

# **Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг.**

## **I. Общие положения**

Положения настоящей Стратегии определяют приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения, а также задачи, решение которых направлено на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации на основе обеспечения повышения доступности и качества медицинской помощи; увеличения продолжительности жизни, снижения уровня смертности, роста рождаемости с целью долгосрочного развития, а также устойчивого существования данной отрасли Российской Федерации.

Настоящая Стратегия основывается на положениях и нормах Конституции Российской Федерации, международного права, международных договоров Российской Федерации в области охраны здоровья; Федерального закона от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации», иных федеральных законов, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р и других актов Президента и Правительства Российской Федерации.

### **Основными принципами настоящей Стратегии являются:**

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- приоритет охраны здоровья матери и ребенка;
- доступность и качество медицинской помощи;
- инновационное развитие медицины;
- открытость в диалоге с гражданским обществом.

## **II. Современное состояние и комплексные проблемы в области охраны здоровья граждан в Российской Федерации**

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

**Государство является гарантом социальной защиты интересов**

**граждан Российской Федерации в охране здоровья.**

**Основные расходы на бесплатное оказание медицинской помощи населению несет государство.** Так, за последние 10 лет (2004–2013 годы) финансовое обеспечение здравоохранения за счет средств государственных бюджетов и фонда ОМС возросло в 3,7 раза. В 2013 году государственные расходы составили 1,95 трлн. руб., или 79% от общей суммы расходов на медицинскую помощь (частные средства составили 21%, или 519,6 млрд. руб.).

**Основным механизмом планирования и распределения государственных финансовых средств на оказание медицинской помощи, в соответствии с необходимыми ее объемами, является Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа государственных гарантий).** Финансовое наполнение Программы государственных гарантий составляет 2,4% от ВВП (2014 год).

Приоритетной задачей реализации Программы государственных гарантий является **обеспечение доступности и качества медицинской помощи**, удовлетворяющей потребностям населения, при эффективном использовании государственных ресурсов.

В настоящее время **наиболее эффективными, доказанными и международно-признанными являются здоровье-сберегающие технологии**, основанные на:

проведении массовых направленных скринингов здоровья в рамках диспансеризации и профилактических осмотров (определение индивидуального интегративного риска развития неинфекционных заболеваний, раннее выявление сосудистых, онкологических и других заболеваний),

диспансерном наблюдении лиц, страдающих хроническими заболеваниями или имеющих серьезный интегративный риск развития острых заболеваний,

максимально ранней коррекции факторов риска и повышении приверженности населения к лечению болезней на стадиях их максимальной излечимости,

массовой иммунопрофилактике в рамках Национального Календаря прививок,

координированной, четкой и быстрой работе служб неотложной, скорой и экстренной специализированной медицинской помощи – в случае возникновения острой патологии,

развитой специализированной медицинской помощи с увеличением доли высокотехнологичной медицинской помощи,

междисциплинарной медицинской реабилитации.

Для направленного развития системы здравоохранения и улучшения здоровья населения **параметры Программы государственных гарантий**

**позволяют планировать динамику распределения объемов медицинской помощи** с постепенной концентрацией ресурсов на наиболее эффективных здоровье-сберегающих технологиях. Эти же технологии являются и наиболее ресурсосберегающими, что обеспечивает повышение эффективности работы всей системы.

С 2013 года заложен вектор на рост объемов медицинской помощи и расходов в первичном звене здравоохранения – на помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, включая, прежде всего, диспансеризацию и профилактические осмотры, совершенствование медицинской помощи в неотложной форме, а также помощи, оказываемой в дневных стационарах, в том числе всех видов малой (амбулаторной) хирургии и других стационарозамещающих технологий. Впервые введены нормативы на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и паллиативную медицинскую помощь. Наряду с этим, взят курс на повышение эффективности круглосуточной стационарной медицинской помощи и перераспределение части ее объемов в дневные стационары и реабилитационные и паллиативные подразделения.

Современные подходы к управлению здоровьем требуют не только перераспределения объемов медицинской помощи, но и **пересмотра инфраструктуры здравоохранения**, которая должна соответствовать потребностям населения, обеспечивать оказание медицинской помощи в заданных объемах по видам и формам, но при этом не быть избыточной и оставаться эффективной.

В соответствии с обозначенными направлениями, требуется расширение сети медицинских амбулаторных организаций первичного звена и дневных стационаров с существенным их комплексным развитием.

Необходим пересмотр коечного фонда, решение вопросов о его технологическом развитии, перепрофилизации с учетом развития служб медицинской реабилитации и паллиативной помощи, а также повышении эффективности с достижением максимальной отдачи от имеющихся финансовых, материальных и кадровых ресурсов.

Для оптимального распределения медицинских мощностей (современной медицинской техники и лабораторного оборудования, медицинских кадров разных профилей и специальностей) создается трех-уровневая система оказания медицинской помощи, в том числе в стационарном сегменте. Впервые, наряду с первичным и региональным (третьим) уровнями, внедрен второй – межмуниципальный, межрайонный – уровень, который позволяет оказывать специализированную помощь высоких квалификаций и качества при жизнеугрожающих состояниях (остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда, инсультах, тяжелых травмах, комах и др.). За счет правильного размещения на территории региона медицинских центров второго уровня удастся доставить больного из любой точки региона в течение «золотого часа» и эффективно снизить смертность от всех основных причин.

Планирование структурных преобразований системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации осуществляется с учетом достигнутого ресурсного и кадрового состояния региональной системы здравоохранения, исходя из особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатических и географических особенностей региона, плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций на территории субъекта Российской Федерации.

Территориальная специфика наполнения и реализации Программы государственных гарантий не должна искажать основных нормативов и трендов, заложенных в ней. Поэтому необходимо усиление **государственного контроля** за формированием и реализацией территориальных программ государственных гарантий, за соблюдением единых для страны требований к порядкам и условиям бесплатного оказания медицинской помощи и обеспечением равных прав граждан на охрану здоровья населения на всей территории Российской Федерации.

**Государство является учредителем и собственником 68%** медицинской инфраструктуры (5724 из 8419 медицинских организаций разного уровня и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности).

**Государство реализует целевые программы развития здравоохранения:** приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006–2014 гг.), программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг. и 2014–2016 гг.), региональные программы развития отрасли. Это позволяет поддерживать и обновлять материально-техническую базу государственных и муниципальных учреждений здравоохранения на всей территории страны, создавая условия для внедрения в практику современных медицинских технологий и, тем самым, повышая доступность и качество медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Вместе с тем, законодательно закреплено, что **в Программе государственных гарантий могут участвовать медицинские организации любой формы собственности и ведомственной принадлежности.**

Увеличение тарифов на медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий привело к их экономической привлекательности для частных медицинских организаций. Вследствие этого, количество частных медицинских организаций, участвующих в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий, возросло за последние четыре года более чем в два раза (с 618 в 2010 году до 1645 в 2014 году).

Включение в Программу государственных гарантий медицинских организаций частной формы собственности позитивно влияет на систему здравоохранения, в целом, так как развивает конкурентную среду в сфере оказания медицинской помощи, повышая ее качество и доступность.

Современная нормативная база определяет единые требования к инфраструктуре здравоохранения, логистике оказания медицинской помощи,

ее качеству и доступности, квалификации медицинских работников, для медицинских организаций разной формы собственности и ведомственной принадлежности.

С учетом увеличения числа негосударственных медицинских организаций, а также объемов медицинской помощи, оказываемой ими в рамках Программы государственных гарантий, **важнейшей функцией государства остается контроль и надзор за всей системой здравоохранения**, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинских организаций и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности.

Наряду с организационными положениями, государство устанавливает **Порядки оказания медицинской помощи разного профиля, критерии качества медицинской помощи разного профиля и вида**, а также другие нормативные акты, регламентирующие доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи.

Являясь учредителем и собственником 96,7% организаций, лицензированных к образовательной деятельности в области медицины, государство устанавливает **образовательные стандарты и типовые образовательные программы**, а также формирует **профессиональные стандарты и критерии аккредитации медицинских работников** (к 2016 году).

Эти документы, в соответствии с законодательством, разрабатываются совместно с **экспертным медицинским сообществом** (аппарат главных внештатных специалистов Минздрава России и их экспертные комиссии, профессиональные медицинские организации – Национальная Медицинская Палата, профильные медицинские общества и ассоциации, Совет ректоров медицинских ВУЗов и др.).

Кроме того, с 2013 года, при координирующей роли Минздрава России, экспертное медицинское сообщество самостоятельно разрабатывает и утверждает **клинические рекомендации** (протоколы лечения).

Таким образом, Конституция и законодательство Российской Федерации, широта государственных гарантий в сфере здравоохранения обуславливают **необходимость выполнения государством функций:**

разработчика и координатора государственной политики в сфере здравоохранения, а также единой нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения, единых требований к доступности и качеству медицинской помощи, к уровню подготовки и квалификации медицинских работников, координатора территориального планирования инфраструктуры здравоохранения, заказчика необходимых объемов медицинской помощи по видам и формам ее оказания,

собственника (учредителя) наиболее значимых для отечественного здравоохранения медицинских организаций и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности,

единого централизованного органа контроля и надзора за доступностью и качеством медицинской помощи.

В то же время, если до начала 90-х годов **финансовое обеспечение** отечественного здравоохранения осуществлялось на основе централизованной государственной модели по сметному принципу с использованием централизованного планирования и жесткой вертикали управления, то с переходом от плановой к рыночной экономике и с изменением государственного устройства (разделение полномочий между федеральным уровнем власти и субъектами Российской Федерации) должна была измениться и система финансового обеспечения российского здравоохранения.

С 1991–1993 годов в стране были внедрены механизмы обязательного медицинского страхования (ОМС), что привлекло значительные дополнительные ресурсы в здравоохранение, включило принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления.

Однако запуск страховых механизмов был осуществлен при снижении централизованных контролирующих функций государства и отсутствии единых смысловых и финансовых нормативов. В каждом регионе страны ОМС внедрялось с резко выраженной спецификой, на основе разных финансовых и экономических возможностей, что привело к серьезным межрегиональным различиям в развитии здравоохранения и в соблюдении государственных гарантий по оказанию медицинской помощи населению. К 2008 году различия в подушевом финансовом нормативе базовой программы ОМС между регионами достигали 25-кратного размера. Наряду с этим, сохранялась многоканальность финансирования здравоохранения, что усугубляло межрегиональные различия в финансовом обеспечении отрасли. С учетом недофинансирования здравоохранения в целом, большинство государственных гарантий, продекларированных в соответствующей Программе, на деле не покрывались финансированием. В практику вошли теневые соплатежи населения за все основные виды медицинской помощи.

Двадцать лет ушло на становление и развитие страховой медицинской системы. Лишь с 2013 года базовая программа ОМС начала функционировать на основе единого подушевого финансового норматива, что позволило вернуться к принципам солидарности и социального равенства в обеспечении главного права каждого человека – на сохранение здоровья и жизни. С 2013 года внедрена разработанная единая тарифная система ОМС, единые способы оплаты медицинской помощи. Осуществлен поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование с «погружением» в ОМС основных видов медицинской помощи, включая 459 высокотехнологичных методов.

В настоящее время базовая программа обязательного медицинского страхования является финансовой основой Программы государственных

гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

В результате проводимых в последние годы мероприятий по совершенствованию здравоохранения в Российской Федерации отмечается **улучшение демографической ситуации**, отражающее устойчивую положительную тенденцию к снижению материнской и младенческой смертности и смертности населения по всем основным группам заболеваний и увеличению продолжительности жизни. В 2013 году естественный прирост населения превысил 24 тыс. человек. Этот результат достигнут, в основном, за счет снижения смертности населения. И такая тенденция сохраняется.

По результатам 2013 года, ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 0,53 года по сравнению с 2012 годом и достигла 70,8 лет. У женщин продолжительность жизни увеличилась на 0,7 года и составила 76,3 года, у мужчин – на 1,1 года – 65,1 года.

Вместе с тем, в российском здравоохранении сохраняются **факторы, снижающие его эффективность и качество оказываемой медицинской помощи**.

Требует совершенствования и развития система медицинского страхования.

Структура оказываемой медицинской помощи еще остается смещенной в сторону наиболее затратной, оказываемой в условиях стационара, при этом работа круглосуточной койки требует повышения эффективности и интенсификации.

Не во всех регионах страны достроена трехуровневая система здравоохранения, в том числе по оказанию медицинской помощи матерям и детям.

Необходимо развитие первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе с расширением диспансеризации, профилактических программ и повышением их качества, улучшением условий работы медицинского персонала, развитием диагностической, патронажной и реабилитационной служб.

Требуется расширение сети дневных стационаров с активным внедрением методов амбулаторной хирургии и других стационарозамещающих технологий, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи, обеспечивающей своевременность и качество медицинских мероприятий при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Также необходимо дальнейшее совершенствование системы оказания специализированной медицинской помощи, увеличение доли оказания высокотехнологичной медицинской помощи в общей структуре оказания медицинской помощи в стационарных условиях. При этом особое внимание должно быть сконцентрировано на развитии системы медицинской реабилитации, в том числе путем создания и организации работы

мультидисциплинарных реабилитационных бригад, а также системы паллиативной медицинской помощи населению, в том числе детям.

Современная система здравоохранения невозможна без развития информатизации – повсеместного внедрения медицинской электронной информационной системы, личного кабинета пациента, рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, доступа к электронным информационным и обучающим ресурсам, а также телемедицинских технологий.

Чрезвычайно важно продолжить работу по созданию национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения) для обеспечения единообразных подходов к оказанию медицинской помощи на территории страны.

Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников. С 2016 года планируется поэтапный переход на аккредитацию всех врачей и медицинских сестер на основе разрабатываемых профессиональных стандартов, критериев аккредитации, учитывающих современные клинические рекомендации (протоколы лечения). Должна быть усовершенствована и система непрерывного медицинского образования, в том числе дистанционного.

Требуется устранение дисбаланса в распределении медицинских работников по уровням и условиям оказания медицинской помощи. Необходимо развитие целевой системы подготовки в высших учебных заведениях и ординатуре, создание всероссийской базы вакансий в медицинских организациях.

Необходимо совершенствование системы лекарственного обеспечения населения и обеспечения медицинскими изделиями, а также всего цикла обращения медицинской продукции.

Требуется создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, основанной на принципе разграничения разрешительных и контрольных функций, внедрения системы управления качеством в деятельность медицинских организаций, что позволит снизить контрольную нагрузку на хозяйствующие субъекты, исключить дублирование контрольно-надзорных функций и полномочий между Росздравнадзором и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

### **III. Цели Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на долгосрочный период**

Для достижения максимально возможного уровня развития отечественного здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны необходимо формирование **Национальной системы здравоохранения** – системы, объединяющей все медицинские службы и организации, независимо от формы их собственности и ведомственной

принадлежности, и работающей в рамках единого нормативного и правового поля (единых требований к качеству и доступности медицинской помощи, квалификации медицинских работников и др.), а также единого государственного, экспертного и общественного контроля.

#### **Основные направления развития Национальной системы здравоохранения Российской Федерации:**

1. Совершенствование Программы государственных гарантий.
2. Развитие обязательного медицинского страхования на основе принципов солидарности и социального равенства, расширения страховых принципов.
3. Развитие дополнительного медицинского страхования (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не входящих в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.
4. Развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении.
5. Развитие медицинских профессиональных некоммерческих организаций, сформированных по территориальному и профильному профессиональному принципам.
6. Введение обязательной аккредитации медицинских работников.
7. Выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения.
8. Развитие информатизации здравоохранения.
9. Совершенствование обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.
10. Ускоренное инновационное развитие здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований.
11. Расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля.
12. Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья и повышение роли России в глобальном здравоохранении.

#### **IV. Задачи развития Национальной системы здравоохранения**

##### **1. Совершенствование Программы государственных гарантий в рамках Национальной системы здравоохранения:**

- четкое определение видов, форм и условий медицинской помощи, входящих в Программу государственных гарантий;
- конкретизация условий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и медицинского обеспечения отдельных категорий граждан;
- завершение формирования в субъектах Российской Федерации трех-уровневой системы оказания медицинской помощи в целях обеспечения качества и своевременности (доступности) ее оказания.

Совершенствование **первичной медико-санитарной помощи** с учетом приоритета широкомасштабной профилактики на основе как

популяционных, так и персонифицированных методов, с развитием телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

**Профилактика неинфекционных заболеваний**, в том числе **формирование здорового образа жизни** – важнейший компонент деятельности структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, направленного на изменение отношения человека к собственному здоровью и значительному повышению меры собственной ответственности за его сохранение и поддержание активного долголетия.

Основным звеном в реализации этой составляющей являются центры здоровья, кабинеты здорового ребенка, кабинеты профилактики и школы здоровья для здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, для родителей больных и недоношенных детей, по вопросам ухода и выявления угрожающих состояний.

Реализация эффективной государственной политики **по формированию здорового образа жизни** у граждан Российской Федерации предполагает широкое межведомственное взаимодействие под координацией Минздрава России и включает:

просвещение и информирование населения, в том числе детей и молодежи, о правилах здорового образа жизни, о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, включая разработку, осуществление и развитие информационных коммуникативных компаний и медиапроектов;

проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований распространенности потребления табака и алкоголя в целях обоснования совершенствования законодательства;

установление принципов и методов проведения испытаний табачных изделий, измерения их состава и выделяемых ими веществ в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения;

разработка нормативов и методов контроля содержания токсических составляющих табачных изделий;

создание государственной информационной системы отслеживания производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции и табачных изделий;

обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп, предусматривающего оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием организаций, занимающихся данными вопросами;

разработку мер по повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан, включая:

пропаганду и стимулирование активного образа жизни, образование населения в вопросах физической культуры;

восстановление производственной гимнастики с разработкой конкретных рекомендаций по её содержанию и формам осуществления с учётом условий труда;

развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских учёных и мировой опыт.

Требуют совершенствования методы и механизмы **управления рисками от воздействия внешнесредовых факторов**, а также введения **социально-гигиенического мониторинга**.

Создание федерального центра **профессиональной патологии** позволит скоординировать деятельность медицинских организаций при рассмотрении особо сложных случаев профессиональных заболеваний и обеспечит мониторинг профессиональной заболеваемости. Кроме того, необходимо усилить контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием рабочих мест, условиями труда с целью предупреждения профессиональной заболеваемости.

Основными направлениями **индивидуализированных профилактических программ в сфере здравоохранения** останутся:

наблюдение во время беременности, включая пренатальный скрининг, неонатальный и аудиологический (после рождения ребенка) скрининги, диспансеризация населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработка индивидуальных программ медицинской профилактики;

диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к группам риска, и больными хроническими заболеваниями;

иммунизация населения и профилактика инфекционных заболеваний.

Будет продолжена широкомасштабная диспансеризация различных групп населения, построенная на основе нового алгоритма, внедренного в 2013 году, предусматривающего проведение ежегодных профилактических осмотров детей всех возрастных категорий и ежегодную диспансеризацию не менее 23% взрослого населения.

Полученное в результате диспансеризации разделение пациентов по группам здоровья позволяет дифференцированно подходить к назначению дальнейших лечебно-оздоровительных мероприятий.

**Совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** будет способствовать внедрение протоколов амбулаторного наблюдения, организация выездных патронажных служб, оснащенных портативным диагностическим и терапевтическим оборудованием.

**Дневные стационары** должны принять большую нагрузку по дообследованию, лечению, реабилитации. Необходимо перераспределить избыточные объемы стационарной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного пребывания, в дневные стационары.

Следует расширить отделения **неотложной помощи**, оснащенные необходимым диагностическим и лечебным оборудованием. Их задача –

снять избыточную нагрузку при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Развитие **служб неотложной и скорой медицинской помощи** направлено на обеспечение быстрой сортировки и правильной маршрутизации больных, соблюдение «временных окон» доставки больных в стационары необходимого уровня и оказание своевременной медицинской помощи. Модернизация информационных систем для скорой медицинской помощи, применение навигационных технологий ГЛОНАСС и других современных информационных технологий позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время их транспортировки.

Целесообразно оптимизировать организацию экстренного приема больных в стационар путем создания на госпитальном этапе отделения скорой медицинской помощи, структура и организация которого позволяют проводить быструю сортировку больных по тяжести состояния и оказывать экстренную медицинскую помощь, при необходимости – одновременно большому числу пациентов, в том числе при массовом поступлении в рамках чрезвычайных ситуаций.

С 2015 года финансовое обеспечение скорой медицинской помощи будет осуществляться полностью из базовой программы ОМС.

Развитие **специализированной медицинской помощи** связано с достраиванием трех-уровневой системы оказания стационарной помощи, в том числе с формированием сети межмуниципальных, межрайонных центров специализированной помощи второго уровня (сосудистые центры, травмоцентры, родильные дома второго уровня и др.) и совершенствованием работы региональных центров третьего уровня. При этом особое значение отводится пополнению специализированной медицинской помощи современными высокотехнологичными методами. К 2017 году объем **высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)** должен быть увеличен до 750 тыс. человек в год.

Предусматривается дальнейшее развитие организационно-финансового механизма оказания ВМП. С 2015 года все высокотехнологичные методы будут финансово обеспечиваться из одного источника – средств ОМС. Однако в базовую программу ОМС будут «погружены» лишь наиболее растиражированные и широко внедренные в практику методы (в 2014 году – 459 методов). Остальные методы ВМП будут финансироваться за счет выделенного источника ОМС – вне базовой программы, из которого трансфертом средства будут поступать в федеральный бюджет для распределения между федеральными учреждениями, а также для субсидирования субъектов Российской Федерации. При этом, с 2015 года оплата всей высокотехнологичной медицинской помощи будет осуществляться по «полному тарифу» в разрезе клинико-статистических групп и включать все статьи затрат.

Предусматривается регулярная корректировка видов ВМП путем включения новых, основанных на достижениях медицинской науки, методов и перевода в базовую программу ОМС растиражированных ранее.

Базой для развития ВМП должна стать медицинская исследовательская деятельность ведущих федеральных исследовательских центров, обеспечивающих внедрение и апробацию новых схем диагностики, лечения, профилактики и медицинской реабилитации.

**2. Развитие обязательного медицинского страхования** основывается на принципах солидарности и социального равенства. Формирование доходов обязательного медицинского страхования полностью основано на консолидированном принципе, планирование расходов – на подушевом нормативе финансового обеспечения.

В целях обеспечения равного права граждан на доступность и качество медицинской помощи реализация единых принципов финансирования в обязательном медицинском страховании предусматривает:

**1) единый подушевой норматив финансирования**

Финансовое обеспечение на основе единого подушевого норматива обеспечивает сбалансированность территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, позволяет устранить диспропорции в финансовом обеспечении субъектов Российской Федерации. Региональные особенности и различия учитываются путем применения к подушевому нормативу финансирования коэффициентов дифференциации, рассчитываемых для каждого субъекта Российской Федерации.

**2) единые способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций**

Продолжится внедрение и отработка эффективных способов оплаты медицинской помощи, способствующих повышению ее качества и доступности:

применение подушевого норматива финансирования на прикрепленное население при оказании амбулаторной медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности;

оплата по клинико-статистическим группам при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Внедрение оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний приводит к снижению длительности пребывания в стационаре, сокращению времени ожидания госпитализации, увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

**3) единую тарифную политику**

Единая тарифная политика в системе обязательного медицинского страхования, включающая создание единой национальной системы учета затрат, позволит определить оптимальные расходы на оказание медицинской помощи, в том числе в разрезе групп заболеваний, и обеспечить единообразие и достаточность тарифов на оплату медицинской помощи.

**4) совершенствование контроля использования средств обязательного медицинского страхования**

Для обеспечения надлежащей квалификации руководителей контрольно-ревизионных подразделений территориальных фондов обязательного медицинского страхования и усиления их персональной ответственности за результаты деятельности необходимо установление вертикального управления контрольно-ревизионной деятельностью в сфере обязательного медицинского страхования, включая согласование Федеральным фондом обязательного медицинского страхования назначения на должность и освобождения от должности руководителей контрольно-ревизионных подразделений территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Введение вертикального ревизионного контроля в системе ОМС повысит управляемость отраслью в целом на основе единых организационных и финансовых принципов.

Необходима актуализация нормативных правовых актов, регламентирующих осуществление контроля в сфере обязательного медицинского страхования.

Предлагается установить согласование и мониторинг Федеральным фондом обязательного медицинского страхования исполнения планов работы контрольно-ревизионных подразделений территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также согласование типовых программ проверок страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Предлагается усилить ответственность, включая установление административной ответственности, за нецелевое использование средств, за нарушение сроков и порядка расчетов за оказанную медицинскую помощь, за нарушение обязанностей субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий в сфере обязательного медицинского страхования. Необходимо установить особые административные меры воздействия для должностных лиц за грубые нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании либо при неоднократном выявлении таких нарушений.

#### **5) внедрение института «финансово-экономических менеджеров здравоохранения»**

Дополнительным элементом обеспечения эффективной финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения в сфере обязательного медицинского страхования, является внедрение института «финансово-экономических менеджеров здравоохранения» – специалистов, прошедших углубленную подготовку по вопросам экономики здравоохранения.

Необходимо обеспечить функциональное взаимодействие указанных специалистов (заместителей главных врачей по экономике) с органом управления здравоохранением и территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Дополнительным механизмом обеспечения эффективности их деятельности станет установление зависимости размеров стимулирующих надбавок к заработной плате заместителей главных врачей

по экономике от результатов оценки территориальным фондом обязательного медицинского страхования их работы на основании установленных критериев.

**б) аккредитацию экспертов по качеству медицинской помощи**

Аккредитация экспертов качества медицинской помощи, подтверждающая право не только на осуществление медицинской деятельности, но и экспертной деятельности, создаст дополнительное подтверждение компетентности указанных врачей-экспертов, осуществляющих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, снимет барьеры между экспертами, исполняющими контрольные функции, и медицинскими организациями, а также укрепит законодательную базу в части проведения контрольных функций в сфере обязательного медицинского страхования.

**7) повышение мотивации пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами**

В настоящее время у потребителей медицинской помощи отсутствует мотивация вести здоровый образ жизни и экономно подходить к потреблению услуг в рамках обязательного медицинского страхования, что имеет большое значение для эффективного распределения расходов на медицинские услуги и сдерживания темпов роста расходов системы.

Повышение мотивации пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами должно осуществляться, в том числе путем развития механизмов контроля гражданами объема оказанной им медицинской помощи, а также введение цивилизованного участия в ее оплате через механизмы дополнительного добровольного медицинского страхования.

**8) развитие страховых принципов модели ОМС**

Одним из основных параметров развития модели обязательного медицинского страхования является повышение ответственности страховых медицинских организаций за эффективность расходов в системе здравоохранения.

Необходимо коренное изменение принципов работы страховых медицинских организаций, включая переход от администрирования платежей по факту оказания услуг к эффективному управлению расходами на застрахованных, в том числе путем возложения на страховые медицинские организации части финансовых рисков по оплате медицинской помощи. Источником покрытия данных расходов для страховых медицинских организаций могли бы стать страховые резервы, сформированные за счет направления части прибыли, полученной в результате введения льготного налогообложения для страховых организаций, осуществляющих «классические виды» страхования.

С целью совершенствования порядка расходования средств, полученных территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи, предусмотрено:

перераспределение средств в размере 50 %, полученных в результате применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (в том числе сокращение на 50 % размера средств, получаемых страховыми медицинскими организациями на формирование собственных средств), и направление их на формирование резервного фонда предупредительных мероприятий территориальных фондов ОМС;

расширение расходования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования за счет формирования в его составе средств для финансирования мероприятий, направленных на предотвращение и ликвидацию причин некачественного оказания медицинской помощи, в том числе повышение квалификации кадров и обеспечение медицинским оборудованием.

За счет средств указанного резерва планируется осуществлять повышение квалификации медицинского персонала путем внедрения образовательного сертификата и укрепление материально-технической базы медицинских организаций.

Кроме того, в целях дальнейшего развития деятельности страховых медицинских организаций необходимо закрепить за ними функции по защите прав застрахованных лиц, предусматривающие:

развитие института представителей страховых медицинских организаций и наличие их в каждой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

более активное участие в информировании застрахованных лиц о правах в сфере обязательного медицинского страхования, о профилактической направленности медицинской помощи;

полное ведение застрахованного лица от момента подачи жалобы до момента ее разрешения (в том числе и в судебном порядке), что потребует расширения возможностей страховой медицинской организации выступать действительно «адвокатом» застрахованного лица;

создание так называемых «участковых» страховых агентов – сотрудников страховой медицинской организации с закрепленным контингентом застрахованных лиц.

Предлагается создание финансово-устойчивых страховых медицинских организаций путем увеличения уставного капитала страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с 60 до 120 миллионов рублей. Это обеспечит постепенный переход к рисковому модели страхования, что будет способствовать решению стратегических целей в области совершенствования системы обязательного медицинского страхования.

### **3. Развитие добровольного, дополнительного к ОМС,**

### **медицинского страхования (ОМС+)**

В целях **повышения ответственности граждан за состояние своего здоровья**, а также **расширения страховых принципов** в системе медицинского страхования, предлагается проработать вопросы установления порядка, условий и правил добровольного медицинского страхования, дополнительного к ОМС (ОМС+), которое предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу ОМС, или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС. Поэтапно это приведет к полному разделению платных и бесплатных медицинских услуг при оказании медицинской помощи.

Предоставление медицинских услуг по программам добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования будет осуществляться в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС. На данные медицинские организации будет распространяться запрет на предоставление платных медицинских услуг пациентам, включенным в программы добровольного и обязательного медицинского страхования, по видам и условиям оказания медицинской помощи.

В целях усиления привлекательности для граждан приобретения программ добровольного медицинского страхования, дополнительного к ОМС, следует внести изменения в порядок осуществления налогового вычета, предоставляемого работающим гражданам путем уменьшения размера налогооблагаемой базы по месту работы гражданина при условии приобретения ими данных страховых продуктов.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам будет возлагаться на страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС. Тем самым, страховые медицинские организации будут обеспечивать безусловное выполнение обязательств медицинских организаций по оказанию медицинской помощи и выступать в качестве гаранта реализации прав застрахованного лица в рамках договоров дополнительного медицинского страхования (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг.

Стоимость страховых продуктов для граждан будет дифференцироваться в зависимости от уровня ответственности за свое здоровье (своевременное прохождение диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отказ от вредных привычек и др.). Разработка данных механизмов позволит легализовать «теневые» соплатежи населения за оказанную медицинскую помощь и исключить «выпадения» из системы государственного контроля качества и доступности медицинской помощи, создать условия для консолидации финансовых потоков из разных источников и направления неконтролируемых потоков личных средств граждан через систему медицинского страхования.

Программы добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования направлены на переход к цивилизованному способу

взаимодействия участников в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования. Они позволяют не только привлечь в здравоохранение дополнительные финансовые средства, но и предоставить населению возможность выбора дополнительных медицинских услуг, не включенных в Программу государственных гарантий, и уровня сервиса.

Поэтапный рост объемов дополнительных страховых продуктов в долгосрочной перспективе позволит отказаться от оказания платных медицинских услуг медицинскими организациями – участниками базовой программы ОМС.

#### **4. Развитие государственно-частного партнерства**

**Ключевыми направлениями** развития и условиями внедрения механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения являются:

принятие подготовленного Министерством экономического развития Российской Федерации федерального закона об основах государственно-частного партнерства в Российской Федерации в целях формирования единообразных подходов, эффективного внедрения и развития ГЧП в сфере здравоохранения;

разработка механизмов обеспечения окупаемости проектов ГЧП, в том числе с использованием мер государственной поддержки, при условии сохранения социальных обязательств государства в части оказания гражданам медицинской помощи;

финансовое обеспечение проектов ГЧП, содействие в доступе инвесторов к долгосрочным заемным источникам финансирования проектов ГЧП;

организационное сопровождение органами государственной власти и органами местного самоуправления проектов ГЧП (от «идеи» до «проекта (продукта) под ключ»);

подготовка (повышение квалификации) должностных лиц органов государственной власти и органов местного самоуправления, ответственных за сопровождение проектов ГЧП;

повышение эффективности использования государственного имущества, включая проработку вопросов совершенствования законодательства в сфере управления имуществом в здравоохранении.

**Основными задачами** развития механизмов ГЧП в здравоохранении на федеральном уровне являются:

запуск пилотных инвестиционных проектов по развитию находящейся в федеральной собственности инфраструктуры здравоохранения с привлечением внебюджетных источников финансирования на принципах ГЧП;

подготовка методических рекомендаций по развитию государственно-частного партнерства в субъектах Российской Федерации в области здравоохранения;

подготовка предложений по внесению изменений в нормативную правовую базу, позволяющих обеспечить создание требуемых правовых условий для интенсификации использования механизмов ГЧП, а также по совершенствованию мер государственной поддержки реализации инвестиционных проектов по развитию инфраструктуры здравоохранения с привлечением внебюджетных источников финансирования на принципах ГЧП.

#### **5. Развитие медицинских профессиональных некоммерческих организаций, сформированных по территориальному и профильному профессиональному принципам, создание вертикально-интегрированных профильных медицинских систем**

В целях развития профессионального медицинского сообщества и повышения его ответственности за состояние системы здравоохранения, обеспечение качества и доступности медицинской помощи планируется поэтапное расширение участия медицинских профессиональных некоммерческих организаций в управлении здравоохранением путем:

содействия формированию медицинских профессиональных некоммерческих организаций по территориальному и профильному профессиональному принципам;

развития института главных внештатных специалистов органов государственной власти в сфере охраны здоровья и повышения ответственности медицинских профессиональных некоммерческих организаций за состояние профильной службы и оказание медицинской помощи в субъектах Российской Федерации;

создания условий для участия медицинских профессиональных некоммерческих организаций в непрерывном профессиональном развитии медицинских работников, организации наставничества и обеспечении квалификации специалистов на всех уровнях оказания медицинской помощи, аккредитации медицинских работников;

создания вертикально-интегрированных профильных медицинских систем с участием главных внештатных специалистов органов государственной власти в сфере охраны здоровья, национальных медицинских научно-практических центров и медицинских профессиональных некоммерческих организаций;

введения принципов саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников.

#### **6. Введение обязательной аккредитации медицинских работников**

С 2016 года планируется внедрение системы аккредитации медицинских работников, в основу которой будут положены профессиональные стандарты, с набором требований к специалисту (знаний, навыков, компетенций), позволяющие осуществлять трудовую деятельность и отражать траекторию его дальнейшего профессионального роста и развития. Это позволит:

сформировать кадровую структуру системы здравоохранения, обеспечивающую гарантии и качество предоставления медицинских услуг; получить достоверную информацию об уровне профессиональной компетентности специалистов здравоохранения об обеспеченности кадровыми ресурсами учреждений и организаций.

Процедура аккредитации предполагает оценку профессионального портфолио; оценку профессиональных знаний (по результатам национального профессионального тестирования); оценку профессиональных компетенций в условиях симуляционно-аттестационного центра.

Общее руководство будет возложено на Национальный центр аккредитации, методологическое сопровождение на экспертно-методические центры. В структуру системы аккредитации войдут 12 окружных центров аккредитации. Решение об аккредитации специалиста будет приниматься комиссионно с участием профессиональных некоммерческих организаций и представителей работодателей.

Получив высшее медицинское образование, специалист должен будет отработать в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, 3 года. Далее, при условии окончания ординатуры, он может продолжать профессиональную деятельность в качестве врача-специалиста.

Свидетельство об аккредитации по специальности или по виду медицинской деятельности в рамках специальности предоставляет права и обязанности по оказанию медицинской помощи в соответствии с утвержденными уровнями квалификации, порядками и отраслевыми профессиональными стандартами.

## **7. Выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения предусматривает:**

систематизацию и актуализацию обязательных требований, обусловленную отсутствием связи с безопасностью товаров, работ, услуг, а также свободного доступа проверяемых лиц к информации;

создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, основанной на принципе разграничения разрешительных и контрольных функций, внедрения системы управления качеством в деятельность медицинских организаций и системы аккредитации медицинских специалистов, что позволит снизить контрольную нагрузку на хозяйствующие субъекты, исключить дублирование контрольно-надзорных функций и полномочий между Росздравнадзором и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

обеспечение комплексного подхода к организации государственного контроля качества лекарственных средств, включающего контроль их производства и обращения;

создание и внедрение системы менеджмента качества медицинских услуг, устанавливающую критерии оценки качества медицинской помощи,

как основу формирования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, имеющей целью постепенное снижение государственного контроля в пользу обеспечения качества со стороны медицинской организации, как основание для формирования системы аккредитации медицинских организаций;

разработку системы оценки потенциальных рисков при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности и порядок ее использования при планировании контрольных мероприятий.

**В целях организации контрольно-надзорной деятельности на основе системы управления рисками необходимо:**

создать систему классификации объектов государственного контроля (надзора) в целях присвоения класса опасности в зависимости от степени угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан;

применить различные режимы регулирования в зависимости от класса опасности того или иного объекта контроля (дифференцированная периодичность проведения плановых проверок, отсутствие проведения плановых проверок в отношении наименее опасных объектов контроля и т.д.);

разработать и внедрить информационную систему управления рисками потенциальной опасности видов медицинской и фармацевтической деятельности и использование ее при планировании контрольных мероприятий и принятии решения о выделении финансирования на контрольно-надзорную деятельность;

организовать взаимодействие информационной системы управления рисками потенциальной опасности видов медицинской и фармацевтической деятельности и создаваемой единой системой регистрации случаев причинения вреда в сферах государственного контроля (надзора);

обеспечить внедрение принципов прозрачности деятельности контрольных и надзорных органов.

В рамках формирования единой правовой основы деятельности контрольно-надзорных органов необходимо применение следующих мер, направленных на **модернизацию законодательства об административных правонарушениях** в части:

конкретизации состава административных правонарушений, предусматривающего административную ответственность за нарушение только тех положений нормативных правовых актов, несоблюдение которых реально способно привести к причинению вреда жизни, здоровью людей;

усиления ответственности за нарушения требований порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций.

Обеспечить **информационную открытость процедуры** рассмотрения уполномоченными органами жалоб на результаты проверок, постановлений по делам об административных правонарушениях в отношении субъектов предпринимательской деятельности, подразумевающую официальное опубликование всех поступивших жалоб и решений по ним.

**Развитие кадрового потенциала** контрольно-надзорных органов путем:

развития современной системы непрерывного образования сотрудников контрольно-надзорных органов как по отраслевым, так и по процедурно-процессуальным вопросам;

повышение уровня мотивации сотрудников контрольно-надзорных органов к эффективному выполнению функциональных обязанностей;

обеспечения информационной открытости.

**8. Создание единой государственной электронной информационной системы** включает своевременное и полное обеспечение информационного взаимодействия на основе использования информационно-коммуникационных технологий:

пациентов и медицинских работников необходимой информацией – для повышения качества и доступности оказания медицинской помощи;

специалистов по управлению здравоохранением – для повышения эффективности работы отрасли и расходования ресурсов.

Необходимо реализовать **следующий комплекс мер**:

повсеместное внедрение информационных систем в медицинских организациях, автоматизирующих организационные, лечебные и диагностические процессы, что позволит обеспечить ведение электронной медицинской карты, консолидирующей необходимую информацию о пациенте и обеспечить доступ к федеральным информационным ресурсам, с целью поддержки и своевременности принятия врачебных решений;

интеграцию созданных медицинских информационных систем в единое информационное пространство и обеспечение формализованного информационного обмена с системами регионального и федерального уровней. Один из ключевых принципов Единой информационной системы в сфере здравоохранения – исключение дублирования вводимой в систему информации, обеспечения замещения бумажных медицинских и отчетных документов электронными, в целях оптимизации времени работы медицинского работника;

внедрение телемедицинских консультаций, обеспечивающих оперативную связь между медицинскими организациями различного уровня для удаленного консультирования врачей при оказании медицинской помощи пациентам. Организация центров телекоммуникационной медицины на базе ведущих федеральных медицинских учреждений, осуществляющих научно-исследовательскую, образовательную и медицинскую деятельность, должна обеспечить внедрение дистанционных образовательных курсов и программ непрерывного обучения медицинских работников;

создание единой региональной, а в ряде случаев межрегиональной, системы диспетчеризации санитарного автотранспорта, интегрированной в единое информационное пространство;

введение новых медицинских услуг посредством реализации модели дистанционного персонального мониторинга состояния здоровья пациентов (в рамках дополнительных страховых продуктов ОМС+).

## **9. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями**

**Целью** является повышение доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов и медицинских изделий для населения, а также создание рациональной и сбалансированной системы обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в рамках программы государственных гарантий.

Для совершенствования данного направления решаются следующие **задачи**:

совершенствование нормативного правового обеспечения государственного регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе системы их регистрации, с учетом формирования общих рынков лекарственных средств и медицинских изделий Евразийского экономического союза;

совершенствование системы стандартизации качества лекарственных препаратов на основе систематической актуализации Государственной фармакопеи;

совершенствование мер государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, борьбы с учетом международного опыта с фальсифицированной и небезопасной медицинской продукцией в целях обеспечения безопасности, эффективности и качества при обращении лекарственных средств и медицинских изделий;

совершенствование государственного регулирования цен на лекарственные препараты и медицинские изделия для медицинского применения при соблюдении баланса интересов потребителей и производителей лекарственных препаратов;

определение взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения;

обеспечение рационального использования лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;

совершенствование порядков формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечение которыми осуществляется в рамках Программы государственных гарантий, а также в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

установление порядка формирования перечней медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, обеспечение которыми осуществляется в рамках Программы государственных гарантий, а также в рамках набора социальных услуг;

обеспечение больных лекарственными препаратами по программе «7 нозологий» на базе регистров.

## **10. Ускорение инновационного развития отечественного здравоохранения**

В целях ускоренного инновационного развития здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований будет реализован комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на создание новых медицинских технологий и продуктов и **интегрированной системы инновационной медицины и здравоохранения**, объединенной на основе единых приоритетов, координации инновационной деятельности, общих принципов внедрения результатов исследований в практическое здравоохранение.

Определение особой роли федеральных научных учреждений, их ориентации на решение задач инновационного развития требует создания системы национальных научно-практических медицинских центров.

Планируется наделить создаваемые головные федеральные научно-практические медицинские центры функциями:

- организационно-методического руководства медицинскими организациями в соответствии с профилями медицинской помощи;

- координации развития инновационной деятельности и медицинских научных школ;

- организации медицинской помощи в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в медицинских организациях или иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность;

- оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- координации подготовки и повышения квалификации медицинских работников соответствующего профиля.

Таким образом, будет достигнута взаимосвязь циклов инновационного процесса в медицине, сложится система интеграции медицинских научных исследований, инновационной клинической деятельности и высокотехнологичной медицинской помощи, что обеспечит включение результатов инновационных разработок в практическое здравоохранение, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Организационно-методическое и научно-методическое руководство профильными медицинскими организациями будет происходить на основе:

- организации национальных мультицентровых клинических исследований новых методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, в том числе организации медицинской помощи, сопровождающей формирование новых или обновление имеющихся клинических рекомендаций (протоколов лечения);

- создания и обновления клинических рекомендаций (протоколов лечения) и программ непрерывного медицинского образования;

- формирования обучающих материалов для специалистов профильных специальностей: разработки дистанционных образовательных модулей

для системы непрерывного медицинского образования, экспертной оценки образовательных программ среднего, высшего и дополнительного медицинского и фармацевтического образования;

ведения образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам: повышения квалификации, стажировки, тренингов медицинских специалистов, участвующих в оказании высокотехнологичной медицинской помощи с использованием инновационных методов диагностики и лечения.

### **11. Расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля**

Поступательное развитие здравоохранения, повышение доступности и качества медицинской помощи обеспечиваются участием гражданского общества в принятии решений органами государственной власти и контроле их реализации. Широкое общественное обсуждение принимаемых решений позволяет учитывать права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

В целях расширения открытого диалога органов государственной власти с гражданским обществом и обратной связи с потребителями медицинских услуг необходимо обеспечить открытость деятельности органов государственной власти в сфере охраны здоровья путем:

создания общественных советов, при органах государственной власти в сфере охраны здоровья;

создания экспертных и консультативных органов по основным направлениям развития здравоохранения;

формирования системы общественного контроля и независимой оценки качества работы медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

### **12. Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья и повышение роли России в глобальном здравоохранении**

Основными направлениями международных отношений в сфере охраны здоровья должны стать формирование отношений добрососедства с сопредельными государствами, поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и межгосударственными объединениями в процессе решения задач, определяемых национальными приоритетами страны в области охраны здоровья, создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений, всесторонняя защита прав и законных интересов российских граждан и соотечественников, проживающих за рубежом.

Приоритетной сферой внешней политики Российской Федерации в части здравоохранения остается сотрудничество с государствами-членами

Содружества Независимых Государств, Евразийского экономического союза. Важным следует считать также развитие здравоохранения в рамках Азиатско-тихоокеанского экономического сотрудничества, Африки и Латинской Америки. Россия должна сохранять приобретенные позиции лидерства по ряду международных направлений, таких как борьба с неинфекционными заболеваниями и сокращение потребления табака.

Для решения указанной задачи необходимы:

повышение роли Российской Федерации в международных организациях в сфере охраны здоровья;

продвижение продуктов, производимых в Российской Федерации, и проектов на рынки зарубежных стран;

разработка национальной системы оказания помощи развитию другим странам (системы содействия международному развитию), включая систему ее целевых показателей и индикаторов;

подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой и институциональной базы российского участия в международных отношениях в сфере охраны здоровья;

развитие международных многосторонних исследовательских и иных проектов, в которых участвует Российская Федерация;

поддержание устойчивых отношений с иностранными государствами в сфере охраны здоровья;

привлечение отечественных организаций к выполнению международных проектов;

обеспечение согласованной и скоординированной деятельности российских ведомств, участвующих в международных отношениях в сфере охраны здоровья.

## Заключение

**Государство является гарантом социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в охране здоровья.**

Для обеспечения широких государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи каждому гражданину Российской Федерации требуется, чтобы государство реализовывало функции:

разработчика единой нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения,

координатора территориального планирования организации системы здравоохранения,

заказчика необходимых объемов медицинской помощи по видам и формам ее оказания,

собственника (учредителя) наиболее значимых для отечественного здравоохранения медицинских организаций и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности,

единого органа контроля и надзора за доступностью и качеством медицинской помощи.

Вместе с тем, разделение полномочий между федеральным уровнем власти и субъектами Российской Федерации, переход к рыночной экономике и расширение частного сегмента отечественного здравоохранения обусловили необходимость развития механизмов страхового финансового обеспечения системы здравоохранения и государственно-частного партнерства. Внедрение системы ОМС привлекло значительные дополнительные ресурсы в здравоохранение, включило принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления отраслью.

С целью достижения максимально возможного уровня развития отечественного здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны необходимо формирование **Национальной системы здравоохранения** – системы, объединяющей все медицинские службы и организации, независимо от формы их собственности и ведомственной принадлежности, и работающей в рамках единого нормативно-правового поля, а также единого государственного, экспертного и общественного контроля.

Основой реализации Конституционного права каждого гражданина на охрану здоровья и бесплатное получение медицинской помощи является Программа государственных гарантий, которая оказывается преимущественно в государственных и муниципальных учреждениях, а также может оказываться в медицинских организациях негосударственного сегмента (медицинские организации частной формы собственности, участвующие в предоставлении медицинской помощи за счет средств ОМС).

Формируется преимущественно одноканальная система финансового обеспечения отечественного здравоохранения. Главным каналом финансового обеспечения Программы государственных гарантий становится базовая программа ОМС, которая функционирует, в соответствии с принципами солидарности и социального равенства, по единым требованиям и критериям:

- единому подушевому нормативу финансирования;
- единым способам оплаты оказания медицинской помощи, ориентированным на результат деятельности медицинских организаций;
- единым критериям контроля за движением средств ОМС;
- единым критериям качества медицинской помощи и аккредитации экспертов качества медицинской помощи.

В ведении собственника (учредителя) медицинской организации находится инвестиционная составляющая (основные фонды), штатное наполнение, что обеспечивает равенство прав как государственных, так и негосударственных участников Национальной системы здравоохранения.

Поступательное развитие здравоохранения должно учитывать весь спектр взаимоотношений государственного и негосударственного сегментов отрасли. Особое внимание необходимо уделять развитию добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования (ОМС+), так как это

позволит не сдерживать развитие инновационных медицинских технологий, а активно их внедрять в медицинскую практику, привлекая в систему дополнительные финансовые ресурсы.

Инновационное развитие здравоохранения с выделением направления персонифицированной медицины, широкое внедрение индивидуальных здоровье-сберегающих и профилактических программ, повышение мотивации к рациональному пользованию медицинскими услугами и личной ответственности пациентов за состояние своего здоровья – способствуют расширению деятельности страховых медицинских организаций в части формирования и предложения дополнительных к ОМС страховых продуктов. Поэтапный рост объемов дополнительных страховых продуктов в долгосрочной перспективе позволит отказаться от оказания платных медицинских услуг медицинскими организациями – участниками базовой программы ОМС.

Важно, чтобы при осуществлении медицинской деятельности с использованием всех имеющихся мощностей отечественного здравоохранения (Программа государственных гарантий, ОМС+, ДМС, платные услуги), сохранялось четкое разграничение «платной» и «бесплатной» медицины.

Необходимо совершенствование вертикального контроля со стороны государства за деятельностью всех участников Национальной системы здравоохранения в части доступности, своевременности, качества и безопасности оказания медицинской деятельности.

Вся деятельность Национальной системы здравоохранения должна основываться на открытом диалоге с гражданским обществом, профессиональными медицинскими некоммерческими организациями и пациентским сообществом.

Реализация Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период путем создания Национальной системы здравоохранения обеспечит, в том числе, полноценную реализацию права граждан на выбор врача и медицинской организации.