

---

---

# ФАКТЫ, ОЦЕНКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

УДК 334.012.35

## НЕОБХОДИМОСТЬ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЕЕ КОНКУРЕНТНЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ

**В.Б. Батиевская**

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения России  
E-mail: batvb@kemsma.ru

Рассмотрено значение улучшения качества человеческого капитала как основного фактора формирования конкурентного преимущества России. Отмечено, что деятельность системы здравоохранения влияет на показатели общественного здоровья и демографии, а значит и на качество человеческих ресурсов. Указаны позитивные сдвиги в программно-целевом регулировании развития отрасли. Выделены этапы развития здравоохранения в новейшей истории. Выявлены преимущества и недостатки современной бюджетно-страховой модели здравоохранения. Обоснована необходимость смены институциональных основ системы путем развития института государственно-частного партнерства.

*Ключевые слова:* человеческий капитал, экономическое развитие, демография и общественное здоровье, развитие здравоохранения, институциональные преобразования, государственно-частное партнерство.

## NECESSITY FOR INSTITUTIONAL REFORMS IN HEALTH SERVICES OF RUSSIA AS A CONDITION FOR FORMING ITS COMPETITIVE ADVANTAGES

**V.B. Batievskaya**

State Medical Academy (Kemerovo) of the Ministry of Health of Russia  
E-mail: batvb@kemsma.ru

Value of quality improvement of human capital as the main factor of forming of competitive advantages of Russia is considered. It is noted that the activity of health services impacts the indicators of public health and demography, hence the quality of human resources. Positive shifts in objectives management of sector development are indicated. Stages of health services development in modern history are distinguished. Advantages and disadvantages of current fiscal and insurance model are indicated. The necessity for change of institutional foundations of the system by the development of institute of state and private partnership is proved.

*Key words:* human capital, economic growth, demography and public health, health services development, institutional reforms, state and private partnership.

Для решения задачи прорыва России в число наиболее развитых стран мира необходимо ориентироваться не только на конъюнктурные компоненты экономического роста (экспорт продукции сырьевых отраслей), но и на фундаментальные факторы, обеспечивающие качественный инновационный рост. Неслучайно модель инновационного развития, предложенная Ф. Янсенем и включавшая изначально четыре элемента: создание новых технологий, разработка новых видов товаров и услуг, формирование новых рынков, введение новых организационных форм [7], была расширена пятым компонентом – инновации, направленные на развитие человеческого капитала [5]. Эволюция учений о роли человека как важнейшего фактора экономического развития достаточно подробно представлена в работах таких отечественных ученых, как Корицкий (2010), Нуреев (2009), Филиппова (2007).

Формированию и развитию этого ресурса способствует:

- инновационное образование, направленное на создание личности, настроенной на успех в любой области приложения своих возможностей;
- обеспечение безопасности окружающей среды и высокого качества жизни;
- создание условий для улучшения демографической ситуации и показателей общественного здоровья.

Несомненно, демографические характеристики и состояние общественного здоровья населения России будут определять ее геополитическую позицию в конкурентной среде середины XXI века. Аналитические прогнозы отечественных экономистов и демографов, выполненные в различных регионах, вселяют тревогу по поводу угроз и вызовов национальной безопасности России. Например, старопромышленные регионы (центральная Россия, Урал) продолжают существовать в условиях депопуляции, нарастающего дефицита трудоспособного населения, неудовлетворенных потребностей экономики в высокопрофессиональных кадрах. Однако фундаментальный дефект геополитического положения России, по мнению ученых института географии РАН [10], состоит в ее крайней слабости на Дальнем Востоке. Специфическое экономгеографическое положение этого региона требует проведения сбалансированной миграционной и демографической политики, обеспечивающей его динамичное экономическое развитие и исключаяющей возможность формирования такого этнического состава населения, который потенциально может создать угрозу территориальной целостности страны (т.е. когда китайцы станут этническим большинством).

Сравнительная табл. 1 демонстрирует, насколько в плане демографических перспектив Россия отстает от своего ближайшего конкурента – Китайской Народной Республики, при этом в случае сохранения сложившихся тенденций разрыв будет только увеличиваться (рис. 1).

Демографические изменения прямо или опосредованно затрагивают важнейшие экономические процессы:

- сокращают предложение труда и численность трудовых ресурсов (старение населения и снижение его численности создают дефицит такого средства производства, как труд);
- изменяют размер и структуру потребительского рынка и рынка услуг;

Таблица 1

**Сравнительная характеристика основных прогнозных демографических показателей России и Китая до 2050 г.**

Прогноз изменения численности населения Китая 2000–2050 гг. <sup>1</sup>			Прогноз изменения численности населения России 2000–2050 гг. <sup>2</sup>		
Годы	Численность, млн чел.	Прирост, %	Численность, тыс. чел.	Прирост абсолютный	Прирост, %
2000	1 265,83	–	145 924,90	–	–
2005	1 316,65	0,79	143 202,09	–2 722,81	–1,87
2010	1 373,87	0,85	141 760,00	–1 442,09	–1,01
2020	1 463,80	0,50	140 171,30	–1 588,70	–1,12
2025	1 483,65	0,27	137 015,10	–3 156,20	–2,25
2030	1 499,54	0,21	132 723,20	–4 291,90	–3,13
2035	1 513,82	0,19	127 910,10	–4 813,10	–3,63
2040	1 519,33	0,07	118 334,72	–9 575,38	–7,49
2050	1 500,60	–0,17	111 752,98	–6 581,74	–5,56

<sup>1</sup> Источник: Ли Чжуншэн. Население Китая и экономическое развитие. Пекин: Изд-во Пекинского университета, 2004. С. 258.

<sup>2</sup> Источник: Федеральная служба государственной статистики: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/>

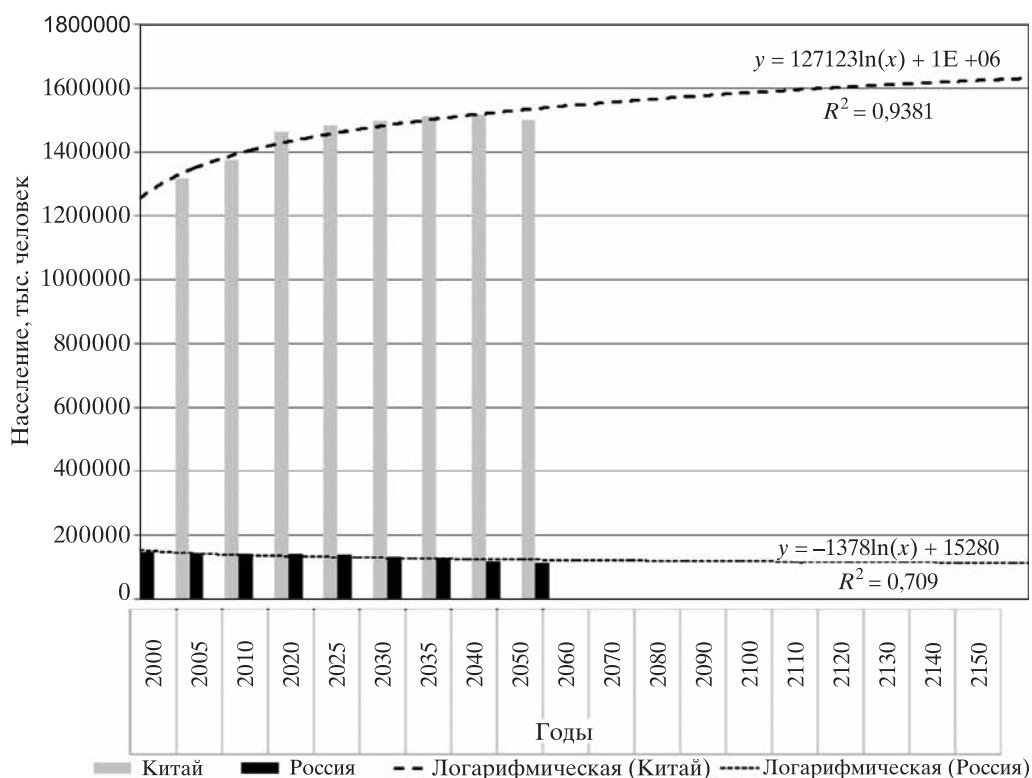


Рис. 1. Экстраполяция прогнозных данных о динамике численности населения Российской Федерации и Китайской Народной Республики.

- влияют на конъюнктуру рынка сбережений через поведение, мотивы и стимулы индивидуального потребителя (норма потребления и сбережения линейно зависят от текущего дохода, который существенно варьирует в течение жизни);
- ограничивают инвестиционные возможности государства за счет роста расходов на социальные нужды;
- влияют на систему налогообложения и обязательного государственного страхования (пенсионного, медицинского, социального);
- уменьшают совокупный фонд рабочего времени за счет высокой смертности и низкой продолжительности здоровой жизни.

Попытки разобраться во взаимосвязи между демографическими характеристиками и здоровьем населения предпринимались еще в советские времена, когда в конце 50-х – начале 60-х годов стали обнаруживаться негативные сдвиги в структуре и динамике населения. Объединение медицинских и демографических знаний – вопрос небесспорный, положивший начало дискуссии о месте, роли и задачах медицинской демографии; о влиянии деятельности системы здравоохранения на демографическую ситуацию. Еще в советские времена было отмечено, что здравоохранение, с одной стороны, сможет добиться эффективных результатов лишь на основе учета социально-демографических сдвигов, которые происходили и происходят в народонаселении; с другой – должно быть направлено на решение демографических и социально-экономических задач [1]. Таким образом, здравоохранение – важнейшая сфера рыночной экономики, в процессе деятельности которой происходит восстановление человеческого капитала для расширенного воспроизводства.

Вопросы охраны здоровья населения являются сегодня одним из важнейших приоритетов государственной политики, что находит отражение в принятых на федеральном и региональном уровнях программных документах: Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.; Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации на период до 2020 г., Приоритетном национальном проекте «Здоровье», региональных программах модернизации здравоохранения. В настоящее время широко обсуждается проект государственной программы развития здравоохранения, в рамках которой до 2020 г. в отрасль планируется направить более 30 трлн руб.

Принципиальным, с точки зрения автора, в проекте являются два опорных момента.

1. Помимо традиционных направлений развития здравоохранения – формирование единой профилактической среды, повышение качества медицинской помощи и уровня удовлетворенности ею пациентов, рост заработной платы медицинских работников и повышение уровня подготовленности медицинских кадров, планируются мероприятия по институциональным преобразованиям в отрасли и совершенствованию инфраструктуры здравоохранения. Ход реформ здравоохранения, начавшихся с 1990-х годов, был хаотичным, мероприятия носили не системный, а фрагментарный характер. Внесистемный подход к реформированию здравоохранения, несовершенство институциональных основ для его развития проявляется до настоящего времени. Следствием этого является отсутствие



*Рис. 2.* Взаимосвязь в системе принятых и разрабатываемых проектов и программных документов на федеральном и региональном уровне управления в Российской Федерации

эффекта синергии, мультипликационного воздействия здравоохранения на социально-экономическое развитие страны.

2. Важным, с точки зрения автора, является то, что данный проект позволяет структурировать и систематизировать все многочисленные программы, реализуемые в сфере охраны здоровья последние годы и устранить коллизии и несоответствия, неизбежно возникающие при параллельной реализации множества программ и проектов разного уровня управления (рис. 2).

За пределами государственной поддержки пока, к сожалению, остается направление по стратегическому партнерству государства и бизнес-структур. То есть не должным образом оценен факт объективного постепенного поворота от патерналистской модели государственного здравоохранения (система Н.А. Семашко) к страховой модели, основанной на государственно-частном партнерстве.

Коротко охарактеризуем основные этапы трансформации моделей здравоохранения в новейшей истории России<sup>1</sup> с тем, чтобы обосновать объективную необходимость формирования новых институциональных основ регулирования развития отрасли.

<sup>1</sup> Советская историческая энциклопедия относит к новейшей истории эпоху, охватывающую период от Октябрьской социалистической революции 1917 г. в России до наших дней.

Модель советского здравоохранения Семашко (1918–1991/1992 гг.), будучи эффективной в своем историческом контексте, заслужив мировое признание и многочисленные одобрения экспертов ВОЗ, к концу XX века себя исчерпала. Основной направленностью данной системы являлось актуальное в то время санитарное просвещение и борьба с эпидемиями инфекционных заболеваний, что требовало экстенсивного развития отрасли: наращивание сети и мощностей медицинских учреждений, рост числа медицинских кадров, способных к оказанию массовой и относительно недорогой медицинской помощи. Тем временем в мире происходило стремительное развитие технологий диагностики и лечения, появлялись новые области знаний в медицине, генетике и биологии, что требовало серьезных инвестиций в НИОКР, материально-техническую базу здравоохранения и в высшее медицинское образование. В силу известных причин в советской России этого не происходило, что привело к безнадежному отставанию отечественной медицины от мировых стандартов. К началу 90-х годов XX века несостоятельность советского здравоохранения (равно как и всей экономической системы) стала очевидной. Дефицит бюджетного финансирования неоправданно крупной сети медицинских учреждений сочетался с декларированным правом граждан на всеобщую бесплатную медицинскую помощь, которое не имело никакого социально-экономического обоснования, а носило исключительно политико-идеологический характер. Методика директивного централизованного планирования, поддерживающая экстенсивный путь развития отрасли; перепроизводство врачебных кадров невысокой квалификации; острый дефицит государственного финансирования при провозглашенной бесплатности медицинской помощи неизбежно привели к снижению качества и к практике теневой оплаты медицинских услуг.

На смену модели Семашко в 1992–1997 гг. приходит заимствованная из-за рубежа бюджетно-страховая модель здравоохранения, которая близка к модели Бевериджа и функционирует до сих пор. В рамках программно-целевого регулирования развития отрасли за счет средства бюджетов всех уровней и средств системы обязательного медицинского страхования финансируются медицинские организации преимущественно государственной и муниципальной формы собственности, в которых размещается заказ на предоставление медицинской помощи определенного вида. Параллельно существуют обособленные субъекты и институты, прямо или косвенно участвующие в предоставлении медицинской помощи населению: достаточно мощная система добровольного медицинского страхования, представленная, как правило, акционерными обществами различного типа; предприятия ведомственного здравоохранения различной организационно-правовой формы (РЖД, Росэнерго, МВД и пр.); частные медицинские организации, предоставляющие в основном консультативно-диагностические услуги и стоматологическую помощь населению и использующие наиболее популярную в этой среде форму объединения капитала – общество с ограниченной ответственностью. При этом каждая подсистема российского здравоохранения существует относительно обособленно и в силу этого сталкивается с рядом проблем и получает ряд возможностей, которые не приводят к мультипликативному эффекту.

*Проблемы и возможности государственной (муниципальной) системы здравоохранения.* Директивные планы в статусе Закона субъекта РФ «О территориальной программе государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи» обеспечивают текущее квотируемое медицинское обслуживание населения, не соответствующее его потребностям. Попытки оптимизировать ресурсную базу неэффективны вследствие существующего механизма финансирования (оплата по усредненным нормативам объема предоставления помощи). Одноканальное финансирование разрушает принципы развития страхового дела, так как страховщик должен оплачивать медицинскую помощь застрахованному гражданину (заработная плата персонала, медикаменты, питание), но никак не содержать неэффективную базу государственных учреждений (хозяйственные расходы, ремонт и т.п.).

Как явное преимущество государственного здравоохранения необходимо отметить, что при условии удовлетворительного финансирования (бездефицитная территориальная программа государственных гарантий, национальный проект, программа модернизации):

- обеспечивается возможность предоставления высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи;
- сохраняется профилактическая направленность системы;
- гарантируется оказание помощи отдельным категориям граждан на льготных условиях, чего не обеспечат ведомственные и частные клиники, так как это противоречит их экономическим интересам и не соответствует их ресурсным возможностям.

*Проблемы и возможности частной системы здравоохранения.* Частная система здравоохранения, являясь неотъемлемой частью здравоохранения РФ, представляет собой разрозненную слабо структурированную совокупность субъектов, потенциал которой в должной мере не востребован государством (табл. 2).

Таблица 2

**Количественное соотношение частных и государственных медицинских организаций, включенных в законы отдельных субъектов РФ «О территориальной программе государственных гарантий»**

Субъект РФ	Организационно-правовые формы учреждений, получающих государственное финансирование в рамках ТППГ	Годы					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Кемеровская область	Всех форм собственности, в том числе:	138	133	145	152	157	187
	Государственные, муниципальные, ведомственные (ГБУЗ, МБУЗ, НУЗ)	136	132	133	131	125	158
	Частные (ООО, ОАО, ЗАО и т.п.)	2	1	12	21	32	29
Новосибирская область	Всех форм собственности, в том числе:	138	146	112	110	112	147
	Государственные, муниципальные, ведомственные (ГБУЗ, МБУЗ, НУЗ)	138	146	110	107	105	119
	Частные (ООО, ОАО и т.п.)	0	0	2	3	7	28

Таблица иллюстрирует то, что на законодательном и нормативно-правовом уровне устанавливается дискриминация частных медицинских организаций, которая выражается в неравенстве доступа к государственному (муниципальному) заказу.

Прочие проблемы, с которыми сталкивается частное здравоохранение, достаточно четко сформулированы в проекте «Концепции развития частной системы здравоохранения», разработанном первой общероссийской ассоциацией врачей частной практики:

- высокие административные барьеры входа в отрасль и коррупция со стороны надзорных органов;
- существующая система налогообложения, не учитывающая социальной роли частных клиник;
- проблемы инфраструктуры, например непредсказуемость арендных отношений;
- отсутствие бюджетных инвестиций, бюджетных кредитов и программ поддержки лизинга дорогостоящего оборудования;
- внедряемые порядки оказания медицинской помощи, когда для соблюдения стандартов оснащения кабинетов частники вынуждены закупать ненужное оборудование;
- наличие «квазирынка» медицинских услуг в виде платных услуг в государственных и муниципальных клиниках, который препятствует становлению и развитию нормальных рыночных отношений.

Так как представление медицинских услуг – затратный, низкорентабельный и рискованный вид деятельности, авторы концепции предлагают разработать целевые программы развития частного здравоохранения, содержащие меры правового, финансового и административного характера с целью создания благоприятных условий инфраструктурного, технологического и кадрового развития частного здравоохранения: налоговые преференции; льготные кредиты, аренда, лизинг; соплатежи и бюджетные субсидии для снижения стоимости услуг и др.

Не лишним будет также изучение зарубежной практики государственно-частного партнерства в этой сфере, когда оно рассматривается как основной инструмент привлечения частного инвестиционного капитала в форме создания акционерных обществ с государственным участием.

На современном этапе в качестве конкурентного преимущества частные клиники позиционируют не столько квалификацию специалистов и технологии, сколько сервис, отсутствие очередности и т.п. По мнению автора, главным преимуществом системы частной медицины является эффективность функционирования базового структурного элемента: коммуникация врач ↔ пациент (отсутствие очередности, возможность выбора врача и т.д.).

Итак, на современном этапе развития здравоохранения сформирована неэффективная государственная монополия на рынке медицинских услуг. На взгляд автора, необходимо создать условия для добросовестной конкуренции медицинских организаций путем обеспечения их равного доступа к средствам бюджета и ОМС, независимо от формы собственности. При этом государственные средства должны направляться преимущественно



на финансирование социально значимой и высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи, так как этот сегмент рынка требует безусловного государственного регулирования.

В рамках новой модели государственно-частного партнерства государство приобретает экономически заинтересованных в конечном результате контрагентов, мобилизуются дополнительные источники ресурсов, появляется возможность технологического прорыва.

### Литература

1. *Бедный М.С.* Медицинская демография // *Здравоохранение Российской Федерации*. 1977. № 4. С. 11–16.
2. *Дуганов М.Д., Калашиников К.Н.* Методологические подходы к оценке эффективности регионального здравоохранения // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2011. № 6 (18). С. 93–105.
3. *Кораблев В.Н.* Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. 199 с.
4. *Кузык Б.Н., Титаренко М.Л.* Китай – Россия – 2050: стратегия соразвития. М.: Институт экономических стратегий, 2006. 656 с.
5. *Очковская М.С.* Инновации как качественный фактор экономического роста: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. Москва, 2006. 26 с.
6. *Сахаровский С.Н.* Институциональные факторы формирования человеческого потенциала // *Журнал институциональных исследований*. 2012. Т. 4. № 2. С. 42–48.
7. *Янсен Ф.* Эпоха инноваций. М.: Инфра-М, 2002. 308 с.
8. *Киселева Н.Н., Бостанова А.И.* Управленческие инновации в модернизации системы здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа // *Управление экономическими системами. Электронный научный журнал*. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.uecs.ru/uecs-36-122011/item/939-2011-12-28-12-10-18> (дата обращения: 05.11.2012).
9. *Шаданова Е.А.* Инновации в системе финансирования сферы здравоохранения // *Современные наукоемкие технологии*. 2009. № 11. С. 172–181. URL: [www.rae.ru/snt/?section=content&op=show\\_article&article\\_id=6833](http://www.rae.ru/snt/?section=content&op=show_article&article_id=6833) (дата обращения: 05.11.2012).
10. *Шупер В.А.* Модернизация России: геополитические аспекты. Институт географии РАН, Российский университет дружбы народов. [<http://spkurdyumov.narod.ru/shupers.htm>] (дата обращения: 25.11.2012).

### Bibliography

1. *Bednyj M.S.* Medicinskaja demografija // *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. 1977. № 4. P. 11–16.
2. *Duganov M.D., Kalashnikov K.N.* Metodologicheskie podhody k ocenke jeffektivnosti regional'nogo zdravoohranenija // *Jekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz*. 2011. № 6 (18). P. 93–105.
3. *Korablev V.N.* Ispol'zovanie innovacionnyh tehnologij upravlenija dlja povyshenija jeffektivnosti zdravoohranenija regiona. Khabarovsk: Izd-vo GOU VPO DVGMU, 2009. 199 p.
4. *Kuzyk B.N., Titarenko M.L.* Kitaj – Rossija – 2050: strategija sorazvitija. M.: Institut jekonomicheskikh strategij, 2006. 656 p.
5. *Ochkovskaja M.S.* Innovacii kak kachestvennyj faktor jekonomicheskogo rosta: Avtoref. dis. ... kand. jekon. nauk. M., 2006. 26 p.

6. *Saharovskij S.N.* Institucional'nye faktory formirovanija chelovecheskogo potenciala // Zhurnal institucional'nyh issledovanij. 2012. T. 4. № 2. P. 42–48.
7. *Jansen F.* Jepoha innovacij. M.: Infra-M, 2002. 308 p.
8. *Kiseleva N.N., Bostanova A.I.* Upravlencheskie innovacii v modernizacii sistemy zdavoohranenija Severo-Kavkazskogo federal'nogo okruga // Upravlenie jekonomichesкими sistemami. Jelektronnyj nauchnyj zhurnal. [Jelektronnyj resurs]. URL: <http://www.uecs.ru/uecs-36-122011/item/939-2011-12-28-12-10-18> (data obrashhenija: 05.11.2012).
9. *Shadanova E.A.* Innovacii v sisteme finansirovanija sfery zdavoohranenija // Sovremennye naukoemkie tehnologii. 2009. № 11. P. 172–181. URL: [www.rae.ru/snt/?section=content&op=show\\_article&article\\_id=6833](http://www.rae.ru/snt/?section=content&op=show_article&article_id=6833) (data obrashhenija: 05.11.2012).
10. *Shuper V.A.* Modernizacija Rossii: geopoliticheskie aspekty. Institut geografii RAN, Rossijskij universitet družby narodov [<http://spkurdyumov.narod.ru/shupers.htm>]. (data obrashhenija: 25.11.2012).