицированных – **на 18%**.

На фоне падения реальных денежных доходов российских семей **на 9%** в постоянных ценах за данный период это легло дополнительным бременем на граждан.

- Доступ к бесплатным ЛП в амбулаторных условиях имеют **ограниченное число граждан РФ** – не более **9 млн чел.**, имеющих социальную льготу или определенное заболевание. Это ограничивает доступность ЛП для других категорий населения (в странах ЕС за счет общественных средств расходы на ЛП в амбулаторных условиях компенсируются **всем категориям населения**).
- Имеется **существенное неравенство в доступности** к ЛП по государственным программам для населения, проживающего в различных субъектах РФ. Это связано с различиями в числе льготополучателей и их потребности в ЛП, неодинаковыми подходами в формировании перечней ЛП и объемов финансирования программ в зависимости от бюджетной обеспеченности региона.
- Распределение государственных ресурсов по программам обеспечения населения ЛП в РФ **неоптимально** – на две самые малочисленные программы «7 ВЗН» и лечение орфанных заболеваний (2% получателей) затрачивается 26% средств общего финансирования. В результате расходы на лечение редких заболеваний от общих расходов на ЛС сегодня в РФ **выше**, чем в странах ЕС. Это требует установления обоснованных балансов таким образом, чтобы все нуждающиеся категории граждан имели справедливые объемы компенсации затрат на ЛП со стороны государства, например дети и подростки.

- Доля потребления оригинальных (референтных) ЛП и дженериков (воспроизведенных ЛП) в РФ **самая высокая** из развитых стран (в стоимостном выражении – **64%**, в упаковках – **88%**). Это требует поэтапного (по мере увеличения объема финансирования лекарственного обеспечения) **увеличения доли оригинальных ЛП** в общем объеме потребления ЛП. В РФ стоимость единицы упаковки оригинального препарата **в 4,3 выше**, чем дженерика, а в ЕС – **в 3,2 раза**, что **на 25% ниже**, чем в РФ.

Предложения

1. Поэтапно с 2019 по 2024 г. **увеличить в 2 раза** расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в постоянных ценах (с 233 до 470 млрд руб.).

2. Предусмотреть в РФ реализацию **программы всеобщего лекарственного обеспечения населения** в амбулаторных условиях с источниками финансирования: государственные средства (50%) и содоплаты населения (50%). Граждане, получающие сегодня ЛП по существующим программам (ОНЛС и «федеральная льгота»), доплачивать за ЛП **не должны**. Объем обеспечения населения по существующим специальным программам, требующим высоких затрат на небольшие группы населения (орфанные заболевания, «7 ВЗН»), также не должен уменьшиться и должен проис-

ходить по специальной схеме с отдельными источниками финансирования, в том числе за счет средств благотворительности.

3. В рамках программы всеобщего лекарственного обеспечения должны быть произведены **расчеты прогнозных потребностей** населения в ЛП по отдельным нозологиям, определены **единые для РФ перечни ЛП**, установлены **предельные цены** компенсации на ЛП, разработаны **оптимальные механизмы** финансирования (например, через систему ОМС), а также определены каналы дистрибуции ЛП (например, через единого государственного закупщика и частных оптовых дистрибуторов за фиксированное вознаграждение). Должны быть разработаны требования к розничным дистрибуторам и предусмотрена фиксированная оплата аптечных сетей за участие в реализации программы (например, фиксированная оплата за упаковку). Погружение в программу отдельных категорий населения должно быть **поэтапным** по мере увеличения объемов финансирования программы.

4. В рамках государственных закупок ЛП необходимо поэтапно увеличивать долю оригинальных ЛП, а также добиться оптимального соотношения цены оригинального ЛП к воспроизведенному – **1:3**.

5. Требуется провести анализ потребления ЛП в амбулаторных условиях с точки зрения **эффективности этих ЛП** и разработать программы, направленные на повышение рациональности потребления ЛП в РФ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, диплом МВА Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)
E-mail: vshouz@vshouz.ru

Калашникова Александра Владимировна – научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)
E-mail: divine8585@mail.ru

Организация специализированной медицинской помощи детскому населению Ивановской области

Москвина С.С.

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»,
Иваново

В Ивановской области сформирована 3-уровневая система оказания медицинской помощи детям. Первый уровень – центральные районные больницы, второй уровень – межрегиональные районные центры, третий уровень – ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и ОБУЗ «Областная детская клиническая больница». На базе ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» выделены дополнительные структурные подразделения – школа диабета, кабинет диагностики ретинопатии новорожденных, сурдологический центр. Выстраивание 3-уровневой системы оказания медицинской помощи и создание узкоспециализированных структурных подразделений позволяет повысить доступность медицинской помощи и своевременность ее оказания.

Ключевые слова:

организация специализированной медицинской помощи детям, детская поликлиника, 3-уровневая система оказания медицинской помощи

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 4. С. 76–82.
doi: 10.24411/2411-8621-2018-14004.

Статья поступила в редакцию: 02.10.2018. Принята в печать: 17.12.2018.

Organization of specialized medical care for children population of the Ivanovo Region

Moskvina S.S.

Ivanovo Regional Clinical Hospital, Ivanovo

In the Ivanovo Region, a three-level system for the provision of medical care to children has been formed. The first level is the central regional hospitals, the second level is the interregional district centers, the third level is the Oblast Ivanovo Regional Clinical Hospital and the Regional Children's Clinical Hospital.

On the basis of the Municipal Educational Institution of the Ivanovo Regional Clinical Hospital, structural subdivisions for the most significant nosologies have been formed – the School of Diabetes, the Department of Diagnostics of Newborn Retinopathy, Audiology Center. The alignment of the three-level system of medical care and the creation of highly specialized structural units make it possible to increase the availability of medical care.

Keywords:

organization of specialized medical care for children, children's Hospital, three-level system of medical care

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (4): 76–82.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-14004.

Received: 02.10.2018. Accepted: 17.12.2018.

Вст. 34 Федерального закона № 323 от 21.11.2012 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указано, что специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию [1]. В этом же законе отмечено, что данный вид помощи оказывается в условиях круглосуточного или дневного стационара.

В Ивановской области сформирована 3-уровневая система оказания медицинской помощи детям. Первый уровень – центральные районные больницы, второй – 6 межрайонных центров и ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», третий уровень – ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и «Областная детская клиническая больница» (рис. 1).

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения № 243 от 27.10.2016 «Об утверждении коечной мощности областных бюджетных учреждений здравоохранения Ивановской области на 2017 год» распределение коечного фонда выглядит следующим образом: круглосуточный стационар педиатрического профиля организован в 8 районах Ивановской

области: Тейковском (15 коек), Фурмановском (15 коек), Комсомольском (5 коек), Шуйском (25 коек), Вичугском (15 коек), Родниковском (10 коек), Южском (5 коек). В Кинешемском, самом крупном районе Ивановской области организовано 50 коек круглосуточного стационара педиатрического профиля и 10 коек неонатологического профиля (второй этап выхаживании новорожденных). ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» обслуживает Кинешемский, Заволжский и Юрьеvecкий районы, что составляет около 30 тыс. детей. Инфекционные койки для детей располагаются в Шуйском (10 коек), Кинешемском



Рис. 1. 3-уровневая система организации медицинской помощи детям

(20 коек), Фурмановском (15 коек) районах и в ОБУЗ «Ивановская городская клиническая больница № 1». В 14 из 18 районов Ивановской области развернуты койки дневного пребывания педиатрического профиля.

Письмом Министерства здравоохранения «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 и на плановый период 2018 и 2019 годов» определены правила расчета коечной мощности системы здравоохранения в регионе. В Ивановской области расчет коечной мощности проводится по численности населения, без учета заболеваемости [2]. В соответствии с нормативом в каждом из перечисленных выше районов идет превышение количества педиатрических коек (см. таблицу). Однако в данном письме указано, что выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, следует осуществлять за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда, а не за счет сокращения коек, в том числе развернутых в отдаленных районах.

Первичная специализированная медицинская помощь детям сконцентрирована в двух медицинских организациях – консультативно-диагностической поликлинике для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и городском консультативно-диагностическом центре для детей ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4». Основными учреждениями Ивановской области, которые оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную,

медицинскую помощь детям являются ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и «Областная детская клиническая больница» (рис. 2).

Консультативно-диагностическая поликлиника для детей обслуживает все детское население Ивановской области (за исключением г. Иваново), т.е. около 90 тыс. человек. Работу ведут врачи по 15 специальностям (аллерголог, гастроэнтеролог, эндокринолог, кардиолог, ревматолог, уролог, хирург, гематолог, онколог, невролог, нефролог, ЛОР, офтальмолог, пульмонолог, сурдолог).

За 2017 г. поликлинику посетили 49 489 детей в возрасте от 0 до 18 лет, что составляет 26,6% детского населения Ивановской области. Наиболее востребованные специалисты – невролог (12,6% общего числа посещений), офтальмолог (10,5%), уролог (9,7%), ЛОР (9,3%), гематолог (9%). В соответствии с нормативом план посещений с профилактической и иной целью для детского населения по всем специальностям составляет 815 676. На долю консультативно-диагностической поликлиники для детей приходится около 6% общего объема посещений (план посещений консультативно-диагностической поликлиники для детей на 2017 г. – 49 195). Однако если из общего норматива выделить количество посещений по специальностям, которые представлены в поликлинике, то получится, что у специалистов Ивановской областной клинической больницы отмечено 54% посещений. Поскольку первичная специализированная помощь детям г. Иваново оказывается в Городском консультативно-диагностическом центре, где

Фактическое и нормативное распределение коечной мощности по профилю «Педиатрия»

Район	Норматив коек	Фактическое количество коек
Вичугский	12	15
Кинешемский	30	50
Тейковский	10	15
Фурмановский	9	15
Шуйский	21	25
Комсомольский	4	5
Родниковский	8	10
Южский	5	5



Рис. 2. Схема специализированной медицинской помощи

обслуживается 50% общего количества детей Ивановской области, распределение количества посещений с профилактической целью соответствует потребностям населения и нормативным показателям.

В 2017 г. план посещений в консультативно-диагностической поликлинике для детей был снижен на 2558 случаев, что связано с исключением из штатного расписания должности гинеколога. На протяжении последних 3 лет количество посещений поликлиники оставалось практически неизменным – немногим более 50 тыс. ежегодно. Соответствие сроков ожидания на прием к специалистам (не более 14 дней) и ежегодное выполнение поликлиникой плана по посещениям говорят о сбалансированности Программы государственных гарантий в первичной специализированной медико-санитарной помощи детям.

В составе ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» 7 отделений для детей: кардиоревматологическое на 30 коек, гастроэндокринологическое на 30 коек круглосуточного и 5 коек дневного пребывания, психоневрологическое на 25 коек, отделение гематологии, химиотерапии и онкологии на 25 коек, уроандрологическое отделение на 20 коек круглосуточного и 5 коек дневного пребывания, офтальмологическое на 20 коек круглосуточного и 5 коек днев-

ного пребывания, ЛОР-отделение на 30 коек, 3 койки челюстно-лицевой хирургии для детей и 1 койка по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия».

За 2017 г. в детские отделения госпитализированы 6846 детей в возрасте от 28 дней до 18 лет. За период 2015–2017 гг., несмотря на ежегодное сокращение коек (2015 г. – 190 коек, 2016 г. – 185, 2017 г. – 180 коек), растет количество госпитализаций (2015 г. – 6013 случая, 2016 г. – 6775, 2017 – 6846 случаев). Соответственно ранее представленным показателям увеличивается работа койки в году до 362,2 (план 330) дней и уменьшается средняя продолжительность лечения с 9,7 до 9,5. По нормативам, указанным в Программе государственных гарантий, в 2017 г. количество госпитализаций детей по профилям, которые представлены в Ивановской областной больнице, составляло 8905 случаев, т.е. более 76% госпитализаций для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям осуществлено в ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Аналогичная тенденция прослеживается за предыдущие 3 года.

Наибольшее количество госпитализаций осуществлено в оториноларингологическое отделение для детей – 23,2%. Примерно в половине случаев (55,6%) пациенты поступали для

проведения плановой аденэктомии. Около 17% пациентов пролечены в отделении офтальмологии для детей, где основным показанием к госпитализации являлось лечение миопии (50%). В урологическое отделение для детей количество госпитализаций составило 15% от общего числа. Таким образом, востребованность хирургических отделений является наиболее высокой, что связано с централизацией данных видов помощи детям и дефицитом кадров на уровне первичной специализированной медико-санитарной помощи на амбулаторном этапе, особенно в районах Ивановской области.

Достаточно высоким в 2017 г. остается показатель аномалий развития различных органов и систем – 9% общего числа госпитализаций. Наиболее часто встречаются врожденные аномалии развития сердечно-сосудистой системы. Примерно 3% всех госпитализаций – это травмы и отравления различной степени. Стабильно высоким остается количество госпитализаций детей с сахарным диабетом, около 95% детей, стоящих на диспансерном учете в Ивановской области с данным заболеванием, ежегодно получают стационарное лечение.

С учетом порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология» и стандарта оказания специализированной медицинской помощи детям с инсулинозависимым сахарным диабетом на базе гастроэндокринологического отделения в 2017 г. организована Школа диабета, где проводятся занятия с детьми, страдающими сахарным диабетом, и их родителями [3, 4]. Около 70% пациентов поступают с кетоацидозом, что говорит о недостаточном самоконтроле заболевания и неполном осознании важности и значимости правильного питания и режима в лечении сахарного диабета. Школа осуществляет следующие функции: оказание консультативной помощи детям и их родителям (законным представителям), обучение технике введения инсулинов, обучение проведению самоконтроля уровня глюкозы в крови, обучение детей и их родителей навыкам здоровьесберегающего образа жизни, включая правильное питание. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения официально признала

обучение полноправным методом лечения хронических заболеваний, по значимости равным медикаментозному и хирургическому [5].

За период 2017 г. в ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» выполнено 218 случаев высокотехнологичной медицинской помощи детям по следующим по профилям «Оториноларингология», «Гастроэнтерология», «Урология», «Онкология», «Гематология», «Офтальмология». Так, при язвенном колите и болезни Крона III и IV степени активности, гормонозависимых и гормонорезистентных формах, тяжелой форме целиакии применяется поликомпонентная терапия генно-инженерными лекарственными препаратами под контролем иммунологических, морфологических, гистохимических инструментальных исследований. При онкологических заболеваниях проводится комплексная и высокодозная химиотерапия острых лейкозов, высокозлокачественных лимфом, рецидивов и рефрактерных форм лимфопролиферативных и миелолиферативных заболеваний. По профилю «Урология» выполняются реконструктивно-пластические операции на органах мочеполовой системы.

На базе консультативно-диагностической поликлиники для детей функционирует сурдологический центр, в котором проводится второй этап аудиологического скрининга новорожденных. За 2017 г. скрининг прошли 93 ребенка. Нарушений слуха, требующих кохлеарной имплантации, не выявлено.

В детском офтальмологическом отделении организован кабинет ретинопатии недоношенных, потому что данная патология является одной из актуальных проблем детской офтальмологии. Это связано в том числе с увеличением количества преждевременных родов и выхаживанием большого числа недоношенных. Раннее выявление, динамическое наблюдение и лечение ретинопатии является фактором, снижающим инвалидизацию недоношенных детей [6]. За 2017 г. в кабинете ретинопатии приняты 142 пациента, что составило 23% общего количества детей, рожденных недоношенными в Ивановской области. У 30% выявлена ретинопатия, 3 ребенка прооперированы с использованием высоких технологий.

Исходя из вышеуказанных данных в Ивановской области коечная мощность по специализированной помощи детям соответствует нормативам, установленным Министерством здравоохранения РФ, однако отмечается значительное превышение коечной мощности по профилю «Педиатрия» (норматив 230 педиатрических коек, фактическое значение – 349). Наиболее заметное превышение в районах Ивановской области, однако для обеспечения

доступности медицинской помощи в сельской местности сокращение коечного фонда не осуществляется.

Выстраивание четкой модели трехуровневой системы оказания медицинской помощи, формирование отдельных структурных подразделений внутри медицинских организаций по наиболее значимым нозологиям позволяют повысить доступность и своевременность оказания медицинской помощи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Москвина Светлана Сергеевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по педиатрии ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» (Иваново)
E-mail: cweta_s@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

2. Информационно-методическое письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология»: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139609/

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 № 707н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при инсулинзависимом сахарном диабете»: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142196/

5. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний. Отчет рабочей группы В03,1998.

6. Дегтярев Д.Н., Кан И.Г., Асташева И.Б., Дегтярева А.В. Частота и тяжесть проявления ретинопатии у недоношенных детей в зависимости от уровня организации перинатальной и неонатологической помощи. Сб. трудов науч.-практ. конф. с междунар. участием «Ретинопатия недоношенных – 2013». М., 2013. С. 57–61.

REFERENCES

1. The federal law "On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation" from 21.11.2011 N 323-FZ: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/(in Russian) (in Russian)

2. Information and methodical letter of the Ministry of Health of Russia from 12.23.2016 N 11-7/10/2-8304 "On

the formation and economic justification of the territorial program of state guarantees for free provision of medical care to citizens for 2017 and for the planned period 2018 and 2019". (in Russian)

3. Order of the Ministry of Health of Russia from 12.11.2012 N 908n "On approval of the order of rendering medical aid on the profile of" pediatric endocri-

nology": http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139609 (in Russian)

4. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation 09.11.2012 from N 707n "On approval of the standard of specialized medical care for children with insulin-dependent diabetes mellitus." Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142196. (in Russian)

5. Therapeutic training of patients. Continuing education programs for health workers in the field of chronic

disease prevention. Report of the WHO Working Group, 1998. (in Russian)

6. Degtyarev D.N., Kan I.G., Astasheva I.B., Degtyareva A.V. Frequency and severity of manifestation of retinopathy in premature infants depending on the level of organization of perinatal and neonatal care. Sat. works of scientific-practical. Conf. with international participation "Retinopathy of prematurity – 2013". Moscow, 2013: 57–61. (in Russian)



ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК

АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ

2019

Москва, Административное Здание по адресу:
ул. Новый Арбат, д. 36 (м. Смоленская).

11
марта

«Парадигмы амбулаторной практики»

Заявка по учебному мероприятию
представлена в Комиссию по оценке НМО.
Регистрация открыта на сайте www.mediexpo.ru



ТОЛЬКО ВМЕСТЕ. ТОЛЬКО ВПЕРЕД
ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ»

М + Э МЕДИ Экспо

УЧАСТИЕ В СЕССИЯХ БЕСПЛАТНОЕ!

kafedrakf@mail.ru | reg@mediexpo.ru | +7 (495) 721-88-66 | www.mediexpo.ru | ambulatory-doctor.ru



Москва
2–4 апреля
2019 года

XXV ЮБИЛЕЙНЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ

Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы



Организаторы Конгресса:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Российское общество по контрацепции
- Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»



при участии

- Европейского общества гинекологов (ESG)
- Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC)
- Европейской Ассоциации по цервикальному раку (ECCA)

М+Э МЕДИ Экспо

Конгресс-оператор:
ООО «МЕДИ Экспо»

Тел.: +7 (495) 721-88-66



Место проведения Конгресса:

Москва, ул. Академика Опарина, д.4
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
Минздрава России

КУРС ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
**«ЭФФЕКТИВНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

Специальность: Организация здравоохранения и общественное здоровье (144 ак.ч.)

О КУРСЕ

Системный подход к управлению в сочетании с практическими инструментами. Лекторы курса — опытные руководители здравоохранения, делятся навыками эффективного управления и собственным опытом успешных преобразований в условиях ограниченных финансовых и кадровых ресурсов.

О ПРОГРАММЕ

- Системные знания по организации здравоохранения, ключевые балансы и принципы финансирования отрасли
- Углубленное изложение основ и практики стратегического и проектного управления в здравоохранении
- Управление качеством медицинской помощи, в том числе при прохождении аккредитации на соответствие международным стандартам (JCI)
- Пошаговый порядок добровольной сертификации на соответствие требованиям Росздравнадзора, аудит зон риска медицинских организаций
- Вопросы управления нацпроектом «Здравоохранение» в субъектах РФ
- Передовые методы управления медицинской организацией
- Разбор управленческих ситуаций по методике Гарвардского университета

ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА В МОСКВЕ В 2019 г.

ФЕВРАЛЬ	04.02.19 – 24.02.19	дистанционно	СЕНТЯБРЬ	26.08.19 – 15.09.19	дистанционно
	25.02.19 – 04.03.19	очно		16.09.19 – 23.09.19	очно
ИЮНЬ	27.05.19 – 16.06.19	дистанционно	НОЯБРЬ	01.11.19 – 24.11.19	дистанционно
	17.06.19 – 24.06.19	очно		25.11.19 – 02.12.19	очно

www.vshouz.ru
115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 13, стр. 11
+7 (985) 278 9235 +7 (495) 662 8096
vshouz@vshouz.ru



Нужна информация
по лекарственному препарату?

Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



ЛС ГЭОТАР

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ
СПРАВОЧНИК



Научные
публикации



Действующие
вещества



Торговые
названия

МКБ-10 | АТХ | КФУ | Компании

Непатентованные наименования от 'якорцев' до 'янтарная'

А Б В Г Д Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Ш Э Я

1 L R

Якорцев стелющихся травы экстракт

- Другие гиполипидемические средства
- Другие средства, регулирующие функцию органов мочеполовой системы и репродукцию

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

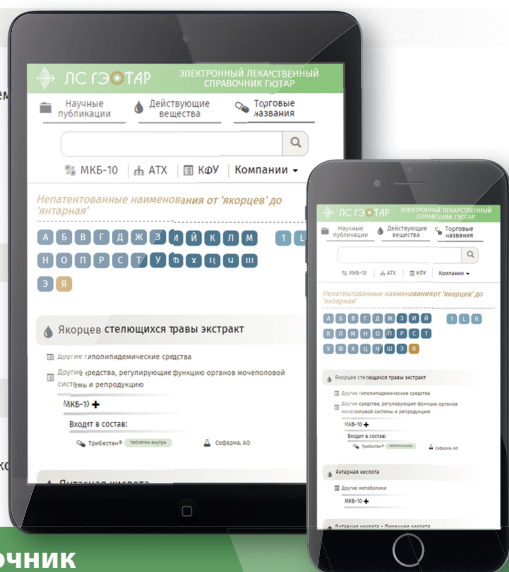
- Другие метаболиты

МКБ-10 +

Янтарная кислота + Лимонная кислота

- Антигипоксанты и антиоксиданты
- Средства для коррекции нарушений при алкоголизме, токсико- и наркомании

МКБ-10 +



Самый полный и достоверный справочник
в свободном доступе для врачей:

- ✓ Официальные инструкции Минздрава РФ
- ✓ Полные описания всех зарегистрированных препаратов и действующих веществ
- ✓ Обновление информации в онлайн-режиме
- ✓ Бесплатный доступ для врачей и студентов
- ✓ Интеграция с образовательными модулями и библиотеками врача, студента



www.lsgeotar.ru

ЗАКАЖИ МЕДИЦИНСКУЮ ЛИТЕРАТУРУ

МЕД  **КНИГА**
С Е Р В И С

8-800-555-999-2

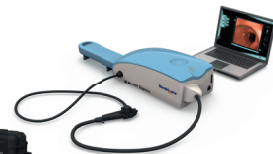
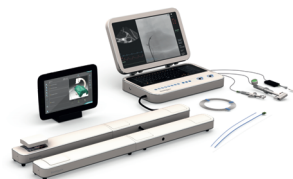
www.medknigaservis.ru

- ➔ Более **5000** наименований книг
- ➔ Подписка на медицинские журналы
- ➔ Акции, скидки и подарки покупателям
- ➔ Электронные библиотеки
- ➔ Заказ товара **24 часа** в сутки
7 дней в неделю
- ➔ Быстрая доставка
- ➔ Разные способы оплаты



ГЭОТАР

ПОЛНЫЙ СПЕКТР ВИРТУАЛЬНЫХ СИМУЛЯТОРОВ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ



ГЭОТАР

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.

Тел.: +7 (495) 921-39-07, +7 (916) 876-98-03.

E-mail: info@geotar-med.ru, www.geotar-med.ru