

2. Балацкий Е., Лапин В. Инновационный сектор промышленности // Экономист. 2006. №1 С. 29-32;
3. А.А. Давыдов «Инновационный потенциал России: настоящее и будущее» // Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социологии Российской академии наук // 2010г.: <http://www.isgras.ru>;
4. Давыдов А.А. «Инновационный потенциал России» // Наша власть. Тема номера: «Социальная политика» // №5(107) 2010г.;
5. Марков М.А. «Теоретический анализ особенностей инновационного развития России в условиях финансовой нестабильности // Статья опубликована в сборнике статей в рамках научной сессии ГУАП "Актуальные проблемы экономики современной России: возможности преодоления последствий экономического кризиса", 2010 г.;
6. Макович В. «Развитие инновационного потенциала России» // <http://www.e-xecutive.ru>;
7. Пискунов Д. «Влияние инновационной политики на международную конкурентоспособность государств» // <http://ecgb.ru/>. 2003г.;
8. Официальный сайт Всемирного Экономического Форума The Global Competitiveness Report 2011-2012// 2011 World Economic Forum.. URL: <http://weforum.org>;
9. Официальный сайт МГТУ им. Баумана. URL: <http://www.bmstu.ru>;
10. Официальный сайт Мирового Сообщества по Борьбе с Коррупцией. Transparency International – the global coalition against corruption URL: <http://www.transparency.org>

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

*Е.Н. Камышанченко, С.Г. Горелик, К.И. Прощаев, Е.В. Кононова  
г. Белгород, Россия*

По данным Всемирной организации здравоохранения ни в одной стране мира нет достаточных денежных средств для удовлетворения всех потребностей населения в медицинской помощи [7, стр. 47]. Постоянный рост расходов на здравоохранение, связанный с появлением новых медицинских технологий и лекарств, изменениями в структуре заболеваемости и демографическими проблемами, является общей тенденцией для всех развитых стран мира. В связи с этим, одной из приоритетных задач социально-экономического развития российского государства на современном этапе является создание эффективной системы формирования и управления финансовыми ресурсами отрасли, а также модернизация сложившейся системы здравоохранения в целом.

Для устранения диспропорции между имеющимися вариантами лечения и ограниченными экономическими возможностями системы здравоохранения все большее внимания уделяют оценке эффективности системы здравоохранения и затрат на нее. При этом важнейшей тенденцией развития систем здравоохранения экономически развитых стран является смещение приоритета от максимальной экономии расходов при оказании медицинской помощи к максимальной эффективности использования задействованных ресурсов. Исследование современной модели здравоохранения России с точки зрения эффективности использования ограниченных ресурсов является весьма актуальной.

Целью статьи является изучение экономической эффективности функционирования современной модели здравоохранения в России.

В настоящее время все существующие в мире системы здравоохранения сводятся к трем основным экономическим моделям. Однозначных, общепринятых названий у этих моделей нет, но описание их основных параметров дается специалистами, в общем-то, одинаково. Это: платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования, государственная медицина с бюджетной системой финансирования и система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования. В более

широком понимании существуют две крайних модели – полностью рыночная и полностью государственная, а также их смешанные варианты [5, стр. 173].

За годы советской власти в нашей стране сформировалась государственная система здравоохранения, суть которой состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. Платными являлись только лекарства, и то, получаемые вне больницы. Государство единолично выступало в роли производителя и покупателя медицинской помощи, оно же осуществляло контроль за конечными результатами деятельности системы охраны здоровья и управляло ее развитием. При этом не были разделены функции финансирования, производства, распределения медицинских услуг, контроля их качества, отсутствовало само понятие конкуренции производителей, покупателей медицинской помощи. Как следствие, поступающие в систему ресурсы использовались неэффективно.

После распада СССР одновременно с децентрализацией власти в стране происходила и децентрализация системы здравоохранения. Были приняты решения отхода от монополии государственной собственности, введения элементов рыночной организации, практики многоканального финансирования здравоохранения, разделения функций производителя и покупателя медицинской помощи, контролера ее качества [4, стр. 80].

Современная российская модель здравоохранения официально относится к смешанным моделям с преобладанием государственного сектора. Такое положение связано с рядом причин – объективного и субъективного характера. К причинам объективного характера в первую очередь относится уровень жизни населения РФ, который можно охарактеризовать как низкий, в сравнении с развитыми странами. Уровень жизни определяет объем платежеспособного спроса на услуги здравоохранения. К субъективным причинам относится государственная политика, которая с начала экономических реформ все больше склоняется к усилению государственной власти. Смешанный характер системы здравоохранения определяет основные принципы финансирования. Наследственность системы, как постсоветской, национальный менталитет, общий уровень бюрократизации определяют ее особенности и узкие места сравнительно со смешанными моделями здравоохранения в других странах.

Принятый 28 июня 1991 года Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» положил правовые начала функционированию российской системы здравоохранения по обязательному медицинскому страхованию.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это государственная система социальной защиты интересов граждан в охране здоровья, базовой целью которой является обеспечение гражданина при возникновении ситуации, требующей медицинской помощи, ее получение, за счет финансовых средств, аккумулированных в федеральном фонде обязательного медицинского страхования [10].

Внедрение системы ОМС было призвано обеспечить решение социальных, экономических, правовых и организационных проблем здравоохранения. Однако переход к ней оказался не столь результативным, как это предполагалось.

На сегодняшний день по-прежнему существует серьезный разрыв между объемом заявленных социальных гарантий государства в области медицинского обслуживания населения и финансовым обеспечением данных гарантий. Финансовые ресурсы здравоохранения всегда ограничены, как и все ресурсы вообще. В связи с этим, возникает проблема ресурсной обеспеченности имеющегося потенциала и его эффективного использования.

Эффективность системы здравоохранения, его служб и отдельных мероприятий измеряется совокупностью показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону процесса медицинской деятельности. При этом эффективность системы здравоохранения не может быть определена однозначно. Применительно к здравоохранению выделяют три типа эффективности: социальную, медицинскую, экономическую [8, стр. 70].

В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных мероприятий здравоохранения, его служб и программ анализируются с позиций социальной,

медицинской и экономической эффективности, среди которых приоритетными являются медицинская и социальная эффективность.

Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного больного – это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Социальная эффективность состоит в обеспечении определенного уровня качества медицинской помощи в рамках располагаемых ресурсов. Этот показатель характеризует степень доступности медицинской помощи определенного качества. [8, стр.71].

В условиях развития рыночных отношений немаловажное значение приобретает и исследование экономической эффективности. В свою очередь, существует взаимосвязь и взаимообусловленность между медицинской, социальной и экономической эффективностью. Перед здравоохранением, как социально значимым благом, встает проблема сохранения баланса между социальной и экономической эффективностью.

Экономическая эффективность – это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения [8, стр.71].

В последние годы в нашей стране вопросам экономической оценки эффективности обследования и лечения различных заболеваний стало уделяться особое внимание. Были введены и широко используются медико-экономические стандарты (МЭС) оказания медицинской помощи. Однако, как выяснилось на практике, тарифы обязательного медицинского страхования далеко не всегда отражают реальные затраты лечебного учреждения, а следовательно и бюджета на обследование и лечение больных.

К примеру, осуществим расчет стоимости медицинских услуг, оказанных в условиях круглосуточного стационара (на примере Белгородской области).

Оплата медицинских услуг, оказанных в условиях круглосуточного стационара, производится в соответствии с МЭС на основе шкалы единых тарифов (в баллах), коэффициентов сезонности и денежного эквивалента одного балла.

При формировании и оплате счетов-фактур за стационарную помощь учитывается соотношение длительности лечения по МЭС с фактической длительностью по каждому случаю. Формирование счетов-фактур производится в соответствии с алгоритмом расчета.

Оплата производится не выше 100% согласованного количества койко-дней в расчете на месяц в целом по Медицинской организации, без учета объемов медицинских услуг, оказанных на койках инфекционного и акушерского профилей по кодам МЭС. Количество койко-дней свыше 100% от согласованного объема в расчете на месяц к оплате не предъявляется.

Плановый объем койко-дней на месяц рассчитывается по круглосуточному стационару в целом, исходя из годовых плановых объемов и месячного коэффициента сезонности. При получении дробного числа, оно округляется в меньшую сторону.

Рассчитаем стоимость оказания медицинской услуги в условиях круглосуточного стационара по отдельному случаю для больного N:

1. Для расчета нам понадобятся следующие сведения:
  - дата поступления и дата выписки (к примеру – 14.09.2011-22.09.2011);
  - код МЭС для основного диагноза (321060);
  - код МЭС для проведенной анестезии (190715+190722);
  - код МЭС для проведенных операций (651306+630808);

- срок реанимации (1 сутки);

2. Используя приложения «Шкала единых тарифов на стационарную медицинскую помощь предоставляемую взрослому населению по Программе ОМС» к генеральному тарифному соглашению (ГТС) с ЗАО «Макс-М» [11] произведем расчет услуги:

а) Для начала высчитаем количество дней, проведенных больным N в стационаре: так как дата поступления и дата выписки считаются 1 днем, получаем общее количество дней, равное 8 дням.

б) Устанавливаем (согласно приложению к ГТС) нормативное количество дней для заболевания 321060 (острый холецистит) – 8 дней.

в) Так как фактическая длительность лечения составила 100% от длительности по МЭС, то оплата производится в полном объеме, согласно установленной оплате по стоимости МЭС. Согласно приложению «Шкала единых тарифов на стационарную медицинскую помощь предоставляемую взрослому населению по Программе ОМС» стоимость услуги 321060 составляет 289,65 баллов.

г) Стоимость анестезии (190715+190722) составляет  $91,60 + 7,94 = 99,54$  баллов.

д) Стоимость операций (651306+630808) составляет  $172,83 + 47,53 = 220,36$  баллов.

е) Согласно приложению к ГТС стоимость к/дней в баллах в реанимационных отделениях стационара составляет 1,18 баллов.

ж) Произведем общий подсчет баллов:  $289,65 + 99,54 + 220,36 + 1,18 = 610,73$  балла.

з) Согласно упомянутому ГТС, стоимость 1 балла в 3 квартале 2011 года составляет 38,02 рубля. На основе этого произведем окончательный расчет:  $610,73 \text{ балла} \times 38,02 \text{ рубля} = 23\,219,95 \text{ рублей}$ .

Как мы видим, в соответствии с ГТС, единые тарифы предусматривают компенсацию (по стационарной помощи) расходов по основной нозологической форме, включая диагностические исследования, услуги параклинических подразделений, лечебные манипуляции, а также расходы приемного покоя. При этом, стоимость лечения болезни (оказанной услуги) оказалась совсем немаленькой, а при существующем дефиците бюджета и не отлаженной системе финансового обеспечения произвести выплаты в полном объеме оказывается весьма затруднительным, что порождает ряд сопутствующих проблем. В данных тарифах также не отражены методы компенсации расходов на диагностику и лечение сопутствующей патологии, влияющей на исход заболевания у пациентов.

Такое различие в стоимости по ОМС, по сравнению с реальными затратами, объясняется рядом причин. Во-первых, наличие сопутствующей патологии требует проведения не учитываемого в современных стандартах обследования, во-вторых, в стандартах значительно занижена стоимость обследования, в-третьих, в затратах не учитывается стоимость лекарственной терапии, то есть лечение дорогостоящими препаратами значительно повышает реальную стоимость госпитализации. [7, стр. 53].

Таким образом, сложившаяся модель ОМС не оказала существенного влияния на эффективность использования ограниченных ресурсов в здравоохранении РФ. Не оправдались первоначальные ожидания появления конкуренции между страховщиками, стимулирующей их активность в защите прав застрахованных и оптимизации размещения заказов среди лечебно-профилактических учреждений.

В действительности население не может выбрать страховщика, а сами страховщики не несут финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи, а следовательно не заинтересованы в выборе более эффективных вариантов организации предоставления медицинской помощи растрхованным. По существу система ОМС распалась на множество фрагментов с построением каждым субъектом Российской Федерации собственной модели ОМС.

В настоящее время в России осуществляется модернизация системы обязательного медицинского страхования. Прошедший 2011 год дал старт масштабным изменениям в российском здравоохранении: началась реализация региональных программ модернизации, вступил в действие новый Закон "Об обязательном медицинском страховании", принят базовый Закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [12]. Модернизация системы обязательного медицинского страхования в России должна спо-

способствовать повышению качества предоставляемых медицинских услуг и повышению эффективности функционирования современной модели здравоохранения в России.

Основными направлениями современной политики в системе здравоохранения РФ являются:

1. Переход на одноканальное финансирование и внедрение подушевого принципа оплаты медицинской помощи.

Переход к одноканальной форме финансирования здравоохранения предполагает, что все средства будут аккумулироваться в федеральном фонде обязательного медицинского страхования и перераспределяться так, чтобы подушевой норматив был одинаковым независимо от региона, в котором гражданин живет.

2. Создание условий для конкуренции страховых медицинских организаций.

Участие страховых медицинских организаций в системе ОМС необходимо в качестве создания в системе здравоохранения субъектов, экономических заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ограниченных ресурсов системы здравоохранения РФ, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций друг с другом за застрахованных [4, стр. 86].

3. Пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи.

Необходимо полное возмещение расходов на лечение не только основной нозологической формы, но и сопутствующих патологий. Дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи предполагает увеличение тарифов на оплату медицинской помощи, с тем чтобы они покрывали реальные затраты медицинских учреждений.

4. Реструктуризация системы оказания медицинской помощи.

Необходимость реструктуризации во многом диктуется объективными процессами – расширением потребностей населения в медицинской помощи, растущим использованием новых эффективных лечебно-диагностических технологий. Эти факторы ведут к удорожанию медицинской помощи, и поэтому требуют поиска более эффективной структуры ее оказания.

Для этого, на наш взгляд, во-первых, необходимо уделить особое внимание вопросу самой организации предоставления медицинской помощи. На сегодняшний день экономически выгодным становится предупреждать заболевание, производить лечение на ранних стадиях, чем лечить запущенные случаи с наличием различных осложнений.

Во-вторых, в структуре оказания медицинской помощи необходимо перенести акценты: из сектора стационарной помощи в сектор амбулаторно-поликлинической помощи; от специализированной амбулаторной помощи в сектор амбулаторно-поликлинической помощи; из круглосуточного стационара в дневной стационар, центр амбулаторной хирургии, стационар на дому; от мелких диагностических подразделений к централизованным службам, способным эффективно использовать дорогостоящую диагностическую технику.

5. Введение полноценной системы реабилитации в здравоохранении.

Значительное внимание необходимо уделить вопросу введения полноценной системы реабилитации в здравоохранении. Любая болезнь оставляет после себя нарушение функций различных органов и систем, что требует длительного восстановления здоровья больного. На сегодняшний день в структуре оказания медицинской помощи не предусмотрено последующего восстановительного лечения. Пациенты, после выписки из стационара остаются один на один со своими проблемами. При этом, у них развивается астеническая реакция на болезнь с признаками повышенной утомляемости, вялости, пассивности. Реже встречается ипохондрический тип реакции с уходом в болезнь. При депрессивном типе реакции возникает чувство тревоги, утрата желания выздоровления, появление тоски, растерянности. Реабилитационные мероприятия обеспечивают полную стойкую компенсацию утраченных во время болезни функций, адаптацию пациента к условиям существования, обеспечивают физическую, психическую, социальную полноценность больных, восстановление профессиональных навыков и обычной трудоспособности. Вместе с тем, несмотря на кажущиеся затраты на реабилитацию, ее успешное выполнение может привести к опосредованному экономическому эффекту, который выразится в снижении затрат на последующее лечение, повторные госпитализации и увеличение трудовой производительности.

## 6. Повышение оплаты труда работникам системы здравоохранения.

Общеизвестно, что все реформы в отрасли, а также попытки обеспечить кардинальные изменения в оказании медицинской помощи, повысить ее качество, обречены на провал, если в этом не будут заинтересованы сами работники и не будут приняты экстренные меры по повышению престижности профессии медика. В течение многих лет средняя зарплата по отрасли составляет 50-60% от показателя по промышленности. В свою очередь, согласно мнениям экспертов, существует устоявшаяся закономерность, «что низкооплачиваемый труд малопродуктивен, и от него не приходится ожидать хорошего качества, а также, что он неконкурентоспособен на мировых рынках сбыта» [4, стр. 97].

## 7. Проведение институциональных преобразования в системе управления и финансирования здравоохранения.

Достижение цели совершенствования существующей системы здравоохранения предполагает необходимость проведения институциональных преобразований в системе управления и финансирования здравоохранения. Модернизация здравоохранения должна включать в себя, как обновление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, так и организацию лечебного процесса. В сочетании с дополнительными вложениями это позволит решить наиболее острые проблемы, возникающие в отрасли.

Таким образом, реализация вышеназванных направлений современной политики в системе здравоохранения РФ будет способствовать повышению эффективности ее функционирования, не нарушая баланса между ее социальной и экономической эффективностью.

### Литература

1. Хальфин Р.А. Региональные аспекты обязательного медицинского страхования [Текст]: сборник научных трудов / Под ред. Р.А. Хальфина. – М., 2009. – 168 с.
2. Крестьянинова О.Г. Одноканальное финансирование как основной элемент модернизации обязательного медицинского страхования [Текст] / Крестьянинова О.Г. // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». – 2011. -№ 1 – С. 34-37.
3. Николаев М.Е. Российское здравоохранение в XXI веке [Текст] / Николаев М.Е. // Научно-аналитический журнал Обозреватель. – 2009. – № 228 (1) – С. 25-34.
4. Плесовский П.А. Основные пути дальнейшего совершенствования рынка медицинских услуг в Российской Федерации [Текст] / Плесовский П.А. // Вестник научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета. – 2008. – № 2 – С. 79-99.
5. Троицкая Н.Л. Социально-экономическая модель здравоохранения современной России [Текст] / Троицкая Н.Л. // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 327 – С. 171-174.
6. Чиркунов О. Здравоохранение: конкурентная модель [Текст] / Чиркунов О. // Экономическая политика. – 2008. – № 4 – С. 157-169.
7. Калашников В.Ю., Серeda Е.Г., Глезер М.Г., Сыркин А.Л. Клинико-экономический анализ лечения пациентов старше 65 лет с рецидивирующим течением фибрилляции предсердий [Текст] / Калашников В.Ю., Серeda Е.Г., Глезер М.Г., Сыркин А.Л. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 2 – С. 47-53.
8. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения [Текст] / Орлов Е.М., Соколова О.Н. // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4 – С. 70-75.
9. Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Назаров В.И. Эффективность работы здравоохранения Российской Федерации [Текст] / Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Назаров В.И. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 2 – С. 3-7.
10. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" [Электронный ресурс] // Российская газета. – Ресурс доступа: <http://www.rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>.
11. Генеральное тарифное соглашение [Электронный ресурс] // Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области. – Ресурс доступа: <http://belfoms.ru/gts.html>.
12. Батенева Т. Лечиться будем по-новому [Электронный ресурс] // Российская Бизнес-газета № 829 (47). – Ресурс доступа: <http://www.rg.ru/2011/12/27/reformy.html>.