

УДК 334.012.42

**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

© 2016

Швец Юрий Юрьевич, кандидат экономических наук, доцент кафедры
«Организационно-экономических инноваций»*Российского экономического университета им. Г.В. Плеханова, Москва (Россия)*

Аннотация. В статье обоснована гипотеза о многовекторности развития институциональной среды здравоохранения Российской Федерации. Функционирование лечебных учреждений, взаимодействие спроса и предложения на рынке медицинских услуг, мотивационные рычаги к оказанию качественной медицинской помощи определяются в системе векторов взаимодействия основных факторов и механизмов здравоохранения. В свою очередь, механизмы и действия в отрасли здравоохранения детерминируются «правилами игры» на рынке медицинских услуг, т.е. существующей институциональной средой. Деятельность лечебных учреждений в рамках задач непрерывного улучшения качества медицинской помощи и повышения ее доступности определяет необходимость разработки вопросов эффективного функционирования институциональной среды здравоохранения. Процессы и стратегии, влияющие на здоровье отдельных людей, включают не только те, которые относятся непосредственно к здравоохранению, но и социальные, фискальные (налогово-бюджетные), торговые и экологические стратегии государства. Разработан механизм взаимодействия векторов развития институциональной среды здравоохранения РФ. Выделены финансовые потоки разных стоимостных порядков, обеспечивающие качество предоставляемой медицинской помощи. Выявлена взаимосвязь между финансовыми потоками в системе обеспечения качества медицинской помощи.

Ключевые слова: институты, страхование, частная медицина, механизм, здравоохранение, инструменты, векторы развития, финансовые потоки, качество медицинской помощи, финансирование медицинской помощи, структурирование медицинской помощи.

**INSTITUTIONAL FRAMEWORK OF THE HEALTH SYSTEM'S
OF RUSSIAN FEDERATION**

© 2016

Shvets Yuriy Yurievich, candidate of economical science, associate professor
of the department "Organizational and economic innovation"*Russian Economic University of G.V. Plekhanov, Moscow (Russia)*

Annotation. The article substantiates the hypothesis of multi-vector development of the institutional environment of Health of the Russian Federation. The operation of medical institutions, the interaction of supply and demand on the market of medical services, motivational leverage to provide quality health care are defined in the vectors of interaction of key factors and mechanisms of health care. In turn, the mechanisms and actions are determined by the health care industry "rules of the game" in the market of medical services, and the current institutional environment. Activity of patient care institutions in the objectives of continuous improvement of quality of care and increase its availability determines the need for effective functioning of the issues of the institutional environment of health care. Processes and policies that affect the health of individuals include not only those directly related to health care, but also the social, fiscal (fiscal), trade and environmental policies of the state. The mechanism of interaction between the vectors of the institutional environment of Health. Allocate financial flows of various cost orders to ensure the quality of care provided. The correlation between the financial flows in the system to ensure quality of care.

Keywords: institutions, insurance, private medicine, mechanism, health, tools, vectors of development, financial flows, quality of care, health care financing, structuring of care.

Постановка проблемы в общем виде и ее связь с важными научными и практическими задачами. Возрастающие запросы к системе здравоохранения актуализируют поиск путей ее оптимизации или выхода на новый уровень развития. Функционирование лечебных учреждений, взаимодействие спроса и предложения на рынке медицинских услуг, мотивационные рычаги к оказанию качественной медицинской помощи определяются в системе векторов взаимодействия основных факторов и механизмов здравоохранения. В свою очередь, механизмы и действия в отрасли здравоохранения детерминируются «правилами игры» на рынке медицинских услуг, т.е. существующей институциональной средой. Деятельность лечебных учреждений в рамках задач непрерывного улучшения качества медицинской помощи и повышения ее доступности определяет необходимость разработки вопросов эффективного функционирования институциональной среды здравоохранения.

Анализ последних исследований и публикаций, в которых рассматривались аспекты этой проблемы и на которых обосновывается автор; выделение неразрешенных ранее частей общей проблемы. Необходимость институциональных преобразований системы здравоохранения России как условие формирования ее конкурентных преимуществ обоснована в статье Батиевской В.Б. [6]. Особенности институциональной среды здравоохранения (информационная асимметрия, неопределен-

ность возникновения спроса, локальный монополизм производителей медицинских услуг, ограничение в доступе на рынок новых поставщиков) исследованы в работе А.И. Винокуровой [3]. Система здравоохранения как социальный институт рассмотрена в диссертации Гареевой И.А. [4]. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России разработаны в исследованиях Пиддэ А.Л. [5]. Институциональные ограничения модернизации российского здравоохранения выделены в работе Дигилиной О.Б и Тесленко И.Б. [8].

Но в этих работах не представлен целостный механизм взаимодействий факторов в институциональной среде здравоохранения Российской Федерации, в частности основные векторы взаимовлияний в ее развитии.

Формирование целей статьи (постановка задания). Целью статьи является обоснование гипотезы о многовекторности развития институциональной среды здравоохранения Российской Федерации.

В рамках цели выделены такие основные задачи исследования:

- структурирование основных элементов институциональной среды здравоохранения Российской Федерации;
- определение векторов взаимовлияний в развитии институциональной среды здравоохранения Российской Федерации;
- разработка механизма взаимодействия векторов

развития институциональной среды здравоохранения РФ [11];

- выявление взаимосвязи между финансовыми потоками в системе обеспечения качества медицинской помощи.

Изложение основного материала исследования с полным обоснованием полученных научных результатов. Процессы и стратегии, влияющие на здоровье отдельных людей, включают не только те, которые относятся непосредственно к здравоохранению, но и социальные, фискальные (налогово-бюджетные), торговые и экологические стратегии государства. Принятые стратегии реализуются на всех уровнях, как в рамках формальных государственных секторов, так и через общественные движения [5].

Необходимым условием обеспечения достаточного уровня согласованности, масштабности и интенсивности действий, способных выровнять проблему социального градиента здоровья, является согласованный, многоуровневый подход в процессе разработки, осуществления и оценки политики в сфере здравоохранения.

Вариабельность применения и эффективности межсекторального взаимодействия отражает дефицит знаний и человеческих ресурсов, а также фрагментацию институциональных механизмов в здравоохранении, которые имеют решающее значение для эффективной организации профилактики заболеваемости и оказания медицинской помощи в обществе.

Базовая инфраструктура для предоставления услуг здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях существует во всех странах [16]. Отличие заключается в распределении ответственности между уровнями данной инфраструктуры.

Институциональная модель в сфере здравоохранения включает организацию, финансирование, управление выполнением основных оперативных функций здравоохранения, охватывая как государственный, так и частный сектор, различные уровни управления и участников, как в рамках системы здравоохранения, так и вне ее [1].

Основными параметрами осуществления основных оперативных функций здравоохранения для различных институциональных моделей является оперативный учет потребностей, запросов населения и реагирования, результативность, эффективность, устойчивость, интеграция, финансирование [19].

На устойчивость институциональных моделей в области общественного здравоохранения влияют также партнерства и коалиции в данной сфере, а также согласование организационных стратегий.

Выделяют три ключевые аспекты институциональных моделей в секторе здравоохранения: характер организации услуг и мероприятий общественного здравоохранения, действующие механизмы финансирования мероприятий здравоохранения и структуру управления здравоохранением в обществе.

РФ имеет разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения, созданную Н.Семашко в СССР. В 1993 г. была проведена реформа финансирования здравоохранения, предполагающая создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Сегодня система здравоохранения РФ отличается высокой степенью централизации и преимущественной ориентацией на общедоступность базовых медицинских услуг. Деятельность системы общественного здравоохранения РФ регулируют такие организации, как Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, федеральные службы Роспотребнадзор и Росздравнадзор, а также Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА) и Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Помимо системы общественного здравоохранения, управляемой Минздравсоцразвития России, имеются «параллельные» системы предоставления медицинских услуг сетью министерских поликлиник, больниц, санаториев и государ-

ственных медицинских учреждений. Данные функции распределены между основными участниками процесса: на федеральном уровне – Минздравсоцразвития России и подведомственные организации, на уровне субъектов РФ – региональные и местные власти, ФФОМС, территориальные фонды ОМС, частные страховые медицинские организации (СМО), осуществляющие ОМС и ДМС [16]. В сферу ответственности Минздравсоцразвития России входит стратегическое планирование сектора здравоохранения, хотя были предприняты попытки перехода от планирования по ресурсам к планированию по конечным результатам. «Бюджетирование по результатам» применяется только на стадии планирования бюджета по РФ.

Особенность финансирования системы здравоохранения РФ состоит в том, что оно практически в равной мере складывается из обязательных источников (средства, получаемые от общего налогообложения и взносов в фонды ОМС) и личных платежей граждан (табл. 1).

Таблица 1 – Расходы на здравоохранение в РФ, 2008-2013 гг. (составлено по данным ВОЗ [20])

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Общие расходы на здравоохранение, % к ВВП	6	8	7	7	7	7
Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	55	55	53	54	51	48
Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	45	45	47	46	49	52
Доля частных страховых платежей в частных расходах на здравоохранение, %	5	5	4	4	4	4

Источник: 17

Медицинская помощь финансируется: базовой программой ОМС и ассигнованиями соответствующих бюджетов. Базовая программа ОМС включает предоставление населению базовой медицинской помощи, а оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, лекарственное обеспечение льготных контингентов населения при амбулаторном лечении и скорая медицинская помощь осуществляются из средств бюджетов

Двумя главными обязательными источниками финансирования системы здравоохранения РФ выступают средства бюджета и страховые взносы работодателей на ОМС, в виде фиксированной доли единого социального налога.

Фонды ОМС собирают страховые взносы и перераспределяют их СМО с учетом подушевой взвешенной формулы. Однако механизмы фактического получения организациями средств за приобретенные медицинские услуги существенно варьируется. СМО заключают с медицинскими учреждениями договоры и оплачивают их услуги по законченному случаю, что создает стимулы для повышения эффективности их деятельности. Финансирование медицинских учреждений также осуществляется из средств региональных и местных бюджетов напрямую, так как учреждения подведомственны органам власти соответствующего уровня [7]. Таким образом, действия медицинских учреждений во многом контролируются через структуры вертикального управления системой на региональном и местном уровнях.

Мы выделяем такие векторы институциональной среды РФ:

- развитие института страховой медицины. Цепочка взаимовлияний: потребитель медицинских услуг – провайдер медицинских услуг – лечебное учреждение;
- становление системы обеспечения качества медицинской помощи. Цепочка взаимовлияний: рекомендации ВОЗ – Министерство здравоохранения – стандарты медицинской помощи – лечебное учреждение – провайдер медицинских услуг – потребитель;
- формирование института семейной медицины. Цепочка взаимовлияний: потребитель медицинских услуг – врач общей практики – семейной медицины;
- ориентация на первичное звено здравоохранения. Цепочка взаимовлияний: потоки финансирования – врач

общей практики – семейной медицины – потребитель медицинских услуг.

Механизм взаимодействия в рамках основных векторов развития институциональной среды здравоохранения РФ представлен на рис. 1.

Рамочные условия взаимодействий в институциональной среде здравоохранения формирует Министерство здравоохранения, опираясь на рекомендации ВОЗ, создавая стандарты медицинской помощи [7]. В свою очередь, последние определяют акценты в векторе качества предоставления медицинской помощи.

Кроме этого, институт качества медицинской помощи создает стандарт предоставления медицинских услуг в системе здравоохранения РФ, формирует финансовые потоки разных стоимостных порядков, а именно:

- финансовые потоки первого порядка – создаются в первичном звене здравоохранения. Предусматривают незначительный объем финансирования, направленный в основном на профилактическую помощь;

- финансовые потоки второго порядка – создаются на вторичном и третичном уровнях. Характеризуются значительным объемом, диверсифицированностью объекта оплат, превалированием доли заработной платы в общей совокупности потока денежных средств [14];

- финансовые потоки третьего порядка – создаются на государственном уровне. Являются основой Программ, направленных на достижение нового уровня качества в предоставлении медицинской помощи.



Рисунок 1 – Механизм взаимодействия векторов развития институциональной среды здравоохранения РФ
Источник: составлено автором на основе [21, 14].

Потребитель медицинской помощи, провайдер медицинских услуг, лечебное учреждение, как основные факторы, функционируют на базисе, создаваемом рамочными условиями взаимодействий.

Регулирующим механизмом институциональной среды здравоохранения выступают финансовые потоки [9]. Они детерминируют качество и количество предоставляемой медицинской помощи. Институт страховой медицины определяет часть элементов данного регуляторного механизма, в частности, компенсаторную процедуру стоимости лечения. Страховые компании, являясь независимым звеном в цепочке медицинского страхования, накапливают финансовые средства клиентов, должны осуществлять контроль над их эффективным расходованием и качеством предоставляемой застрахованным медицинской помощи.

Большинство медицинских учреждений системы ОМС являются «ленивой монополией», т.е. организацией, которая вместо улучшения качества услуг предпочитает терять тех потребителей, которые им недовольны. Существование ограниченной конкуренции приводит к возможности «выхода» для недовольных потребителей, вследствие чего снижается давление на организацию [7]. В результате медицинское учреждение, не неся никаких финансовых потерь из-за «выхода» потребителей и не получая обратной связи от недовольных посредством выражения «мнения», не приобретает стимулов для повышения эффективности и качества работы [23].

Развитие вектора «Институт семейной медицины» характеризуется такими данными (табл. 2).

Данные табл. 2 свидетельствуют о неравномерном развитии института семейной медицины в городских поселениях и сельской местности. Согласно «Проекту глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов АНИ: экономика и управление. 2016. Т. 5. № 1(14)

здравоохранения: трудовые ресурсы 2030» ВОЗ: финансирование систем здравоохранения – путь к всеобщему охвату, от 20% до 40% расходов здравоохранения могут использоваться нерационально, причем значительную часть этой цифры составляют неэффективность и слабость управления кадровыми ресурсами здравоохранения. Обновленные фактические данные, использованные для проекта глобальной стратегии, продолжают свидетельствовать о том, что руководство и управление кадрами здравоохранения, включая усиление институционального потенциала, являются важными для эффективного использования ресурсов и реализации национальных приоритетов в отношении кадров здравоохранения, особенно в первичном звене.

Таблица 2 – Показатели первичного звена здравоохранения РФ, 2005-2014 гг.

Показатель	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Среднее значение, 2010-2014 гг.
Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав др. организаций)	21783	15732	16262	16537	16461	17016	16402
Темп роста, %		72,22	103,37	101,69	99,54	103,37	
в т.ч.							
в городских поселениях, %	65,6	81,1	81,6	82,1	83,4	82,5	
Темп роста, %		123,63	100,62	100,61	101,58	98,92	
в сельской местности, %	34,4	18,9	18,4	17,9	16,6	17,5	
Темп роста, %		54,94	97,35	97,28	92,74	105,42	
Число врачей общей практики-семейной медицины, тыс.чел.	-	9,9	10,2	10,3	10,1	10,2	

Источник: 17

В проекте глобальной стратегии признается, что эффективное межсекторальное руководство в этой области требует политического участия и подотчетности на самых высоких уровнях правительства. Технические и управленческие возможности, в свою очередь, необходимы для эффективного осуществления принятых решений [12].

Выводы исследования и перспективы дальнейших исследований данного направления. Три ключевые аспекты институциональных моделей в секторе здравоохранения: характер организации услуг и мероприятий общественного здравоохранения, действующие механизмы финансирования мероприятий здравоохранения и структуру управления здравоохранением в обществе определяют эффективность здравоохранения. Направления развития институциональной среды, ее векторная платформа определяют приоритеты в системе здравоохранения. В первую очередь, среднесрочные и долгосрочные. Векторы институциональной среды РФ являются: развитие института страховой медицины, становление системы обеспечения качества медицинской помощи, формирование института семейной медицины, ориентация на первичное звено здравоохранения. Регулирующим механизмом институциональной среды здравоохранения выступают финансовые потоки. Институт качества медицинской помощи создает стандарт предоставления медицинских услуг в системе здравоохранения РФ, формирует финансовые потоки разных стоимостных порядков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А.Н. Нестеренко; предисл. и науч. ред. Б.З. Мильнера. М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997. 180 с.
- Венедиктов Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М, 2008. 335 с.
- Винокурова А.М. Особенности институциональной среды здравоохранения // Известия ИГЭА. 2013. № 3. С.61-64.
- Гареева И.А. Социальная трансформация системы здравоохранения в современных условиях (социологический анализ на примере Хабаровского края) / Диссертация на соискание ст.доктора соц.наук по специальности 22.00.04 – социальная структура, социальные

институты и процессы. Хабаровск, 2014. 370 с.

5. Пиддэ А.Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России / Автореферат на соискание ст. д.э.н. по спец. 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством. М., 2003. 45 с.

6. Батиевская В.Б. Необходимость институциональных преобразований системы здравоохранения России как условие формирования ее конкурентных преимуществ // Вестник ИГУЭУ. 2013. № 1. С. 192-201.

7. Угольников В.В. Организационно-экономический механизм развития высокотехнологической медицинской помощи / Диссертация на соискание ст. к.э.н. по специальности 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством. Санкт-Петербург, 2014. 182 с.

8. Дигилина О.Б., Тесленко И.Б. Институциональная среда и институциональные ограничения модернизации российского здравоохранения // Социальные аспекты здоровья. 2008. № 3. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/81/30/>.

9. Таова С.Н. Императивы институциональных преобразований в здравоохранении // Проблемы современной экономики. 2014. № 3. С.305-308.

10. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Мальта: ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2012. 52 с.

11. Норт Д. Понимание процесса экономических изменений / Д.Норт, [пер. с англ. К. Мартынова, Н. Эдельмана]. М.: Изд. дом Гос. ун-та. Высшей школы экономики, 2010. 256 с.

12. Предварительный второй доклад о социальных детерминантах и различиях в состоянии здоровья населения. Баку: ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2011. – 94 с.

13. Предварительный обзор институциональных моделей выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европе. Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2012. 45 с.

14. Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 5. С.24-31.

15. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>.

16. Банан С.А. Здравоохранение: вопросы финансирования и пути решения // Вестник Томского государственного университета. 2012. № 3 (19). С. 112-117

17. Статистический сборник: здравоохранение России 2015. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734.

18. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, Mathivet B. Russian Federation: Health system review. Health Systems in Transition, 2011. № 13(7). 190 p.

19. Системы здравоохранения. Проект глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 / ВОЗ. 2015. Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_36-ru.pdf

20. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization. 2015. 215 p. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1.

21. Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2015.

22. Глобальная стратегия предоставления комплексных медицинских услуг, ориентированных на нужды людей и Глобальная стратегия в области кадровых ресурсов здравоохранения Вильнюс, Литва, 14–17 сентября 2015/Европейский региональный комитет ВОЗ. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/data/assets/>

pdf_file/0008/287513/65id05r_IPCHS_HRH_150682.pdf?ua=1

23. Склад Т.М. Деятельность медицинских учреждений в российской системе здравоохранения // Вестник СПбГУ. 2007. № 4. С. 139-156.