

© Евгений Александрович Ковалев,
аспирант
Владимирского филиала РАНХиГС
E-mail: jevaka92@rambler.ru

ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛИ «УПРАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Forming a model of "managed medical care" in the regional health care system

Аннотация. Выявлены и структурированы проблемы в сфере здравоохранения и предложены методы их решения. Установлено, что проблемы в медицинской сфере в России во многом объясняются отсутствием четкой модели функционирования системы здравоохранения как на федеральном, так и на региональном (муниципальном) уровнях, определены закономерности развития отрасли. Раскрыта специфика функционирования различных типов систем здравоохранения, детализирована система смешанного финансирования, характерная для российской медицины. Сформулированы основные положения модели «Управляемой медицинской помощи» в системе здравоохранения региона, которая направлена на упорядочение и усовершенствование взаимосвязей в системе взаимоотношений между государством, социумом и бизнесом. В качестве ключевого звена выступает «общественное здоровье» как самостоятельная категория. С точки зрения менеджмента с учетом современных вызовов, обусловленных пандемией и всевозможными санкциями, в управлении системой здравоохранения акцент должен быть сделан на выявлении устойчивых связей и закономерностей, определяющих природу, содержание и специфику отрасли.

Annotation. Identified and structured problems in the health sector and proposed methods for their solution. It has been established that the problems in the medical sphere in Russia are largely due to the lack of a clear model for the functioning of the healthcare system both at the federal and regional (municipal) levels, and the patterns of development of the industry are determined. The specifics of the functioning of various types of health care systems are revealed, the system of mixed financing, which is typical for Russian medicine, is detailed. The main provisions of the "Managed Care" model in the health care system of the region are formulated, which is aimed at streamlining and improving the relationship in the system of relationships between the state, society and business. The key link is "public health" as an independent category. From the point of view of management, taking into account the modern challenges caused by the pandemic and all kinds of sanctions, in the management of the healthcare system, the emphasis should be on

identifying stable relationships and patterns that determine the nature, content and specifics of the industry.

Ключевые слова: здравоохранение, система, модель, регион.

Keywords: healthcare, system, model, region.

С точки зрения автора формирование модели «Управляемой медицинской помощи» в системе здравоохранения региона есть менеджмент, объектом которого является сложная медико-социо-техническая открытая динамическая система. А с учетом современных вызовов, обусловленных пандемией и всевозможными санкциями, это делает процесс управления системой здравоохранения на порядок сложнее.

Именно этими обстоятельствами обусловлен выбор темы и сформулирована цель исследования.

Цель исследования заключается в формировании модели «Управляемой медицинской помощи» в системе здравоохранения региона, предполагающей процесс выявления устойчивых связей и закономерностей, определяющих природу и содержание проблем, логику и методы их разрешения.

История становления медицины в России

Из архивных источников известно, что первым органом управления медициной в России считается Аптекарский приказ, который ведал медициной (медицинской помощью) в Москве и Подмосковье [4].

В 1714 году этот приказ был упразднен в связи с созданием Медицинской канцелярии. С точки зрения современного менеджмента в 1763 году была учреждена медицинская коллегия, призванная осуществлять контроль за медицинской помощью населению, руководить подготовкой кадров, контролировать деятельность аптек. В 1797 году было разработано и утверждено Положение о врачебных управах. Во Владимирской губернии инспектором врачебной управы 23 февраля 1797 г. был назначен дивизионный штаб-лекарь, коллежский ассессор Иван Слонецкий. Это дата считается днем основания владимирской медицины. С 1864 года в Российской империи получила развитие земская медицина.

Важным этапом в системе управления сферой здравоохранения считается учреждение Народного комиссариата здравоохранения (1916 г.) и назначение на должность министра Н. А. Семашко, ставшего впоследствии одним из основоположников и создателей советской системы здравоохранения.

После демонтажа советской власти (1991 г.) в сфере здравоохранения произошли необратимые процессы, которые не всегда согласовывались с интересами населения и работниками этой сферы. Упуская некоторые детали постсоветского периода, остановимся на процессе управления сферой здравоохранения с 2010 года, в связи с очередным реформированием отрасли и принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. В свете этого закона появилась возможность создать правовое поле конкуренции между медицинскими организациями разных форм собственности, попытки

внедрить в систему здравоохранения независимый контроль качества через структуры страховых медицинских организаций.

Процесс реформирования неоднозначно сказался на развитии медицинской отрасли. В частности, на примере Владимирской области были утрачены многие достижения, и это в значительной степени сказалось на управляемости отрасли. В результате в условиях пандемии 2020-2021 гг. регион вынужден был обратиться за помощью в федеральное Министерство здравоохранения за помощью с целью привлечения кадров из других регионов (Москвы, Башкирии и т.д.) для борьбы с COVID-19.

Структурные и функциональные проблемы сферы здравоохранения, логика и методы их разрешения

1. С точки зрения народосбережения и охраны здоровья граждан в России в возрастном плане наблюдаются процессы регрессивного характера. По состоянию на 01.01.2021 г. доля населения моложе трудоспособного возраста составила 18%, а доля населения старше трудоспособного возраста – 24,5%. Эта возрастная диспропорция в корне расходится с моделью «Индекса здоровья будущего»¹.

2. В России велика доля и численность инвалидов. По состоянию на 01.01.2021 г. насчитывалось 11,9 млн. инвалидов, в том числе детей – 676 тысяч.

3. Для современной медицины в стране обострились проблемы первичного звена. Требуется модернизация первичного звена. В том числе ремонт оборудования и поликлиник, станций скорой помощи, требуют решений вопросы увеличения заработной платы.

4. Существуют проблемы кадров в сфере здравоохранения. В 2020 г. в сфере здравоохранения было занято около 550 тыс. врачей, что составило на 10 тыс. населения 37,4 специалиста. Численность главных врачей и их заместителей составила 21,5 тыс. человек, за отделениями – около 100 тыс. специалистов. Критически оценивая уровень развития сферы здравоохранения в условиях внешних вызовов, можно констатировать, что в целом наблюдается процесс дезорганизации в отрасли. В первичном звене в масштабе страны не хватает более 25 тыс. врачей, 130 тыс. среднего медперсонала, тысячи сельских населенных пунктов не обеспечены медицинской помощью [5].

5. Из множества экономических проблем в сфере здравоохранения выделим ключевые. Во-первых, отсутствует четкий ответ относительно модели «здравоохранения» в России². Во-вторых, существующие оценки

¹ Компания Philips, мировой лидер в сфере разработки решений для здравоохранения, трансформировала свои достижения в модель «Индекс здоровья будущего».

² По нашему мнению, в России функционирует смешанная модель здравоохранения, которая предполагает различные источники финансирования. По источнику финансирования можно выделить бюджетную, страховую, частную, смешанную системы финансирования и модель «Управляемой медицинской помощи». Однако ни одна из вышеуказанных форм не существует в чистом виде какой-то одной системы. Утвержденные Правительством РФ паспорта проектов (подсистем) свидетельствуют об игнорировании

емкости рынка медицинских услуг и лекарственных препаратов сильно расходятся. Это означает наличие ошибок или методического характера, в том числе системы измерений, или наличие большой доли неформального сектора, не поддающегося учету (Росстат использует метод досчета).

6. Обострились проблемы эффективности управления в сфере здравоохранения. К этому выводу пришли специалисты Высшей школы экономики. Они выявили крайне высокую долю необоснованных госпитализаций в России [3].

С точки зрения повышения эффективности управления и капитальных вложений заслуживает внимание точка зрения академика А. Камалова: деньги надо вкладывать в человека, а не в болезнь [2].

По его мнению, в рамках приоритетного национального проекта «Развитие здравоохранения» до 2024 года выделяются большие деньги. В этой связи принципиальное значение имеет, в какие отрасли медицины вкладывать эти денежные средства. Одно из направлений – это вложение в профилактику заболеваний, а не в «болезни». В развитие этой темы отметим резолюцию форума «Здоровое общество», состоявшегося в феврале 2022 года на площадке парка науки и искусства «Сириус». Ключевая тема – «Новые вызовы для здравоохранения». Участники форума будущее здравоохранения связали с внедрением новых технологий в медицину, возможностями и рисками цифровой медицины, а также инвестициями в здоровье как фактор экономического развития.

В последние годы стало актуальным обсуждать развитие медицины в рамках базовых принципов: четырех «П» [1, с. 93-96]. Это предикция, превентивность, персонализация и партисипативность³.

Во Владимирской области была разработана программа «Развития здравоохранения до 2020 года». Однако ход ее реализации, по мнению представителей Общероссийского народного фронта (ОНФ), находится в кризисном состоянии и кризис носит системный характер.

Основные положения формирования модели «Управляемой медицинской помощи» в системе здравоохранения региона

Рассмотрим наиболее распространенные типы моделей системы здравоохранения в обобщенном виде, см. табл. 1

Таблица 1

Принципиальные типы моделей системы здравоохранения и их характеристики

Тип модели	Социально-страховая	Бюджетная	Частная	Смешанная
------------	---------------------	-----------	---------	-----------

уже сложившейся частной медицины и упор, по-прежнему, делается преимущественно на государственный сектор, на бюджетное финансирование.

³ Первое «П» – это выявление предрасположенности к заболеванию. Второе «П» – возможность предотвращения болезни. Третье «П» – создание условий индивидуального подхода к лечению. Четвертое «П» – участие пациента в сохранении собственного здоровья. В каждом «П» заложены хорошие предложения, и они, по мнению ученого, заслуживают финансового сопровождения.

Типичные страны	Германия	СССР	США	Россия ⁴
Принципы	Медицина – общественное благо	Социального взаимодействия: богатый платит за бедного, здоровый – за больного	Медицинская услуга (товар) – частное благо	Медицинская услуга есть затраты, подлежащие возмещению
Доступность	90% охвачены ОМС	Всеобщая доступность имеющегося потенциала	Определяется платежеспособностью пациентов	Примерно 50% ОМС, 50% ДМС и частная медицина
Источники финансирования	Государственное, в меньшей степени – частное	Государственное	Частное	50% – государственное; 10% – корпоративное; 40% – частное
Степень вмешательства государства	Значительное	Исключительное	Незначительное	Существенное

1. В СССР действовала бюджетная модель финансирования здравоохранения. Имело место слияние функции управления и организации медицинской помощи. Производителями и поставщиками медицинских услуг были лечебные учреждения.

2. При страховой модели финансирование действует принцип «деньги следуют за пациентом». В этой модели присутствуют два направления: обязательное и добровольное.

3. Частная. Учредителями медицинских организаций выступают физические и юридические лица. В части управления этой системой используются, прежде всего, экономические рычаги.

4. Действующую систему здравоохранения в России мы отнесли к смешанной форме финансирования.

Рассмотрим более подробно указанные модели систем здравоохранения через призму менеджмента.

1. *Бюджетная, или монопольная, модель системы здравоохранения.* Типичным представителем такой модели была система здравоохранения в СССР и других странах социалистического содружества. Она была ориентирована на централизованный механизм управления и функционирования отрасли.

2. *Модель системы здравоохранения на базе государственного медико-социального страхования.* Примером можно считать немецкую систему здравоохранения. Характеристикой такой модели может служить то обстоятельство, что государство непосредственно координирует всю вертикаль взаимоотношений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению. Практика показывает, что такая система

⁴ Смешанная модель системы здравоохранения приведена с большей долей условности.

государственного страхования с точки зрения эффективности является наиболее экономичной и рациональной.

3. *Модель системы здравоохранения на частной основе.* Такая модель действует по принципам закона рынка, ее развитие определяют четыре фактора: спрос на медицинские услуги, предложение медицинских услуг, конкуренция и ценовой фактор. Такие модели распространены в ряде слаборазвитых стран Азии и Африки. Применяется также в США, но предусмотрено бесплатное обслуживание или на льготных условиях государственных служащих, ветеранов войн, неимущих, психически больных и т.д.

4. *Смешанная модель системы здравоохранения на негосударственной основе, но подлежащая государственному регулированию бюджетного процесса через систему обязательного медицинского страхования (ОМС).* В рамках функционирования этой модели государство обязывает всех работодателей в обязательном порядке отчислять часть дохода на медицинскую страховку, а производителей медицинских услуг обеспечивать население медицинской помощью в рамках государственных нормативов и стандартов (программы ОМС) при посредничестве страховых организаций.

В основе разрабатываемой модели нами заложен принцип пациентоориентированности или ориентированность на пациентов и их удовлетворенность. Модель «Управляемой медицинской помощи» в системе здравоохранения, в нашем понимании, есть система государственных, социально-экономических мер, направленных на повышение уровня и качества медицинского обслуживания.

Теоретическое и методическое обоснование модели «Управляемой медицинской помощи». В настоящее время сложившаяся в России модель здравоохранения с учетом доли расходов в ее бюджетирование фактически определяет ее как бюджетную. Большинство полномочий по управлению системой здравоохранения на региональном уровне принадлежит министерствам (департаментам или управлениям) здравоохранения. Роль ОМС сводится, по существу, к формированию и проведению платежей, контролю качества медицинской помощи, защите прав пациентов.

Нам представляется, что в настоящее время переход на любую иную модель функционирования системы здравоохранения после ее многочисленных деформаций может привести к необратимым процессам.

В то же время, с нашей точки зрения, централизация территориальных фондов ОМС и переподчинение их Федеральному фонду ОМС позволит вывести региональные фонды ОМС из-под контроля региональных органов управления системой здравоохранения. Это позволит, в частности:

- разделить полномочия покупателей медицинских услуг (территориальные органы фонда ОМС) и поставщиков (медицинские организации), так как в своей деятельности региональные фонды ОМС не будут исходить из позиции местных больниц и поликлиник;

– будет способствовать переключению части потока пациентов в федеральные медицинские центры, которые на сегодня оснащены лучшим оборудованием и располагают более квалифицированными кадрами.

Представим модель «Управляемой медицинской помощи» в виде ромба, см. рис. 1.

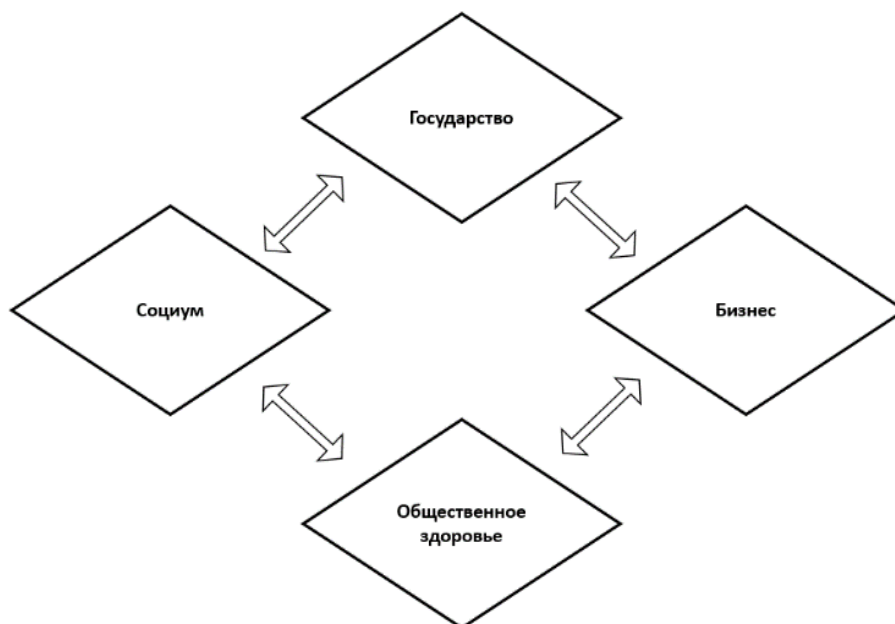


Рис. 1. Модель «управляемой медицинской помощи»

С учетом этих предложений рассмотрим структуру взаимоотношений между государством, социумом (населением), бизнесом (медицинскими организациями) и общественным здоровьем как самостоятельной категорией.

В принципе можно выделить следующие виды структурных взаимосвязей между вышеуказанными разнокачественными подсистемами:

- иерархические взаимоотношения (касаются связей между участниками модели);
- функциональные взаимодействия, то есть оцениваются действия двух или более подсистем в ходе реализации своих задач и функций;
- регулирующего характера, применяющих методы регулирования (управления) одной подсистемой со стороны другой.

В российской реальности отношения между социумом и бизнесом от медицины, включая частную, носят если не конфронтационный, то, по крайней мере, настороженный характер и отличаются взаимным недоверием. Попыток к согласованию интересов не наблюдается. Отношения между государством и общественным здоровьем также далеки от идеальных, так как не обеспечивается простое воспроизводство населения.

В функциональном плане роль государства вытекает из соответствующих конституционных норм по охране здоровья и реализуется в первую очередь в создании условий для жизнедеятельности и развития

социума. Для выполнения этих задач государство готовит и принимает решения, носящие институциональный или ситуационный характер.

Социум предоставляет экономике трудовые ресурсы и получает от нее потребительские блага. В данной схеме цели социума согласуются с воспроизводственными функциями.

Взаимодействие четырех сложных общественных подсистем можно представить через четыре пары связей:

- для пары «государство – социум»;
- для пары «социум – общественное здоровье»;
- для пары «общественное здоровье – бизнес»;
- для пары «бизнес – государство».

Основные виды взаимодействия

В зависимости от того, какая из четырех сфер доминирует в данной стране, можно говорить о четырех вариантах ее социально-экономического уклада. В частности:

- бюрократическом (доминируют государство и его структуры);
- социальном (доминируют социум и общественные структуры);
- пациенто-ориентированном в системе общественного здоровья (доминируют интересы пациента как сфера обеспечения социальных гарантий);
- бизнес-ориентированном (доминируют интересы бизнеса).

1. Модель «Управляемой медицинской помощи». Её сущность состоит в том, что она основана на особой форме договоров между финансирующей стороной и производителями (поставщиками) медицинских услуг, медицинской помощи.

В основе ее формирования лежат следующие положения.

Во-первых, медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан должно осуществляться по особому принципу, за счет бюджетных средств. К ним относятся профилактика и медпомощь в связи с заболеваниями инфекционного типа, связанные с психическим расстройством, обслуживанием ВИЧ-больных и пр. Эти вопросы регулируются нормами об охране здоровья – Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

Во-вторых, развитие сети национальных медицинских центров и внедрение инновационных медицинских технологий или высокотехнологичной медицины должно регулироваться особыми программами развития (приоритетный национальный проект «Здоровье»).

В-третьих, предлагаемая модель «Управляемой медицинской помощи» касается в первую очередь государственного финансирования, медпомощи в рамках ОМС и частной медицины.

В совокупном объеме расходов на здравоохранение средняя доля расходов на амбулаторную помощь составляет около 30%, доля стоимости госпитальных услуг – чуть более 30%. Остальная часть расходов приходится на долговременную медицинскую помощь (12%), лекарственное обеспечение

(20%), а также так называемые «коллективные услуги» (медико-санитарные мероприятия) – 6%.

Государственное финансирование системы здравоохранения

Государственные расходы на здравоохранение в ВВП в 2020 г. составили в России 3,7 %. По оперативным данным, в 2021 году государственные расходы на здравоохранение с учетом пандемии выросли до 4,1 ВВП, или около 4,5 трлн. руб.

В России из бюджетных средств продолжает финансироваться оказание социально значимых видов медицинской помощи (инфекционные и психические заболевания, ВИЧ-инфицированные и т.д.), лекарственное обеспечение определенных категорий населения, инвестиции в медицинское оборудование и медицинские здания.

Финансирование медицинской помощи в рамках ОМС

Объемы финансирования по линии ОМС увеличивались с 2016 года по мере роста доходов населения. Её главными результатами стали стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание бюджетов региональных систем здравоохранения, включая вопросы совершенствования механизмов и инструментов управления отраслью.

По нашему мнению, у этой формы есть три варианта развития.

Во-первых, все трудоспособное население должно нести страховые расходы. В настоящее время за неработающее население несут финансовые обязательства региональные бюджеты, которые испытывают острейший дефицит. Эта плата за неработающее население для депрессивных регионов составляет до 11% от расходной части региональных бюджетов.

Во-вторых, если тарифы по ОМС будут расти и начнут покрывать реальные расходы на лечение, то здравоохранение будет реально развиваться. Мы считаем, что медуслуги должны быть привязаны не к лечебному учреждению, а к самим пациентам. Человек должен иметь право лечиться там, где он считает нужным, независимо от формы собственности. В настоящее время компенсаторами разницы стоимости медуслуг между тарифом и коммерческой ценой выступают пациенты лечебных учреждений, вынужденные официально и неофициально доплачивать за дополнительные услуги или их качество.

В-третьих, если высокотехнологичная медпомощь станет доступной через систему медицинского страхования, это будет колоссальный рывок вперед. Для населения очень важно иметь возможность использовать все доступные источники оплаты. В этом случае получит развитие и добровольное медстрахование, особенно если оно будет субсидироваться частично за счет государства или работодателя⁵.

⁵ «Первый диагностический медицинский центр» от компании «Аскона», расположенной в г. Коврове Владимирской области, инициировал развитие этой формы, для чего были проведены неоднократные семинары с работодателями – руководителями ковровских предприятий, однако в данных экономических условиях проект остался нереализованным. Во Владимирской области в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, включено 106 учреждений

Платные медицинские услуги⁶

Регулируются постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 с дополнениями и изменениями. Динамика рынка платных медицинских услуг в России возросла с 726 млрд руб. в 2012 г. до 857 млрд руб. в 2019 г. В связи с пандемией в 2020 году объем платных медицинских услуг сократился до 738 млрд руб., однако в 2021 г. возрос на 36,3% [6].

Рынок ДМС: тенденции и прогноз. В последние два года продолжилась относительная стагнация рынка ДМС с тенденцией к небольшому росту за счет инфляции. Сокращение затрат на ДМС со стороны работодателей приводит к ужесточению ценовой конкуренции между страховыми компаниями, что, в свою очередь, ведет к все большему давлению на медицинские организации, которые заинтересованы в обслуживании пациентов по ДМС.

Российское население предпочитает добровольному медицинскому страхованию прямую оплату медицинской помощи, когда в ней возникает необходимость.

Заключение

1. Проблемы в медицинской сфере в России во многом объясняются отсутствием четкой модели функционирования системы здравоохранения как на федеральном, так и на региональном (муниципальном) уровнях.

2. Предложенная модель «Управляемой медицинской помощи» направлена на упорядочение и усовершенствование взаимосвязей в системе взаимоотношений между государством, социумом и бизнесом. В качестве ключевого звена выступает «общественное здоровье» как самостоятельная категория.

3. С точки зрения менеджмента с учетом современных вызовов, обусловленных пандемией и всевозможными санкциями, в управлении системой здравоохранения акцент должен быть сделан на выявлении устойчивых связей и закономерностей, определяющих природу, содержание проблем в сфере охраны здоровья населения, логику и методы их разрешения.

Список литературы

1. Герасименко Н. Ф. 4П-медицина – новое направление развития здравоохранения / Здравоохранение России: Федеральный справочник. Т. 13. – М., 2012. – С. 93-96.

2. Камалов А. Деньги надо вкладывать в человека, а не в болезнь // Рос. газ. – 2019. – № 40 (7798).

3. Шишкин С. В., Шейман И. М., Абдин А. А., Боярский С. Г., Сажина С. В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы

здравоохранения, 76 из которых являются государственными, а 30 – частными. По системе ОМС в регионе застраховано около 1 400 тысяч человек.

⁶ Платные медицинские услуги – это медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

и перспективы. Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». – М., 2016. – 67 с.

4. URL: https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Oziz_dept/ordinatura/Sistema_upravleniem_Zdravoohr (дата обращения: 15.02.2022).

5. URL: <https://obj.spravedlivo.ru/sr63/096368>. (дата обращения: 15.02.2022).

6. URL: <https://delprof.ru/press-center/open-analytics/rynok-kommercheskoy-medsiny-v-rossii-tendentsii-i-perspektivy-razvitiya/>? (дата обращения: 15.02.2022).