

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Габуева Л.А., Павлова Н.Ф., Габуева Л.Г.

**Вызовы и драйверы экономики госсектора
в здравоохранении России на рубеже 2020 года
при реализации национальных целей,
определенных майским 2018 года
Указом Президента Российской Федерации**

Москва 2019

Аннотация. На рубеже 2020 года в системе государственного управления и медицинского страхования России определились национальные приоритеты, сформированные майским 2018 года Указом Президента Российской Федерации.

В этой связи для принятия региональных программ государственных гарантий обеспечения граждан России бесплатной медицинской помощью, сопряженных с федеральными проектными решениями и индикативными показателями, требуется уточнение методических подходов для принятия адекватных финансовых обязательств.

Ключевые слова: национальные приоритеты управления в здравоохранении, стратегические компетенции, бюджетные и внебюджетные финансы в сфере здравоохранения, риск-менеджмент.

Габуева Л.А. заведующий научно-исследовательской лабораторией экономики недвижимости и исследований социальной экономики ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Павлова Н.Ф. ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории экономики недвижимости и исследований социальной экономики ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Габуева Л.Г. научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории экономики недвижимости и исследований социальной экономики ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2018 год

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1 Основа финансовой модели здравоохранения - существующие и уточненные среднесрочные государственные полномочия в сфере здравоохранения России....	7
1.1 Существующие государственные полномочия в сфере здравоохранения России на рубеже десятилетия: с 2010 года до 2020 года.....	7
1.2 Уточнение приоритетов государственных (муниципальных) полномочий и их экономики с учетом национальных целей и стратегических задач в сфере здравоохранения 2019-2024 гг., определенных майским 2018 года Указом Президента Российской Федерации (далее - Указ№204)	15
1.3 Формирование отечественных проектов государственного финансирования здравоохранения России с учетом общемировых принципов «4П Медицины»	28
2 Совершенствование оплаты государственных полномочий в сфере здравоохранения в среднесрочной перспективе.....	46
2.1 Существующие методы финансового обеспечения принятых государственных (муниципальных) полномочий в здравоохранении (макроуровень)	46
2.2 Новые вызовы финансового обеспечения публичных обязательств государства при изменении страховых правил оплаты и тарификации услуг здравоохранения	56
3 Формирование медико-экономических управленческих компетенций в сфере здравоохранения на рубеже 2020 года.....	64
3.1 Стратегические компетенции органов управления здравоохранения при формировании программно-целевого планирования в среднесрочной перспективе	64
3.2 Основы введения риск-менеджмента при сочетании государственных программ и предпринимательских проектов в здравоохранении.....	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	84
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	87

ВВЕДЕНИЕ

Федеративное устройство российского государства предполагает наличие эффективной системы распределения полномочий и ответственности между уровнями власти в сфере здравоохранения, формирующей человеческий капитал.

На рубеже 2000-х годов начат процесс качественного изменения финансовых обязательств государства по возмещению расходов за оказание гражданам России бесплатной медицинской помощи. Этот процесс был ознаменован появлением:

- централизованного пуллинга страховых средств работающих и взносов за неработающих граждан в бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС),
- усовершенствованием межбюджетных правил распределения федеральных средств ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС (ТФОМС), которые далее по договорам в рамках нормативного регулирования распределяли эти целевые средства здравоохранения в страховые медицинские организации (СМО),
- нормативного регулирования субсидий ОМС по объемам помощи, способам ее оплаты и тарификации расходов, формирующих плановые задания медицинским организациям, получающих по договорам со СМО финансовое обеспечение оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам.

Программно-целевой подход к формированию и оплате государственных полномочий в сфере здравоохранения применяется, начиная, с 1998 года, когда появилась первая программа государственных гарантий (ППГ) и ее сегмент – базовая программа ОМС. Принятие «Программы развития здравоохранения» сначала до 2020, затем до 2025 года, имеющей 9 подпрограмм, также формирует подходы к целевым государственным обязательствам в отрасли.

Персонификация и конкретизация государственных полномочий, гарантирующих населению страны бесплатную медицинскую помощь - публичных услуг здравоохранения, однако, до сих пор находится в стадии становления. Важность типизации медико-экономической основы «социального стандарта» публичной услуги здравоохранения трудно переоценить, а для современной экономики здравоохранения, на наш взгляд, это является самым важным вызовом.

Отметим, самые значимые отраслевые события, повлиявшие изменение содержания дефиниции «социальный стандарт» - как публичная (гарантированная, бесплатная) услуга здравоохранения:

- завершается формирование двухуровневой системы (федеральной, региональной) обеспечения публичных полномочий в сфере здравоохранения с распределением компетенций соответствующих органов управления,

- до 70% всей бесплатной для граждан медицинской помощи государство передало на оплату в систему ОМС,

- имеется противоречие между тарифным регулированием способов оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным в ОМС гражданам, и медико-экономическим содержанием фактической медицинской помощи по законченным случаям лечения в больничных и амбулаторно-поликлинических условиях.

Отметим, что размеры оплаты «социального стандарта» и объемы заявленных гарантий, в рамках его реализации продолжают вызывать научно-практические споры и дискуссии. На многих научно-практических платформах формируются два противоречащих друг другу взгляда о перспективной финансовой модели общественного здравоохранения России. Один, - вернуть централизацию и госконтроль со сметно-бюджетным распределением всех средств, выведя из участников финансовой модели здравоохранения страховщиков. Второй, - дать свободу выбора организационных форм деятельности, усилить частное партнерство и предпринимательские инициативы, которые при правильной конкуренции должны привести к ликвидации «условной убыточности» финансов. Думаем, что истина, как всегда, где-то посередине.

Отчасти нестабильность бюджетов здравоохранения во многих субъектах России приводит к формированию скрытого дефицита территориальных программ госгарантий: федеральные деньги распределяются без дефицита, а размеры возмещения фактических расходов медицинских организаций стали показывать превышения расходов над плановыми размерами распределяемых им субъектов ассигнований. Муниципальные бюджеты с 2013 года выведены из системы оплаты медицинской помощи и содержания муниципальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Бюджеты субъектов и ТФОМС в большинстве своем (более 60) ежегодно формируют программы государственных гарантий с дефицитом.

Одновременно, здравоохранение – как отрасль экономики России постоянно находится в фокусе национальных целей и стратегических задач, обеспеченных дополнительным финансовым обеспечением на основе целевых программ Президента России и Правительства России [1].

По расчетам Министерства экономического развития [2], вклад в прирост потенциального ВВП за счет дополнительного увеличения финансирования программ повышения эффективности человеческого капитала на 1 п. пункт ВВП находится в интервале 0,1 - 0,3 п. пункта. При этом, вклад здравоохранения в этот относительный прирост оценивается на уровне 0,10 - 0,13 пунктов. Одновременно максимальный эффект от увеличения финансирования здравоохранения, по мнению ведомства, следует ожидать к 2022 году. Отметим, что по приведенным расчетам для обеспечения существующих государственных полномочий и новых вызовов развития здравоохранения в 2020 году потребуется от 5,6 до 7,1% ВВП, а к 2030 году- уже 6,2-9,4% при разных сценариях развития экономики России [2].

Все вышеизложенное определило необходимость систематизации достижений и перспектив экономики здравоохранения – как основы для расчета объемно-финансового наполнения публичных обязательств государства перед населением России.

1 Основа финансовой модели здравоохранения - существующие и уточненные среднесрочные государственные полномочия в сфере здравоохранения России

1.1 Существующие государственные полномочия в сфере здравоохранения России на рубеже десятилетия: с 2010 года до 2020 года

Для процесса преобразования здравоохранения в период 2010 -2015 годов можно отметить следующие существенные изменения организации, финансирования и институциональных преобразований отрасли:

- окончательно сформированы компетенции федерального органа управления здравоохранением (Министерства здравоохранения РФ), органов управления в субъектах, исключаящие из системы ранее существовавшие полномочия муниципальных органов;

- произошла смена организационно-экономического статуса медицинских организаций и начат процесс их типизации по охвату обслуживаемых территорий и видам помощи, так называемая «трехуровневая система» оказания медпомощи;

- система обязательного медицинского страхования сформировала новые информационно-финансовые, договорные коммуникации федерального фонда ОМС через сеть территориальных фондов и страховых компаний с медицинскими организациями (использование электронных медицинских карт, личных кабинетов застрахованных в информационных системах, телемедицинских технологий, он-лайн формирование счетов для оплаты и пр.).

В эти годы проведена серьезная модернизация материально-технической базы лечебных учреждений, изменились подходы к оценкам штатных расписаний и начаты реформы мотивационных стимулов для формирования заработной платы медицинских работников. В среднем рост заработной платы врачей в 1,5- 1,8 раза превышает средний размер заработных плат по экономике регионов РФ на рубеже 2017-2018 г. и по нашим оценкам составляет от 70 до 100 тыс. руб., а медицинские сестры стали получать за свой труд оплату соизмеримую со средним уровнем по экономике регионов (по нашим оценкам от 45 тыс. рублей и выше).

Размер средств, направляемых на решение комплексных задач здравоохранения по программно-целевому принципу с 2010 до 2016 гг. увеличено почти в 2 раза и достигает размера около 3 трлн. рублей. Рост объема средств произошел за счет увеличения отчислений на ОМС работодателей до 5,1% в 2011 г. и

последовательного увеличения почти на 20% размера страховых взносов субъектов РФ за неработающее население в 2013-2016 гг. (было всего чуть более 18 тыс. руб. за каждого). Всего из консолидированных средств федерального бюджета в последнее время здравоохранение получает не менее 8-9%. [2]

На рубеже 2017 -2018 гг. не затихают экспертные дискуссии об эффективности выбранного организационно-финансового курса реформ здравоохранения, что побуждает каждый раз возвращаться к анализу реализуемых прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, конституционные постулаты которых остаются незыблемыми при смене характера основной деятельности бюджетных и автономных учреждений, имеющих внебюджетное финансовое обеспечение и предпринимательство.

Исследуем в этой связи, реформирование содержания понятия «социальный стандарт», публичные обязательства по выполнению которого возложены на государство в лице его органов.

Нами регулярно (с 2000-х годов) проводится анализ ежегодно утверждаемой федеральной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [3], а также в 2013-2016 гг. исследовались реформы здравоохранения и состояние территориальных программ здравоохранения в период полного становления страховой модели финансового обеспечения здравоохранения [4]. Результаты экспертных исследований позволяют говорить об отсутствии народнохозяйственной и отраслевой концепций вовлеченности справедливой стоимости законченного случая лечения пациента в оплату больничной и поликлинической помощи, а также в процессы формирования публичных обязательств государства перед населением.

Урезанные законом об обязательном медицинском страховании тарифные оценки оплаты в ОМС обращения застрахованного гражданина в лечебную сеть, о чем свидетельствуют данные ФОМС [5], происходят на фоне отсутствия консенсуса между всеми участниками реализации программы госгарантий по вопросам управления рисками системного недофинансирования реально оказанной в медицинских организациях помощи. Руководители территориальных фондов ОМС отмечают, что при положительной динамике перехода на оплату за законченные случаи в больницах и поликлиниках имеется тарифное занижение реальной стоимости лечения на уровне 10-20% по разным видам помощи и в разных медицинских организациях, особенно, первого уровня [6].

Некоторые авторы подчеркивают необходимость исследования методов, технологий достижения, сбалансированных по объемам и финансам государственных гарантий на основе формирования унифицированной экономической основы государственных услуг в сфере здравоохранения [7].

Результатом изучения зарубежного опыта [8,9], в нашем кратком авторском пересказе, является выявленная устойчивая тенденция всех стран - лидеров сферы здравоохранения переводить больницы и (или) поликлиники на глобальный бюджет, а способы оплаты за оказанную медицинскую помощь - на агрегированные измерители.

В РФ все субъекты с 2013 года с разной степенью успешности агрегируют объемы оказанных услуг так как утверждено в федеральном регламенте Минздрава РФ и ФОМС [10]: в стационаре – на основе стандартов оказанных медицинских услуг с учетом одного диагноза по международной классификации болезней (МКБ-10) [11]. В поликлиниках – с учетом укрупнения всех обращений по разным врачебным посещениям [12].

Повсеместно в мире, а вслед за ним и в России, получили распространение диагностически-связанные группы заболеваний (DRG), объединенные по медицинским показаниям, но что, особенно важно, имеющие сходные группы затратоемкости [10].

Лучшие российские практики последних лет (с 2013 года) показали – переход на российские аналоги этих общемировых тенденций – клинико-статистические группы однородных диагнозов (КСГ) для стационарных лечебно-профилактических учреждений [11,12].

В этих условиях нельзя не прибегать к адаптации государственных полномочий, и конечно, надо ставить их выше проводимых в отрасли медико-экономических преобразований, но не отрывать от этих корней. Нами неоднократно в течении ряда лет указывалось на законодательную природу федеральных стандартов в здравоохранении, которая в 2016-2018 гг. усилила свои позиции [13]. На рубеже 2018 -2019 гг. можно, по-прежнему, говорить о высоком законодательном статусе федеральных стандартов оказания медицинской помощи для целей контроля качества помощи и безопасности медицинской деятельности.

При этом, для целей определения границы платности и бесплатности медицинских услуг федеральные стандарты могут быть использованы лишь при выполнении некоторых условий:

- при наличии во всех медицинских организациях субъектов РФ и муниципальных образований информационно-учетных локальных систем, позволяющих на отчетную дату ежемесячно фиксировать в разрезе отделений и врачей выполнение стандартов, соответствующих диагнозу законченного случая лечения,

- при обеспечении вовлеченности шаблонов федеральных стандартов и клинических протоколов (рекомендаций) в процессы информатизации на рабочих местах врачей отделений (кабинетов) и «электронные медицинские карты»,

- при обновлении регламентов работы врачебных (формулярных) комиссий ЛПУ, направленных на формирование пациент ориентированных половозрастных перечней (списков) лечебно-диагностических услуг и лекарственных препаратов соответственно, которые конкретизируют кратность и курсовые дозы ПЖВНЛС, изложенные в федеральных стандартах в среднем на 100 случаев обращений граждан,

- при введении он-лайн опережающих региональных информационных обменов и коммуникаций по вопросам оплаты и (или) неоплаты страховщиками «исключений» и (или) «дополнений» ниже (выше) кратности лечебно-диагностических услуг и курсовых доз ПЖВНЛС.

Все микроэкономические механизмы учетно-отчетной и финансовой работы администраций медицинских организаций, изложенные выше, могут и должны реализовываться на практике процедуры вовлеченности федеральных стандартов в отраслевые проекты, программу госгарантий. Многие лидеры федерального и регионального уровней управления в здравоохранении пока не могут договориться о статусе федеральных стандартов в новой финансовой модели страховой медицины.

Отметим, что опыт использования федерального стандарта – как экономической категории при оплате и тарификации медицинской помощи, оказанной гражданам России, завершился в 2011 году при реализации «пилотного» проекта в 19 субъектах РФ. В 2013 году, как было сказано выше, он уступил место более сложному механизму оплаты – на основе КСГ. Объединенные в один КСГ несколько диагнозов, имеют в практическом здравоохранении большие трудности учета отдельных услуг и лекарственных препаратов и менее подвержены

персонификации в статистическом учете без использования информационных технологий.

Агрегирование услуг здравоохранения на основе КСГ, на наш взгляд, уводит экономику страхования все дальше от качественных процессов бесплатной медицины. Становится все труднее формулировать обязательства государства перед населением, а объяснить гражданину возможность получения платной услуги в этих условиях - это риск администраций больниц и поликлиник.

Все выше сказанное говорит о необходимости модификации дефиниции «социальный стандарт» здравоохранения – как основы экономики государственных полномочий.

Нами сохраняется ключевое понятие «стандарт» при обосновании государственных полномочий в среднесрочной перспективе в сфере здравоохранения. При этом, его следует считать комплексной медико-экономической категорией, наделенной юридической силой и требующей гармонизации способов его оплаты, переданной в систему ОМС.

Обобщим исследовательскую гипотезу о необходимости формировать государственные полномочия и финансовые обязательства программы госгарантий на основе введения в законодательный оборот дефиниции «социальный стандарт госполномочий» на базе следующих обобщенных положений:

- стандарт в медицинском смысле - это федерально утвержденный шаблон агрегирования лечебно-диагностических услуг в разрезе видов МКБ-10 по видам и условиям предоставления бесплатной медицинской помощи, который в обязательном порядке инсталлирован в единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) и ее региональные сегменты,

- стандарт в юридическом смысле (на основе добровольного информированного согласия)- это договор всех участников системы здравоохранения с гражданином, бесплатно обращающимся за медицинской помощью в государственную и (или) частную медицинскую организацию в рамках конкретного диагноза и (или) диагнозов (при КСГ (DRG)),

- стандарт в экономическом смысле – это справедливая стоимость публичных обязательств в рамках полномочий при оплате агрегированного диагноза (ов) МКБ-10 и порядок взаиморасчетов участников юридического договора на предоставление гражданам «социального стандарта» в сфере здравоохранения.

При таком триедином определении рассматриваемая дефиниция может быть введена в публичный оборот с помощью существующих программно-целевых механизмов формирования бюджетов здравоохранения и медицинского страхования. При этом, степень детализации медицинской и экономической составляющих «социального стандарта» должны позволять конкретизировать исключения из справедливой стоимости и юридически их закреплять на федеральном уровне.

При таком методическом подходе к сути государственных полномочий появится уже в ближайшем трехлетней бюджетном периоде возможность конкретизировать программу госгарантий по обязательствам государства перед гражданами, вне зависимости от источника оплаты, при соблюдении следующих последовательных шагов:

- формирование федерального справочника диагнозов МКБ-10, включенных в государственные полномочия на базе утвержденных Минюстом России федеральных стандартов (далее - ФС) с их нормативной себестоимостью,

- утверждение полных перечней видов ФС, при которых обязательно применяется: этап паллиативной помощи и (или) медицинской реабилитации и (или) санитарная авиация и (или) делаются бакисследования, патанатомия и прочие «спорные» для оплаты страховщиками виды услуг (работ) здравоохранения,

- унификация измерений: перечни федеральных стандартов, диагнозы МКБ-10 и существующие коды КСГ при оказании больничной помощи,

- унификация стоимости КСГ, подушевых тарифов оплаты поликлинической помощи, тарифов вызовов при оплате скорой медицинской помощи и пр.,

- закрепление предельного размер снижения (повышения) нормативной себестоимости федеральных стандартов по диагнозу МКБ-10 (по аналогии с регулированием Налоговым Кодексом ч.1, ст.40 скидок (надбавок) к среднерыночной цене+ опыт регулирования предельных надбавок к оптовой цене при розничной реализации лекарственных средств).

Отметим, что размещать федеральные справочники ФС, КСГ, предельных регулируемых надбавок, перечней платных услуг и пр. можно в единой государственной информационной системе здравоохранения (ЕГИСЗ) с учетом возможностей их адаптации к трехуровневой системе учреждений здравоохранения.

Такой подход, на наш взгляд, будет способствовать повышению эффективности государственного регулирования здравоохранения на основе

справедливой стоимости «социальных стандартов», которая может быть экономически обоснована на уровне формирования государственных полномочий в сфере здравоохранения для целей утверждения бюджета.

Наличие единых федеральных справочников нормативной себестоимости, гарантированной для оплаты государством при лечении диагноза МКБ-10 в соответствии с выполнением ФС, позволит повысить конкуренцию в борьбе за государственный заказ с учетом юридической проработки формата публичной оферты «социальных стандартов» в ЕГИСЗ и пр.

Дальнейшее движение по пути реформирования статуса «социального стандарта» - как публичной договорной оферты может предполагать отличную от существующей вовлеченность страховых медицинских организаций в госпрограммы. Их участие в договорах с ЛПУ могут подтверждаться количеством конкурсных оферт, которые оплачиваются из совокупного финансового пула средств: целевые средства из ТФОМС + % от собственных средств СМО, аккумулируемых от штрафных санкций к ЛПУ, - в том числе. Многие годы разговоров о введении рискового страхования могут успешно завершиться с появлением функционала СМО для оплаты сверхнормативных объемов медицинским организациям на условиях ответственности собственными средствами страховых компаний за принятые на себя обязательства по договору «выкупа» публичной оферты – социального стандарта определенного объема и по справедливой стоимости.

При этом может измениться и принцип бюджетирования из федерального бюджета (бюджета федерального фонда ОМС) территориальных фондов обязательного медицинского страхования, меняя существующую «необеспеченность» на уровне ТФОМС публичных обязательств государства: из всех 87 ТФОМС более $\frac{3}{4}$ не имеют серьезной ответственности перед населением в силу дефицитных бюджетов [7].

ТФОМС сейчас «получают» из ФОМС целевые средства пропорционально численности застрахованных. Они не «защищают» свой «заказ» на публичные полномочия государства и не обосновывают его расчетами. Также СМО не «защищают» перед ТФОМС свой предварительный заказ на конкретное количество «социальных стандартов» для своей территории с учетом статистики сложившегося потребления и актуарных расчетов уровня среднесрочной заболеваемости ЗЛ.

Формирование механизмов экономически обоснованных тарифов нозологических стандартов услуг здравоохранения для целей управления расходами медицинских организаций в субъектах возможно обеспечить на основе утвержденной справедливой стоимости государственно-страхового задания. При этом, механизм утверждения предельных величин рисковой доплаты сверх такого задания за счет



собственных средств страховщиков, работающих в ОМС, послужит большей обоснованности государственных обязательств на бесплатную медицинскую помощь населению России.

Конкретизация «социального стандарта» здравоохранения может привести и к изменению существующей природы платной медицины, что представляется новым вызовом в развитии здравоохранения на среднесрочную перспективу.

Представим законодательную платформу для реализации изложенных в данном разделе авторских исследовательских гипотез и предложений (рисунок 1).

Рисунок 1 - Существующее законодательство, определяющее границы применения «социального стандарта» государственных полномочий на всех уровнях управления в здравоохранении

Как видно на рисунке 1, имеется все нормативное регулирование, вводящие в научно-практический оборот медицинский и экономический аспекты стандартов государственных услуг, а в контексте настоящей работы – это основа для

формирования методологии дефиниции «социальный стандарт» государственных полномочий в сфере здравоохранения.

В условиях завершения перехода здравоохранения на трехуровневую систему медицинских учреждений упрощается процедура унификации ресурсного обеспечения для конкретного расчета нормативной себестоимости законченного случая лечения - стандарта.

Принятие новых норм, регулирующих внедрение Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) в среднесрочной перспективе позволит осуществлять постоянный текущий мониторинг реализации государственных полномочий.

Так, с экономической точки зрения, государственные нормативные стоимости с учетом использования регламентированных материальных, технических и трудовых ресурсов могут быть конкретизированы межгосударственными, национальными (государственными) стандартами РФ (далее - стандарты услуги) в определенной отрасли экономики.

При этом, введение в программу госгарантий расчетов объемно-финансовых нормативов, опирающихся не на абстрактные (посещения, вызовы, койко-дни и пр.), за которые не платит основной источник возмещения расходов отрасли-ОМС, а упор на федеральные стандарты по законченным случаям лечения, сделает механизмы бесплатной медицины более прозрачными для граждан и медицинских организаций (государственных и частных).

1.2 Уточнение приоритетов государственных (муниципальных) полномочий и их экономики, с учетом национальных целей и стратегических задач в сфере здравоохранения 2019-2024 гг., определенных майским 2018 года Указом Президента Российской Федерации (далее - Указ№204)

В Указе №204 поручено Правительству Российской Федерации при разработке национального проекта в сфере здравоохранения исходить из того, что в 2024 году необходимо обеспечить несколько первоочередных целей [1].

Остановимся на целях подробнее в контексте новых вызовов для реализации государственных полномочий, распределенных между федеральным и региональным уровнями управления в здравоохранении.

Главной национальной целью до 2024 года для всех ветвей власти и органов управления названо снижение показателей смертности населения[1].

Для населения трудоспособного возраста ставится показатель довести смертность до 350 случаев на 100 тыс. населения [1].

Основным законом о здравоохранении России [14], как известно, определено утверждение порядка проведения медицинских осмотров и утверждение перечня профессиональных заболеваний, что является важным для решения проблемы сверхсмертности населения трудоспособного населения.

Пилотный опрос (N=100) проведен авторами среди руководителей и специалистов территориальных органов здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, организаций медицинского страхования по вопросам реформирования системы здравоохранения в России в ходе выполнения государственного задания РАНХиГС в 2017 г. [15]

Мнения лидеров отрасли из более чем 7 субъектов РФ показали группы населения, редко обращающиеся за первичной медико-санитарной помощью, (даются по убыванию доли ответов) [15]:

Работающая молодежь (25-30 лет) – мужчины - 69%; женщины -61%;

Студенческая, рабочая молодежь (до 25 лет) - 63%, среди них женщины - 61%;

Работающее мужское население среднего возраста (от 30 до выхода на пенсию) - 52%

Структурированные мнения опрашиваемых специалистов, отчасти, дают ответы на решение проблемы сверх смертности населения трудоспособного возраста, особенно мужчин. Конечно все респонденты позитивно оценивают вовлеченность граждан трудоспособного возраста в программы диспансеризации и профилактические программы по наиболее распространенным и опасным болезням. Однако, участвующие в опросе специалисты вносили предложение: вернуть цеховых врачей на предприятия для сохранения экономически активного населения страны.

Как известно, данное направление госполномочий через программы диспансеризации развивается уже с 2006 года. При этом, в 323-ФЗ [14] вопрос профилактики здоровья работников находится в компетенции работодателя, частично оплачивающего листы временной нетрудоспособности и не препятствующему посещениям работниками поликлиник. В советском здравоохранении был накоплен уникальный опыт «цеховой» медицины, с ее методами профилактики и лечения

профессиональных заболеваний без отрыва от производства в медико-санитарных частях и санаториях профилакториях для металлургов, шахтеров, летчиков, нефтяников, газовиков и многих других профессий.

Мы также предлагаем: для решения проблемы сверх смертности населения, особенно мужчин трудоспособного возраста, на законодательном уровне обсудить возможности для диалога органов управления, законодателей, работодателей и представителей работников (профсоюзов) по вопросам приближения к месту работы медицинской инфраструктуры, включая выездные формы и мобильные медицинские комплексы.

Следует сказать, что при проведении социологического исследования подтвердилась выдвинутая нами гипотеза, что люди трудоспособного возраста, особенно мужчины, не используют возможности общегородских (муниципальных) медицинских учреждений субъектов РФ, о чем свидетельствуют данные опросов 100 руководителей отрасли из 6 –ти субъектов РФ [15]. Приведем данные опросов руководителей здравоохранения об их оценках лиц, часто обращающихся за первичной медико-санитарной помощью [15]:

- неработающее население пенсионного возраста – женщины - 70%
- дети дошкольного возраста – 69% ответов
- неработающее население пенсионного возраста – мужчины - 54%
- работающее население пенсионного возраста – женщины – 42%[15].

Отметим, что высказанные компетентные мнения по реализации реформы здравоохранения, можно сформулировать так; «сверх смертность населения трудоспособного возраста, особенно мужчин, чаще всего определяется их равнодушием к собственному здоровью, страхом перед медицинскими работниками и результатами диагностики, что проявляется в отсутствии инициативных, профилактических посещений медицинских организаций мужчинами трудоспособного возраста».

В подтверждение выводов приведем данные госдоклада о состоянии здоровья населения России [16, с.83] за 2016 г. В нем отмечается, что уровень выявляемости хронической профессиональной патологии в зависимости от типа медицинских учреждений и их специализации таков: в лечебно-профилактических организациях – 3,18 %, НИИ – 24,99 %, в отделении, клиники профессиональной патологии – 71,83 % выявлений профессиональных заболеваний. Это еще раз подтверждает наше

убеждение, что сегодняшняя система организации здравоохранения в стране не решает главную задачу: сохранение населения трудоспособного возраста.

Работающее население не ходит в ЛПУ из боязни потерять работу, следовательно, оно не попадает в другие уровни здравоохранения – специализированной, стационарной и высокотехнологичной медицинской помощи. Возвращение на производство цеховых врачей, или закрепление за ближайшим ЛПУ контингентов работающих по их полисам ОМС и ДМС, может частично снизить остроту проблемы профессиональной заболеваемости и сверх смертности.

Наша страна имеет сырьевую экономику, это находит отражение и в статистике профзаболеваний. В государственном докладе по санитарно-эпидемиологическом состоянии в России [16] отмечается, что в последние годы у работников предприятий по добыче полезных ископаемых отмечен наибольший удельный вес впервые зарегистрированной профессиональной патологии – 43,03 %. На долю профессиональных заболеваний среди работников обрабатывающих производств приходится 27,91 % от всех впервые зарегистрированных. Это и понятно, их доля меньше в общем составе экономически активного населения.

В последние годы наблюдается перераспределение больных с профессиональной патологией в сторону более молодых работников, а также в сторону работников с меньшим стажем контакта с вредными производственными факторами.

Максимальный риск возникновения профессионального заболевания проявляется у работников-мужчин при контакте с вредным производственным фактором свыше 25–29 лет, у работниц-женщин – при стаже свыше 35 лет. Среди всех возрастных групп работников с впервые зарегистрированной профессиональной патологией наибольшему риску ее возникновения подвержены как работники-мужчины, так и работницы-женщины в возрасте 55–59 лет. Уровень профессиональных заболеваний у мужчин в указанной возрастной категории составляет 30,38 %, у женщин – 30,71 % от всех профессиональных заболеваний [16].

Наибольшему риску приобретения профессиональной патологии в зависимости от профессий подвержены мужчины, работающие проходчиками в шахтах, водителями автомобиля, горнорабочими очистного забоя, машинистами экскаватора, машинистами горных выемочных машин. Среди женщин такому риску

наиболее подвержены машинисты крана (крановщики), медицинские сестры, маляры, дояры, машинисты конвейера.

Доля профессиональных заболеваний работников указанных профессий от всех впервые зарегистрированных в 2014–2016 годах в среднем составляет 30,11 и 30,24 % среди мужчин и женщин соответственно [16].

Рассмотрим возможности приближения медицинской помощи к месту работы, в том числе на базе мобильных передвижных комплексов (МПК или ММК), о важности развития которых уже было сказано Президентом РФ [1].

В Госдуме, например, считают, что мобильную медицинскую помощь необходимо обеспечить отдельной статьей бюджета [17].

Депутаты предполагают дополнить закон о здравоохранении статьей про постоянно действующие мобильные комплексы, которые в обязательном порядке (3 – 4 раза в год) объезжали определенное количество пунктов, проводили мониторинг, диспансеризацию, лечение [17].

Еще одним приоритетным индикатором эффективности реализации государственных полномочий в сфере здравоохранения в 2019-2024 гг. становится снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения (450 случаев на 100 тыс. населения)[1].

По состоянию на начало 2017 года в динамике с 2005 года данный показатель имеет снижения смертности от данной причины. Однако, все еще высок удельный вес смертельных исходов при инфарктах: на 100 тыс. населения смертность остается практически неизменной с 2005 года и держится в 2017 году на уровне 23,3 по сравнению с уровнем 29,3 в 2005 году[19].

Говоря об институциональных изменениях в сфере профилактики и лечения заболеваний системы кровообращения отметим, что коечный фонд кардиологических стационаров за 2005-2016 гг. не изменился (составляет 4,5 тыс. коек). При этом, осталось неизменным и количество самих кардиологических стационаров (25 в 2005 году, 24 в 2016 году). Их доля в общем объеме всех диспансерных медицинских организаций (682) в 2016 году остается на уровне менее 4% (24) [19].

Новыми вызовами в сфере реализации государственной задачи снижения смертности от болезней системы кровообращения, наряду с открытием почти во всех субъектах РФ сосудистых центров, специализирующихся на быстром и квалифицированном лечении острых случаев инфарктов, в среднесрочной

перспективе является развитие системы мультидисциплинарного подхода на первых острых реанимационных стадиях болезни, а также в процессе ведения таких пациентов на специализированной койке стационара. Наличие врачей разных специальностей, прикрепленного среднего медицинского работника, а также врачей параклинических специальностей позволит комплексно разрабатывать программу оказания медицинской помощи кардиологическим больным.

Отметим важность в решении данного вопроса времени «доезда» машины скорой медицинской помощи (далее- СМП), наличие на станциях (подстанциях) СМП специализированной кардиологической бригады. Специалисты фельдшерских (линейных) бригад в обязательном порядке проходят обучение по кардиореанимации, оснащены современной аппаратурой и лекарственными препаратами.

Финансовое обеспечение всех госполномочий по оплате специализированной медицинской помощи населению, включая кардиологический профиль всех уровней и условий оказания, передано в систему ОМС. С 2013 года страховые тарифы и способы оплаты проходят путь агрегирования, тяготеют к возмещению затрат по законченному случаю, объединенному в клинико-статистические группы, сходные по применяемым методам лечения. При составлении медицинскими организациями счетов фактур за оказанные законченные случаи имеет значение выполнение gross-плана по их годовому количеству, а также стоимость возмещения расходов с учетом присвоенной затратно-емкости, уровня медицинской организации (3 уровня) и др. установленных в ОМС корректирующих стоимость коэффициентов.

В территориальных программах ОМС в 2016-2017 гг. при формировании тарифа оплаты базовая (федеральная) ставка КСГ корректируется на затратно-емкость в зависимости от следующих коэффициентов дифференциации: управленческий коэффициент ($\leq 1,4$ для всех уровней ЛПУ); коэффициент сложности лечения ($\leq 1,8$ по перечню отдельных случаев лечения по половозрастным группам пациентов и сопутствующей патологии); коэффициент уровня оказания помощи (с учетом дифференциации оплаты по подуровням).

Приведем пример действующих в 2016 -2017 гг. коэффициентах дифференциации стоимости законченного случая кардиологического профиля для пациента, застрахованного по ОМС (таблица 1).

Таблица 1 - Региональные механизмы дифференциации оплаты групп КСГ по профилю «кардиология» в 2014-2016 гг. (данные ТФОМС Свердловской области из доклада директора Шелякина В.А. [18])

Профиль	Групп всего*	Диапазон коэффициентов Дифференциации оплаты КСГ	Групп/подгрупп всего	Диапазон коэффициентов дифференциации оплаты КСГ
2016				
Кардиология	1	1,8	3	2-4,4

Кроме того, отбор и применение препаратов ПЖВНЛС программ госгарантий, используемые изделия медицинского назначения для коррекции функций сердца и проведения оперативных вмешательств у кардиологических больных имеют общие негативные последствия конкурсных закупок, нормирования списка ЛС, ограниченной стоимости курсовых доз для целевого возмещения из бюджетов всех уровней и средств ОМС.

В целях дальнейшего совершенствования данного стратегического направления развития здравоохранения предлагается к обсуждению научно-практическая гипотеза:

-выделить «критичные» (для показателей смертности населения) кардиологические диагнозы, которые не возможно «уместить» в страховой принцип оплаты (таблица 1);

-пилотно проработать возможность: а) в составе целевой субсидии на иные цели (сверх госзадания и ОМС) и (или) б) в составе обязательств СМО за счет собственных средств, - предусмотреть порог безубыточного их финансирования за счет доп. ассигнований бюджета (а)) и (или) ОМС (б));

- проработать размер доплат в % от утвержденной стоимости КСГ ОМС по «критичным» диагнозам в развитие тезиса о программах «ОМС+».

По мере адаптации кардиологических заболеваний к справедливой стоимости лечения с учетом результата пилотного проекта предусмотреть в дальнейшем внедрение доработанных клинических рекомендаций (протоколов) и федеральных стандартов в практику работы всех участников системы здравоохранения: гарантии пациентам- справедливая оплата медицинским организациям- резервирование % собственных средств СМО на колебания затрат от установленных тарифов КСГ-ОМС

и (или) колебания фактического количества случаев от их планового значения и пр.(см. рисунок 12 – модель 15-ти шагов становления и преобразования ОМС).

Еще одним национальным приоритетом в сфере здравоохранения в майском 2018 года Указе Президента РФ определен показатель снижения смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (не должна превышать 185 случаев на 100 тыс. населения) [1].

Онкопатология среди населения России в последние годы «молодеет». При этом, количество учреждений диспансерного типа, в которых стоят на учете пациенты с уже выявленной болезнью, сократилось до 98 в 2016 году (против 116 в 2005 году). Отметим, что одновременно с этим коечный фонд за 11 лет остался практически неизменным: было в 2005 году 27,5 тыс. коек, а стало в 2016 году – 28,4 тыс. Уменьшилось за анализируемый период и количество учреждений, имеющих стационар (со 109 до 93 соответственно). [19]

В качестве научно-практической гипотезы для совершенствования государственных полномочий в области бесплатной медицинской помощи пациентам, имеющим выявленную патологию по профилю «онкология, включая злокачественные новообразования», следует более широко внедрять международный опыт клинических достижений, развивать паллиативную медицинскую помощь и систему социальных коек на дому с возможностями полноценного сестринского и врачебного сопровождения таких пациентов.

Наряду с вышесказанным, Президентский Указ отмечает необходимость усиления направления акушерства и гинекологии так, чтобы младенческая смертность была доведена до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей.

Национальной целью на среднесрочную перспективу названа также ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [19].

Общая характеристика кадровой оснащенности здравоохранения представлена в таблице 2 в сравнении с Германией, чью финансовую модель страховой медицины развивают в отечественной медицине.

Таблица 2 – Сравнение некоторых показателей здравоохранения России и Германии (составлено авторами по данным [20])

	Год	Численность		Число больничных коек на 100 000 человек населения
		врачей на 100 000 человек населения	медицинских сестер на 100 000 человек населения	
Россия	2015	459	1058	834
Россия	2016	464	1048	816
Германия	2014	411	1342	823

Источник: Составлено авторами с использованием [20, табл. -5.12.]

Следует отметить, что в численности медсестер в России указана общая численность среднего медицинского персонала. Но и при этом, наши показатели по количеству медсестер почти на 30% ниже немецких. Мы превосходим Германию по показателю количества врачей, однако, учитывая разницу в плотности населения на территории наших стран, врачей явно недостаточно. Видимо, большего количества медперсонала мы не можем себе позволить из-за ограниченности бюджета на здравоохранение.

По данным ФОМС на компенсацию выплат медработникам за последние 5-ть (в среднем в год) выплаты составляли около 3,0 млрд. рублей, их получили не менее 3,3 тысяч медиков [21].

В 2015 году для предоставления единовременных компенсационных выплат увеличен возраст медицинских работников до 45 лет в целях привлечения на работу более опытных и квалифицированных специалистов для укрепления кадров в сельской местности и рабочих поселках.

Нам представляется, что принятое решение о предоставлении единовременных компенсационных выплат безусловно дало положительный эффект и за истекший период в сельские населенные пункты и рабочие поселки в целом переехало более 15 тыс. молодых специалистов [21]. Учитывая социальную значимость вопроса, однозначно единовременные компенсационные выплаты должны быть продолжены в 2019-2024 гг. при этом вопрос о разделении полномочий по их финансовому обеспечению можно проработать, равно как и возвратность средств из бюджетов тех

муниципальных образований (субъектов РФ), где идет неисполнение временного критерия (обязательного срока) пребывания врача.

Развивая дискуссию, начатую в 2017 году о введении обязательного распределения выпускников, можно поддержать начинание как меру направления молодых специалистов на село. Однако, следует заметить что «сельский соцпакет» молодого специалиста – это зона ответственности муниципальных властей, которая «укладывается» в законодательные полномочия «создание условий для оказания медицинской помощи» по закону №131-ФЗ.

Как известно, в медицине активно развиваются информационные технологии, телемедицинские консультации и другие информационно-коммуникационные системы [22].

Дистанционные методы, телемедицинские технологии должны в перспективе способствовать нивелированию дефицита медицинских работников в первичном звене.

Важнейшей национальной целью в майском 2018 года Указе Президента РФ названо обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год [1].

Отметим, что суммарный экономический ущерб только от болезней системы кровообращения ежегодно составляет около 1 трлн рублей. При этом, согласно исследованию НИУ ВШЭ, за период 2013-2020 годов на каждый рубль, вложенный в первичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, государство сможет получить отдачу в размере 7 рублей. В современных реалиях этот аспект актуален как никогда, он позволит сократить экономическое давление на систему здравоохранения, восполнить ее ресурсы и обеспечить эффективность [23].

Особенно подчеркнем значимость цели, определенной в Указе Президента РФ от 08.05. 2018 года - обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населённых пунктов, расположенных в отдалённых местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [19].

По нашему мнению, для решения цели необходимо развивать в субъектах РФ и муниципальных образованиях быстровозводимые модульные конструкции медицинских пунктов и амбулаторий. Конечно, не исключается строительство новых зданий фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) и офисов врача общей практики.

Для приближения услуг медицины на село и в отдаленные, труднодоступные территории нельзя переоценивать роль выездных форм, включая организацию медицинских и диагностических услуг на базе мобильных медицинских комплексов (ММК). Развитие санитарной авиации в этих условиях продолжится, равно как и внедрение телемедицинских технологий.

Как известно, для последовательного движения вперед по развитию бюджетных полномочий по обеспечению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи сельским жителям до 2014 года должно быть завершено формирование «...сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения...»[1].

На реализации некоторых государственных полномочий, связанных с данным направлением национальных задач, определенных Президентом РФ в мае 2018 года, мы остановимся подробнее.

Как известно в Минздраве начато в 2017-2018 гг. формирование «...геоинформационной интерактивной карты, куда помещено 157 тысяч населённых пунктов с 74, 0 тысячами медицинских организаций» [24].

Кроме того, для решения задачи улучшения качества и доступности медицинской помощи на селе в сфере здравоохранения необходимо завершить проекты по строительству врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. По данным Министерства здравоохранения планируется ввести дополнительно 1034 Фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий на селе [24].

Майский 2018 года Указ Президента РФ нацеливает на продолжение данных работ и рекомендует строительство ФАПов в населённых пунктах с численностью населения от 100 человек до 2 тыс. человек [1].

Решению проблемы транспортной доступности населения в медицинские организации отдаленных муниципальных образований позволит решить активное введение в них мобильных медицинских комплексов. Президент ставит такую задачу Правительству РФ, определив для этого приоритетом населённые пункты с численностью населения менее 100 человек [1].

В.И. Скворцова в августе 2017 года отмечала, что «...населённых пунктов до 100 человек у нас 80 тысяч, и из них 8866 не имеют доступа к первичной помощи в шаговой доступности (хотя бы в течение часа)...»[24]

В свет новых приоритетных задач для среднесрочного (до 2024 года) развития первичного звена здравоохранения и в целях формирования основных приоритетов государственных полномочий субъектов РФ и муниципальных образований обобщим цифры, прозвучавшие на рабочей встрече Президента РФ В.В. Путина с Министром здравоохранения Вероникой Скворцовой 1 августа 2017 года [24].

Как известно, в марте 2018 года подписаны распоряжения Правительства РФ [25,26] и уже выделено из резервного фонда более 3 млрд руб. во все субъекты РФ на развитие сельской медицины: 1,23 млрд руб. для предоставления межбюджетных трансфертов субъектам Федерации на приобретение модульных конструкций врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов; для населенных пунктов с численностью населения от 101 до 2 тыс. человек [25]; 2,2 млрд. рублей на предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов РФ на приобретение передвижных медицинских комплексов для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения до 100 человек [26].

За счет этого планируется снижать на 2% ежегодно число умерших на 1000 человек сельского населения, а также не менее чем на 15% по сравнению с 2017 годом повысить объем посещений сельскими жителями передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК) [1].

Начиная с 2012 года разработано несколько новых типов ПМК. По данным Минздрава РФ, в течение 2013-2014 гг. в целом по стране было закуплено более 400 различных комплексов, наиболее привлекательными из них оказались отечественные: основе «ПАЗа» и ходовой части «КамАЗа», способных нести медицинские приборы и даже и более сложное оборудование [27].

Различные варианты оснащения модулей современным медицинским оборудованием, предлагаются частными инвесторами, исходя из потребностей заказчика [27]: мобильная клиника клинико-диагностическая лаборатория; передвижная клиника мужское здоровье; передвижная клиника служба крови; передвижная клиника здоровый ребенок; мобильная клиника диагностика заболеваний щитовидной железы; мобильная клиника диагностика сахарного диабета и его осложнений;

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) - лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее начальный (доврачебный) этап оказания медицинской

помощи в сельской местности. ФАПы работают в составе сельского врачебного участка под руководством амбулатории, участковой или районной больницы. Основная идея мобильного ФАП - обеспечение качественного медицинского обслуживания и доступность услуг здравоохранения на отдаленных территориях областных центров. Некоторые частные компании предлагают мобильные ФАПы общей площадью от 34 кв.м до 73 кв.м., которые полностью климатизированы, автономны, имеют систему водоподготовки и утилизации и могут быть готовы к эксплуатации в течение 2-3 часов после прибытия на место [28].

Использование в медицинской сфере передвижных комплексов позволяет охватить профилактическими осмотрами большое количество людей, особенно это касается категорий, для которых квалифицированная врачебная помощь не всегда доступна.

Отметим, что в случае, если в передвижном комплексе стационарно расположены медицинские изделия, позволяющие автономно выполнять медицинские обследования, например: флюорографию, маммографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, электрокардиографию, осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование, клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и измерение внутриглазного давления, то такой комплекс является медицинским изделием и подлежит государственной регистрации в установленном порядке [29,30]

Отметим отдельное направление приоритетов Правительства РФ и новый вызов для финансового обеспечения гос. полномочий – это совершенствования строительства дорог в малонаселенных и труднодоступных поселениях муниципальных образований.

Так, по данным аналитиков регионального антикоррупционного центра (г. Новосибирск) стоимость ремонта, строительства и содержания 1 км дорог в Новосибирске равна около 6,6 млн. рублей в 2017 году [31]. Чтобы узнать, сколько государство тратит на это, специалисты проанализировали городские бюджеты на 2017 год — подраздел 0409 «Дорожное хозяйство (дорожные фонды)», и данные проекта «Безопасные и качественные дороги» Министерства транспорта РФ. Как выяснилось, это меньше, чем в Москве (23 млн 619,5 тыс. руб.) и Санкт-Петербурге

(14 млн 251,9 тыс. руб.), но больше, чем, например, в Барнауле (1 млн 324,5 тыс. руб.), Омске (1 млн 82,3 тыс. руб.) или Чите (236,9 тыс. руб.) [31].

По данным ВШЭ средняя стоимость одного километра дорожного полотна (приведенного к стандарту четырех полосной дороги с разделительной полосой) обходилась государству в 2016 году: минимум -30,5 млн. руб; максимум в 72,4 млн. руб. Средняя стоимость строительства км. дороги обойдется в 41,0 млн. рублей [32].

Коммерсант, ссылаясь на данные Федерального дорожного агентства оценивает стоимость строительства 1 км федеральной трассы в России на уровне 44 млн рублей в 2016 году [32].

Объем финансирования дорожного хозяйства составил 564,6 млрд руб. в 2017 г., сообщили в пресс-службе Федерального дорожного агентства (Росавтодор) [33]. Из общего объема этих средств на строительство и реконструкцию 2 884 километров дорог направили в 2017 году 112,3 млрд руб. (без учета строительства Крымского моста). Получается, что 1 км дороги стоит 38,9 млн. рублей [33].

Таким образом, национальные цели и стратегические задачи до 2024 года затрагивают государственные полномочия всех исполнительных органов власти и могут рассматриваться в качестве объекта составления дорожной карты развития здравоохранения с учетом проектного финансирования за счет средств бюджетной системы и внебюджетных источников.

1.3 Формирование отечественных проектов государственного финансирования здравоохранения России с учетом общемировых принципов «4П Медицины»

Как известно из теории общественного здравоохранения и национальных целей развития отрасли до 2014 года, индикативными показателями в среднесрочной перспективе можно считать направления, связанные со снижением смертности трудоспособного населения и смертности граждан от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, а показателем, обобщающим результативность национальных систем охраны здоровья является ожидаемая продолжительность жизни (таблица 3).

Таблица 3 - Индикаторы целей программы «Развитие здравоохранения-2024 года», уточненной в 2018 году (по данным [34])

Показатели	РФ	Целевые показатели
------------	----	--------------------

	2017	2025 год
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	74	76
Снижение смертности населения в трудоспособном возрасте, на 100 тыс. населения	493,2	380
Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 тыс. населения	614,6	500
Смертность от новообразований (в т.ч. от злокачественных), на 100 тыс. населения	197,2	185
Повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи (%)	41,7	56

Приоритеты государственной политики, представленные в таблице 3 подтверждаются данными официальной статистики. Так, в последние годы в России среди причин смерти лидируют болезни системы кровообращения – 47 %. Новообразования составляют 15,8% в причинах смертей граждан (второе место), далее с цифрой в 7,6% следуют так называемые внешние причины (ДТП, суициды, бытовые смерти и пр.) и с цифрой в 5% -болезни органов пищеварения. На рисунке 2 представлены данные 2017 года по причинам смертности населения России.



Рисунок 2 - Причины смертности населения России (число умерших на 100 тысяч населения) в 2016 году (составлено авторами по данным Росстата) [19])

Как было сказано выше, и это подтверждается данными статистики особую обеспокоенность вызывает ситуация со смертностью мужчин в трудоспособном возрасте в России оценивается достаточно негативно, а на основе данных ВОЗ[35]) даже некоторые (восемнадцать) африканские страны и Сирия, находящаяся в стадии военных действий имеют этот показатель выше, чем в России[35]): При этом, для населения нашей страны, находящегося в трудоспособном возрасте, вероятность умереть для мужчин в возрасте от 15 до 60 лет в России почти в 2 раза превышает среднеевропейский показатель (в 2015 г. — 325 и 168 на 1 000 соответственно) [36]): (рисунок 3).

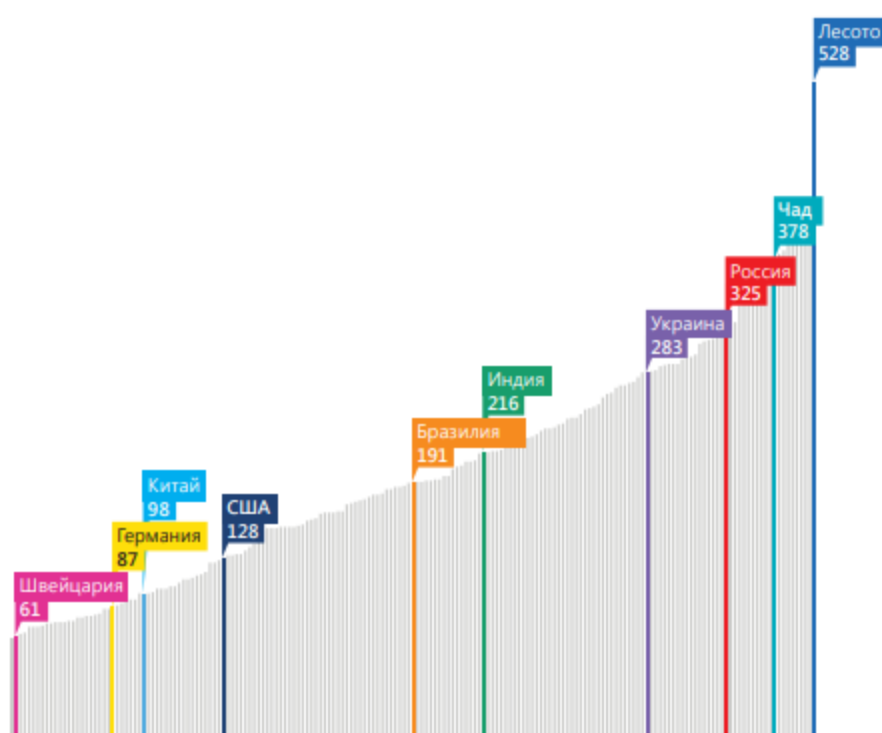


Рисунок 3 - Вероятность смерти (коэффициент) взрослых мужчин в возрасте от 15 до 60 лет на 1 000 человек населения в 2015 г. (по данным Европейского бюро ВОЗ, составлено авторами [35])

Индикативный показатель — «средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении» при этом в нашей стране существенно вырос в последнее десятилетие: с 65,4 года в 2005 году до 71,9 года в 2016 году и, по предварительной оценке, достигла 72,6 года в 2017 году. Это выше среднемирового уровня (71,4 года в 2015 г.), но сохраняется значительный разрыв — примерно 8 лет — с европейскими странами (80,6 года в 2015 году) [37]).

По данным ВОЗ (доклад «Инвалидность в мире», 2014г.) в период 2012-2014г.г. в России 16,4% населения имели группу инвалидности, а количество потерянных лет

трудоспособной жизни составляло в 2014г. 10 лет на 100 человек (Years Lived with Disability) [38]).

Государственный подход к страновому развитию служб охраны здоровья в международной практике последнего времени принято характеризовать в виде обозначения четырех "П"[38;39]). Далее данный подход для целей настоящего исследования определим, как «4 П Медицина», и рассмотрим по следующим направлениям:

1. Профилактика, причем как общая - в виде пропаганды здорового образа жизни и привлечения к спорту, так и специальная, то есть вакцинация. Отметим, что по мнению экспертов, новому подходу к лечению в целом присущ принцип "чем раньше, тем лучше". То есть предполагается не только своевременная профилактика, но и ранняя диагностика, новые маркеры риска и раннее начало лечения.

2. Персонализация, то есть создание индивидуальных лекарственных препаратов, вакцин, а также индивидуальный подбор терапии и системы мониторинга.

3. Предиктивная медицина, при применении которой вероятность болезни выявляется на основании наследственной предрасположенности еще до появления симптомов.

4. Парсипативность, проще говоря, соучастие гражданина в сохранении своего здоровья.

«4 П Медицина» предполагает развитие методов и технологий предиктивной, превентивной и персонализированной медицинской помощи населению и их внедрения в практическое здравоохранение, что должно привести к снижению заболеваемости по нозологиям, обусловленным наследственными факторами, в том числе полигенными, улучшение качества оказания медицинской помощи, а также затрат на такое лечение за счет оптимального выбора схем лечения и применяемых лекарственных препаратов.

Развитие персонализированных методов лечения будет стимулировать развитие и внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, основанных на "омиксных", клеточных, тканевых и генно-инженерных технологиях, а также проведение фундаментальных и прикладных научных исследований в области молекулярной и клеточной биологии, молекулярной и популяционной генетики,

создающих базис для развития предиктивной, превентивной и персонализированной медицины.

Рассмотрим принципы «4П Медицины» для медико-статистического базиса государственного финансирования здравоохранения в среднесрочной перспективе с учетом обозначенных выше направлений: профилактика болезней; борьба со смертностью трудоспособного населения; предотвращение роста показателей по основным причинам смертности (онкология, сердечно-сосудистые заболевания), сделав акцент и на самооценку пациентами своего здоровья.

Отметим, что по данным рисковым для популяции направлениям организации государственного здравоохранения предиктивная медицина России требует еще усиленных медико-экономических механизмов, направленных на постоянную семейную курацию наследственно predetermined факторов риска развития заболеваний. Не работает также мотивация граждан на сохранение своего здоровья, многолетний опыт проведения диспансеризации разных групп населения страны пока не показывает вовлеченности населения. Парсипативность или соучастие гражданина в сохранении своего здоровья в российской практике охраны здоровья не была поставлена в ранг государственного приоритета.

Одновременно отметим, что оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее меньше половины взрослого населения России (42% в 2017 г.). Этот же показатель у граждан ЕС превышает 68% в 2016 г. [37]). Еще хуже в сравнении с западными странами обстоит дело с вовлеченностью россиян в охрану и сбережение собственного здоровья. Все еще отмечаются факторы низкой двигательной активности, а в последнее время проблема малоподвижного образа жизни затронула детей, подростков и молодежи. Отчасти это связано с широкой популярностью электронных гаджетов в детской и молодежной среде, значительным времяпрепровождением за компьютером, а также смещением приоритетов в пользу компьютерных, а не подвижных и спортивных игр.

При этом отметим, что принцип приоритетности профилактики заболеваний [40]) в нашей стране является исторически обусловленным, а в последнее время сопряжен с организацией межведомственного взаимодействия по здоровому образу жизни (ЗОЖ) с созданием центров здоровья [41]. Данная организационно-медицинская форма профилактической работы потребовала решения правовых и

организационных мер и связана с первичной профилактикой социально значимых неинфекционных заболеваний [41].

В силу ст. 22 ТК РФ [42] работодатель обязан обеспечивать безопасность и условия труда, соответствующие государственным нормативным требованиям охраны труда [43]. Конкретный перечень таких обязанностей установлен в ст. 212 ТК РФ.

В настоящее время в РФ одним из основных методов оценки состояния здоровья населения признается диспансеризация, как наиболее объемная, постоянно развивающаяся система индивидуальной и общественной профилактики и укрепления здоровья населения.

В настоящее время в РФ совершенствуется программа диспансеризации населения, а для обеспечения высокого качества выявления заболеваний предлагаются и внедряются все более новые, современные и дорогостоящие методы проведения скрининга и у нас, и за рубежом: генетический скрининг с картированием генома человека, сканирование всего организма и т.д. Надо отметить важность экономической целесообразности используемых методов. Экономическое наполнение является не менее значимым, чем остальные критерии качества диспансеризации населения. Создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и другие изменения в механизмах финансирования здравоохранения привели к регламентации медико-экономических программ диспансеризации граждан России (рисунок 4).

На рисунке видно, что переданные для оплаты в систему ОМС программы диспансеризации населению России разных возрастных групп имеют в 2017-2018 гг. ограничения по размеру оплаты законченного случая (рекомендованная стоимость чуть более 1300 рублей). При этом, регламентированы направления расходования полученных средств: на оплату труда медиков и возмещение медикаментов и расходных материалов (рисунок 4).

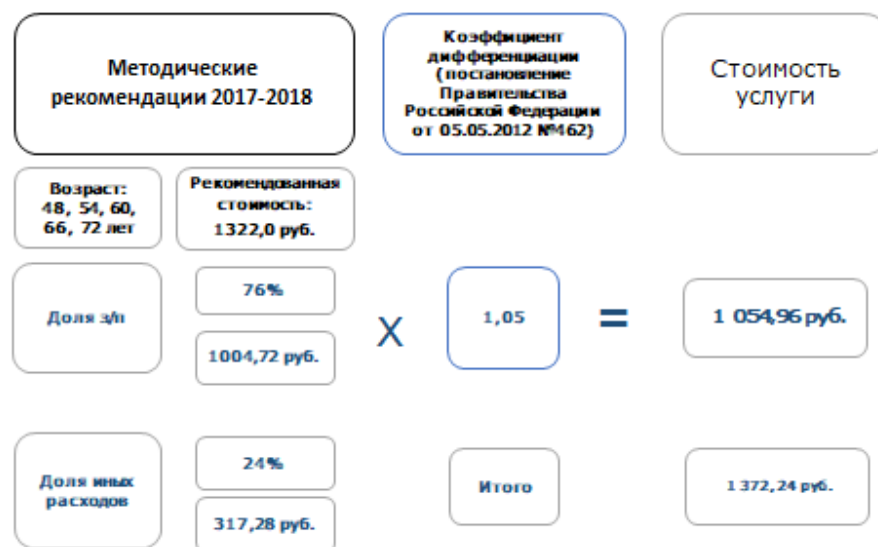


Рисунок 4 - Существующая практика государственного регулирования оплаты программ диспансеризации населению РФ в 2017-2018 гг. через систему ОМС

В России официальные организации все чаще информируют о необходимости проходить профилактические осмотры и более внимательно относиться к своему здоровью. Социальная реклама, передвижные лаборатории, бесплатные проверки на определенные заболевания — все это постепенно вводится. Крупные компании не остаются в стороне. В частности, Philips активно участвует в профилактических мероприятиях. Социальная кампания против рака груди «ЯПРОШЛА» была проведена в десяти городах страны — в течение месяца женщины могли пройти бесплатное маммологическое исследование.

В странах с эффективным здравоохранением в систему профилактики встроены работодатели, некоммерческие организации, органы местного самоуправления, городские сообщества. Где-то такой симбиоз родился более-менее естественно. Где-то врачам пришлось «выходить из зоны комфорта» и идти в народ, рассказывая о важности профилактики и ранней диагностики тяжелых заболеваний. Но в любом случае в успешных эффективных системах вместо абстрактной и часто формальной «пропаганды здорового образа жизни» создана атмосфера, которая человека поощряет, подталкивает с разных сторон к более ответственному отношению к собственному здоровью. И человек, будучи существом социальным, не может противиться всеобщему курсу на здоровый образ жизни.

Отметим, что в рамках государственных мер по профилактике заболеваний и ЗОЖ в нашей стране до 2024 года разрабатываются региональные стратегии профилактических осмотров населения. На рисунке 5 представим существующие индикаторы оценки мер профилактических осмотров и направления их совершенствования в части тактики принятия управленческих решений по их реализации в среднесрочной перспективе.

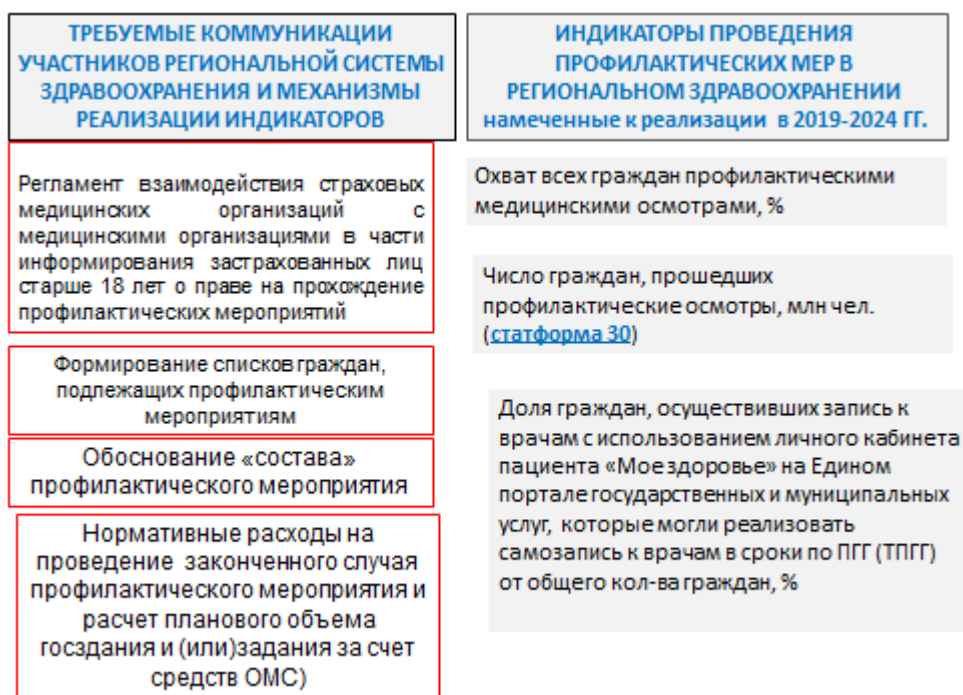


Рисунок 5 - Индикаторы проведения профилактических медицинских осмотров населения субъектов РФ в 2019-2024 гг. и требуемые механизмы для их реализации (составлено авторами на основе [1])

Также в развитие принципов «4Пмедицины» остановимся подробнее на акцентах государственного здравоохранения в их связи с перспективными механизмами целевого бюджетного финансирования отдельных направлений по ликвидации сверх смертности населения страны по причинам сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Важнейшим направлением государственной политики в сфере здравоохранения можно определить и борьбу со смертностью населения от сердечно-сосудистных заболеваний, которые отчасти могут рассматриваться в контексте «4П Медицины» и как предотвращение наследственной предрасположенности и как мощный блок профилактически.

Сердечно сосудистые заболевания (далее ССЗ) сегодня являются одной из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения. ССЗ являются ведущей причиной смертности во всем мире. Отметим, что ежегодно более 31% всех смертей (более семнадцати миллионов граждан в мире) обращается в медицинские организации по причинам, связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В основных причинах смертей выделяют ишемическую болезнь сердца (более семи миллионов человек) и инсульт (более шести миллионов человек) [44].

Как было сказано, наша страна по данным официальной статистики также сталкивается с необходимостью выстраивания эффективных государственных механизмов борьбы со смертностью и инвалидизацией населения в постинфарктных состояниях.

При этом отметим, что превентивность медицины по отношению к болезням сердца и кровеносных сосудов связана с профилактикой артериальной гипертензии. Персонализация лекарственной терапии при диагнозах ишемической болезни сердца (инфаркт, нестабильная стенокардия, стабильная стенокардия, впервые возникшая стенокардия и т.д.) и сердечной недостаточности могли быть объектом внимания при утверждении стандартов оказания медицинской помощи и ее оплате в ОМС по принципам усредненных диагнозов (КСГ) и (или) при утверждении подушевых нормативов оплаты в поликлиниках. Пока в субъектах РФ не выделяются медикаменты на данные направления по адресному принципу, например, для пациентов стоящих на учете в поликлиниках и специализированных кардиологических диспансерах. Принцип доведения средств через ассигнования может быть заменен принципом выделения по перечню и в связи со статистикой заболеваемости и обращаемости граждан. Так, ишемическая болезнь имеет много клинических форм, например, острый коронарный синдром (ОКС), который связан с повреждением атеросклеротической бляшки коронарной артерии и образованием тромбоза, сопровождающегося инфарктом миокарда, либо нестабильной стенокардией [45].

Предиктивность и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, ОКС на государственном уровне требует разработки комплекса мер по нескольким стратегиям профилактики: первичной и вторичной[46]. На государственном уровне, как известно, первичная профилактика требует регламентов для снижения высокого

наследственного и приобретенного риска сердечно-сосудистых заболеваний, ведения реестров лиц с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и проведение среди них активных профилактических мероприятий для максимально полной коррекции факторов риска в рамках профилактических осмотров, диспансеризации.

Региональная стратегия дистанционного мониторинга ОКС отмечается в рамках реализации пилотных проектов, проведенных в Псковской, Ленинградской, Белгородской, Самарской областях, а также в Республике Саха, Чувашской республике и Ямало-Ненецком автономном округе. С 2013 года на всей территории Оренбургской области осуществляется сосудистая программа «Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Оренбургской области». На создание условий для оказания экстренной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией затрачены средства - 888 млн. рублей. [47]

Лучшей практикой в России по снижению смертности и заболеваемости ССЗ был назван проект, реализованный в Ярославской области совместно с компанией «Новартис» и в нем был достигнут хороший социально-экономический эффект [48].

Проект был реализован в форме развития частно-государственного партнёрства в сфере здравоохранения, а основным клиническим результатом можно считать снижение количества инсультов с 4933 до 4173 и инфарктов с 2375 до 1995 (по данным МИАЦ Ярославской области). Также отметим, что в результате моделирования маршрутизации пациентов, профилактических мероприятий среди населения и персонификации лечения наблюдалось улучшение контроля артериального давления населением (до 40%), контроля уровня холестерина крови (до 50%) и намечен позитивный сдвиг в отказе от курения [47].

Опыт регионального регулирования ССЗ позволяет подтвердить, что вовлеченность населения в решение проблем со здоровьем может в случаях ССЗ иметь решающую роль. Значительный вклад в преждевременную смертность населения от ССЗ вносят такие факторы риска как: курение (17,1%); недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%); избыточная масса тела (12,5%); гиподинамия (9%) (рисунок 6).

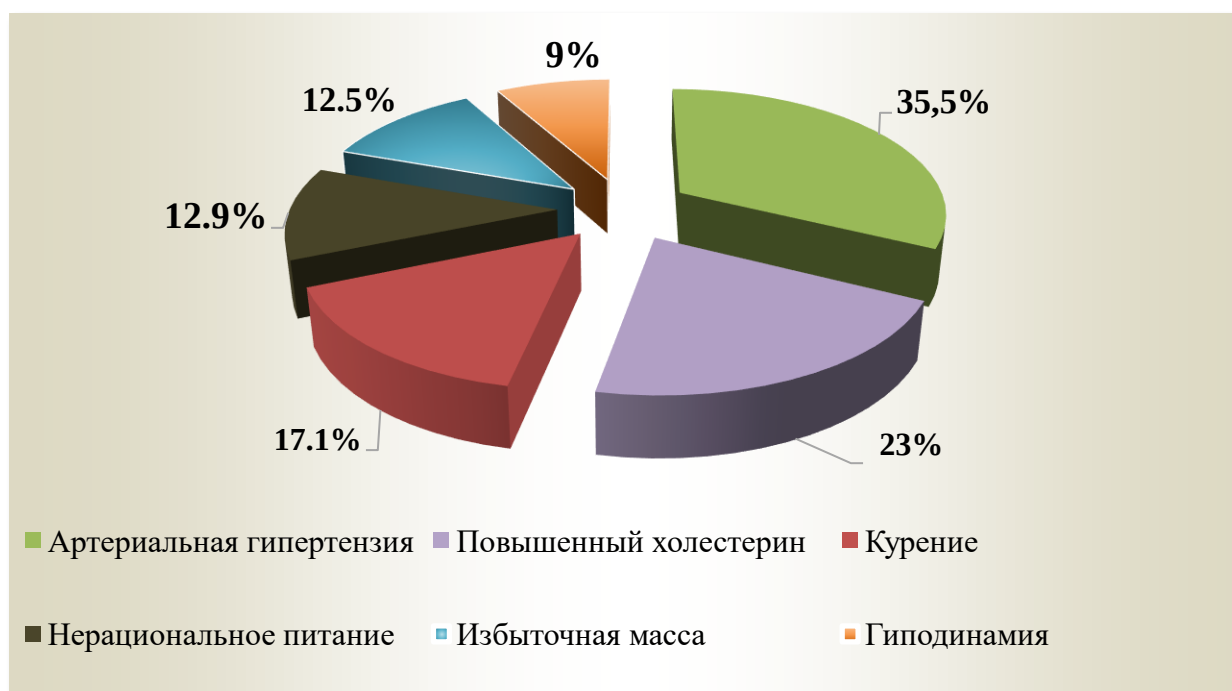


Рисунок 6 - Диаграмма Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (составлено авторами по данным [48])

При этом, фактически населением России артериальное давление контролируется всего четверти всех случаев ССЗ[49].

Противоречивость россиян связана с тем, что при выше названной не высокой вовлеченности в проблемы своего личного здоровья наши граждане устойчиво ставят здоровье на первое место своих приоритетов. Оно опережает безопасность, стабильный заработок, экологию и др., а удовлетворенность доступностью медицинской помощи, напротив, является наименьшей среди характеристик удовлетворенности жизнью [50].

Может быть такая ситуация еще раз подчеркивает важность государственных мер, связанных с активным вовлечением населения в вопросы охраны здоровья: общественного и личного.

Отметим, что вторичная профилактика, как правило, направлена на эффективность лечения уже произошедшего заболевания, т.е. в отечественной практике медицины связана с предупреждением осложнений и смертельных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний. Здесь риски неэффективности связаны с подбором персонифицированных методов и методик лечения сердечно-сосудистых заболеваний в стационарных отделениях, наличия реанимационных палат и палат медицинской реабилитации таких пациентов на этапах пост-стационарного лечения,

включая результативность внебольничных мер. В нашей системе организации здравоохранения для комплексного подхода по медицинскому сопровождению больных ССЗ выделяют: диспансерное наблюдения; оказание специализированной и, при необходимости, высокотехнологичной медицинской помощи, проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Отметим, что преемственность всех выше указанных стадий лечения ССЗ будет иметь наибольший социально-экономический и медицинский эффект.

В национальном масштабе вопрос эффективности диспансеризации и мониторинга, пациентов имеющих сердечно-сосудистые, заболевания стоит особенно остро. Отметим, что после выписки из стационара пациенту рекомендовано обратиться к кардиологу либо к участковому терапевту, если пациент не мобильный, то информация передается в поликлинику по месту жительства и «актив на дому» по диспансерному наблюдению задействует систему участковых терапевтов.

Длительность периода реабилитации пациентов с ССЗ требует вовлеченности различных специалистов и утверждение в масштабах страны комплексных программ пост-стационарных реабилитационных мероприятий в разрезе следующих важных, на наш взгляд, направлений. В первую очередь, - определение перечня специалистов и кратности посещений пациента на дому мультидисциплинарной бригадой специалистов для специализированного динамического наблюдения за его состоянием. Для мобильных пациентов, перенесших ССЗ требуется разработать кратность и периодичность посещения дневного стационара. Отметим также необходимость включения в паспорта поликлиник требований по оснащению кабинетов медицинской реабилитации. Кроме того, в формате создания модуля поликлиник для неотложной помощи прикрепленным территориальным жителям возможно предусмотреть мобильный график работы выездных бригад специалистов для маломобильных или немобильных пациентов. В контексте развития профилактической работы с населением по предотвращению ССЗ требуется возродить практику функционирования в поликлиниках по месту жительства граждан «Школ» для пациентов и их родственников, а также в рамках телемедицины открыть кабинеты дистанционного консультирования и мониторинга эффективности реабилитации территориальных жителей, перенесших ССЗ.

На рисунке 7 представим модель маршрутизации пациента с ССЗ из сосудистого центра (первый этап) на стационарное лечение в профильное отделение (2

этап) и на этап амбулаторно-поликлинического сопровождение в городскую поликлинику (третий этап), реализующей тактику «4ПМедицины».



Рисунок 7 - модель и маршрутизация пациентов с использованием тактики «4ДМедицины»

На схеме представлена модель и маршрутизация пациентов на медико-социальную реабилитацию в территориальные поликлиники. На долечивание в территориальные поликлиники (третий этап реабилитации) пациенты направляются из кардиологических и неврологических отделений круглосуточных стационаров (второй этап), а туда соответственно из региональных сосудистых центров (1 этап) (рисунок 7).

Кроме того, в системе вне рамок системы здравоохранения пациенту ССЗ требуется социальная адаптация или, так называемая третичная профилактика, целью которой является замедление прогрессирования осложнений, при уже имеющейся болезни [51]. Здесь важным механизмом государственного регулирования должно быть персонифицированное физкультурно-психологическое, профессионально-социальное сопровождение по устранению или компенсации функций организма, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности и привычного социального и профессионального статуса человека.

Как было сказано выше, онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности, и с увеличением продолжительности жизни проблема выделения государственных финансов на лечение онкологических заболеваний будет нарастать. Важность решения проблемы онкологических заболеваний была отмечена

Президентом Российской Федерации в послании Федеральному Собранию 1 марта 2018 г, а также в Указе № 204.

Принципы «4П Медицины» для государственного регулирования онкозаболеваемости в российской практике могут быть весьма успешными в силу того, что механизм патогенеза данных заболеваний являются одной из основных областей приложения подходов персонализированной медицины. Персонификация состоит в молекулярном профилировании опухоли с целью подбора оптимальных схем лечения и лекарственных препаратов, разработке и применении персонализированных средств лечения, включая индивидуальные терапевтические вакцины, модифицированные клетки пациента. Важной составляющей персонализированного лечения онкологических заболеваний является использование биомаркеров для раннего мониторинга эффективности применяемого лечения, мониторинга минимальной остаточной болезни и раннего досимптоматического выявления онкологических заболеваний.

Модели пациентов при лечении онкологических заболеваний связывают медицину данной проблемы с экономикой ее оплаты и финансирования. Новый импульс развития онкологической службы связан с приоритетной задачей 2019-2024 гг. по снижению смертности от онкологических болезней (включая злокачественные новообразования далее - ЗНО), целевое значение которого установлено Президентом РФ на границе 185 случаев на 100 тысяч населения к 2024 году[1].

Безусловно, в государственной политике в сфере здравоохранения в среднесрочной перспективе борьба с ЗНО - одна из ключевых задач, которая детализирована по индикаторам в 2018 году в государственной Программе «Развитие здравоохранения в РФ до 2024 года» [34].

Отметим, что текущая ситуация по заболеваемости онкологией (включая ЗНО) не всегда подтверждается эффективной инфраструктурой сети онкологических учреждений (отделений), а также имеет некоторые проблемы с финансовым обеспечением применяемых на практике методов их лечения.

Так, статистика текущих трех лет (2016-2018 гг.) подтверждает актуальность выделения онкологической медицинской помощи в важнейший приоритет общественного здоровья и деятельности здравоохранения. Контингент онкологических больных в 2016 году составлял 2,4 процента от численности населения России [52]. В регистре онкобольных на 1 января 2017 года состоит порядка

290 тысяч человек (г. Москва составляет от данного регистра 7,1%). По состоянию на 01.01.2018 г. фиксировалось смертность от онкологических заболеваний (включая злокачественные) в пределах до 192,8 случаев на 100 тыс. населения. При этом, ЗНО в 2018 году составляют вторую по частоте и значимости причину смертности граждан России, а в структуре ЗНО особую группу составляют злокачественные заболевания системы крови (гемобластозы) [52].

При этом, институциональный механизм организации оказания населению онкологической медицинской помощи в России предполагает: наличие специализированных онкологических диспансеров, онкологических отделений в многопрофильных стационарах первого, второго и третьего уровня оказания медицинской помощи, которые различаются полнотой оплаты фактических расходов на ее оказание.

Одновременно отметим, что оплата и тарификация оказанной онкологической помощи с 2017 года (включая химиотерапию) последовательно совершенствуется в тарифном регулировании обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). В 2017-2020 гг. программой государственных гарантий при оказании бесплатной медицинской помощи жителям России определен единственный способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний - КСГ) [53].

В качестве основных критериев группировки КСГ используются код диагноза в соответствии со справочником "Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра" (далее - МКБ-10) и код хирургической операции и (или) другой применяемой медицинской технологии, в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, определенных Минздравом РФ.

Отметим, что наряду со средствами ОМС в субъектах имеется практика 2017-2018 гг. по софинансированию из федерального бюджета расходов бюджетов субъектов РФ на организационные мероприятия, связанные с обеспечением лиц лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией и пр. В ресурсном обеспечении онкологической помощи такого

вида доля медикаментозного лечения и лабораторных исследований составляет около 75% от общей стоимости законченного случая лечения онкологического заболевания.

Отметим, что иммунотерапия при онкологии считается одним из наиболее прогрессивных новых методов лечения, а лекарственное стимулирование иммунной системы против раковых клеток, приводящее к выработке антител, повышает значимость современных препаратов МАТ¹.

К 2018 году в России зарегистрированы препараты МАТ, применяемые, в частности в онкогематологии, такие как ритуксимаб, обинутузамаб, брентуксимаб ведотин, ниволумаб, трастузумаб, даратумумаб и другие.

Новые вызовы в среднесрочной перспективе по оказанию и оплате онкологической помощи в Российской Федерации проанализированы авторами. Так, с учетом роста стоимости лечения таких заболеваний и передаче их оплаты в ОМС необходима персонификация терапии МАТ в разукрупненных (разгруппированных) КСГ. Средневзвешенная стоимость одной инъекции этими препаратами в онкологии составляет более 200 тыс. рублей, а количество курсов на одного пациента может составлять от 8 до 20, что приводит к дифференциации стоимости среднего законченного случая терапии. Одним из способов увеличения затратоемкости тарифов ОМС для целей повышения привлекательности оплаты законченных случаев лечения онкологических заболеваний является введение подгрупп КСГ, использующих дорогостоящие МАТ. В рамках федеральной модели КСГ 2018 года случаи оказания специализированной онкологической медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров с включением в терапию МАТ оплачиваются по двум КСГ № 157 и № 63 (в эти группы в 2018 году включено 203 диагноза по МКБ-10).

Кроме того, одним из значимых направлений лекарственной терапии онкологических больных является препараты для купирования болевого синдрома, который может быть обусловлен самой болезнью и следствием проведенного лечения (химиотерапии и пр.). Pain management (с англ.-управление болью) именно у этой группы пациентов незаслуженно остается мало разработанным как в организационном плане (в настоящее время в номенклатуре специальностей не

¹ МАТ - моноклональные антитела, вырабатываемые иммунными клетками, принадлежащими к одному клеточному клону, то есть произошедшими из одной плазматической клетки-предшественницы. МАТ могут быть выработаны против почти любого природного антигена (в основном белки и полисахариды), который антитело будет специфически связывать.

существует наименование «альголог» - специалист по лечению боли), так с точки зрения современной лекарственной терапии (трудности в доступности наркотического обезболивания). Отметим, что в существующих российских практиках службы лечения боли в г. Москва [55] и г.Санкт-Петербург [56]. не оказывается помощь онкологическим больным.

Доступность узких специалистов и своевременность выявления онкопатологии на ранних стадиях болезни приведет к необходимости оплаты персонифицированных МАТ в поликлиниках, а не только в стационарах. В программы профилактических осмотров лиц, старше 18 лет потребуется включать дорогостоящие методы диагностики и лабораторные исследования.

Отметим, что выделение «критических» для смертности населения онкологических диагнозов и уточнение действенных принципов организации и оплаты данных видов медицинской помощи в среднесрочной перспективе государственного управления включает уточнение маршрутизации, госпитализации и оплаты пациентов по профилю «Онкология» в специализированных, а также иных (кроме онкологических) отделениях стационаров (например, гематологических), а в дальнейшем – паспортизации учреждений первичного звена для ресурсной оснащенности современных методов исследований при проведении профилактических осмотров.

Для преодоления проблем с адресной лекарственной терапией следует уточнять список персонифицированных таргетных лекарственных препаратов (включая МАТ) для лечения онкологических заболеваний и ЗНО на базе эффективных механизмов целевого финансирования госзакупок и (или) их тарификации ОМС на основе создания и сопровождения электронных баз данных лекарственных средств в аптеках и медицинских организациях субъектов РФ.

Профилактика боли и противоболевая терапия при онко-заболеваниях может стать одним из критериев доступности качественной медицинской помощи. При этом функции врачебной должности врачей –альгологов в профильных онкологических отделениях на базе порядков организации и оказания онкологической помощи, протоколов (клинических рекомендаций) лечения требует уточнения.

Таким образом, государственные приоритеты финансирования здравоохранения в нашей стране могут гармонично развиваться в контексте общемировых трендов «4ПМедицины», по направлениям определенных Указом

Президента РФ №204 и в рамках уточнения региональных проектов субъектов РФ, в том числе переданных для оплаты в систему ОМС.

2 Совершенствование оплаты государственных полномочий в сфере здравоохранения в среднесрочной перспективе

2.1 Существующие методы финансового обеспечения принятых государственных (муниципальных) полномочий в здравоохранении (макроуровень)

Все методы финансового обеспечения государственных обязательств в сфере здравоохранения условно объединим так:

а) методы бюджетного ограничения (рисунок 8):

-на федеральном уровне - это доля ВВП на здравоохранения; размер средств на ОМС в объеме собираемого единого социального налога с работающих и взносов за неработающее население; установление среднедушевых (подушевых) ограничений на оплату медицинской помощи и пр.

-на уровне субъектов РФ – это сумма перераспределенных федеральных ассигнований на переданные полномочия по организации и оплате специализированной и первичной медико-санитарной помощи;

-на уровне муниципальных образований – это размер доведенных межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ на создание условий для оказания медицинской помощи населению.



Рисунок 8 - Финансовые основания для развития существующих механизмов «бюджетного ограничения» государственных полномочий в сфере здравоохранения

б) методы программного финансирования:

- на федеральном уровне: программа «Развития здравоохранения», формирующая приоритетные (9) подпрограммы; Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, Программы ОМС базовая (федеральная); Федеральные «пилотные» проекты и специальные приоритетные программы, -например, внедрение «эффективного контракта» в здравоохранение; лекарственное обеспечение; высокотехнологичная помощь; развитие телемедицины и пр.);

- на уровне субъекта РФ: программы «Развития здравоохранения субъектов РФ» и территориальные программы ОМС, а также выделение средств субъекта сверх расходов на программные мероприятия и (или) формирование программ для финансирования «иных» целей (например, программы капитального строительства, программы информатизации учреждений; дополнительного лекарственного обеспечения и пр.).

Рассмотрим «методы бюджетного ограничения» более подробно.

Совокупные расходы на здравоохранение в Российской Федерации в 2014 году составляли 1,8 млрд. долл. США (5,5% от ВВП), а к 2020 г. их объем планируется повысить до 6,2% ВВП [57].

Президент России Владимир Путин в ежегодном (2018 года) послании парламенту ставит задачу добиться роста расходов на здравоохранение до 5% внутреннего валового продукта, используя такие источники финансирования, которые не сдерживали бы экономический рост. Такая же планка задается в Указе Президента РФ от 08. 05. 2018 г. по национальным целям развития страны до 2024 года [1].

"В 2019-2024 годах на развитие системы здравоохранения из всех источников потребуется ежегодно направлять в среднем более 4% ВВП. Но стремиться нужно, безусловно, к 5% ВВП", - заявил В.Путин [58].

На рисунке 9 представим динамику государственных расходов на здравоохранение РФ, % от ВВП.

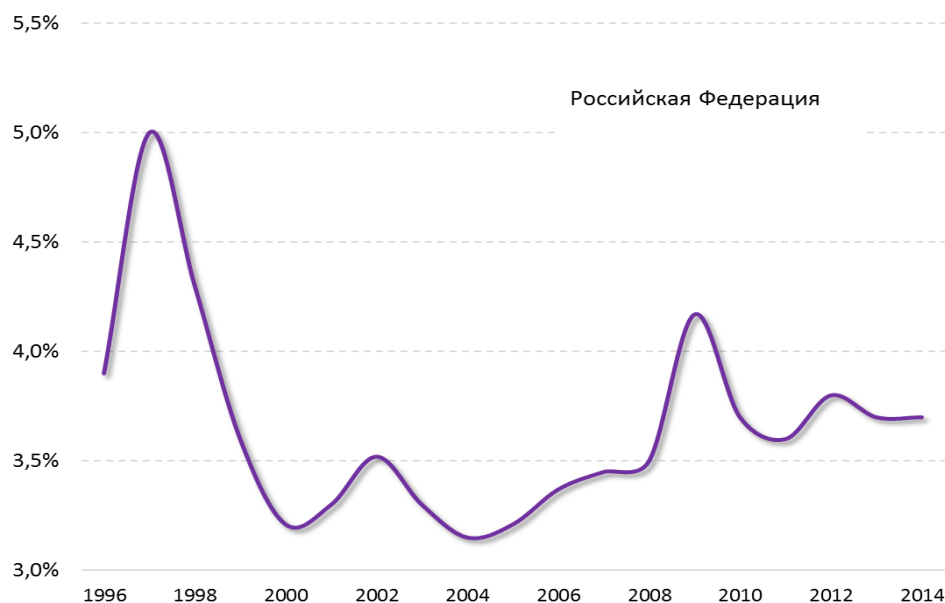


Рисунок 9 - Динамика государственных расходов на здравоохранение в РФ в 1996-2014 гг., % от ВВП (составлено авторами на основе[57])

Обратим внимание на наличие характерных пиков (на уровне 0,5-1,0 % размерного пункта ВВП) по нарастанию расходов на здравоохранение на графике в кризисные периоды: 1996-1998 гг. и в период 2008-2010 гг.. Сглаженный, но рост расходов (на уровне 0,2 -0,4% ВВП) отмечался, как видно на рис.2 в 2001-2003 гг., 2004-2008 гг., а также в 2011-2013 гг.

При этом в «лучшие» годы до 2008 года доля ВВП находилась на уровне 5%, а в пиковые периоды после 2008 едва достигала 4,2% (рисунок 6).

Для сравнения приведем динамику государственных расходов на здравоохранение ЕС, % от ВВП (рисунок 10).

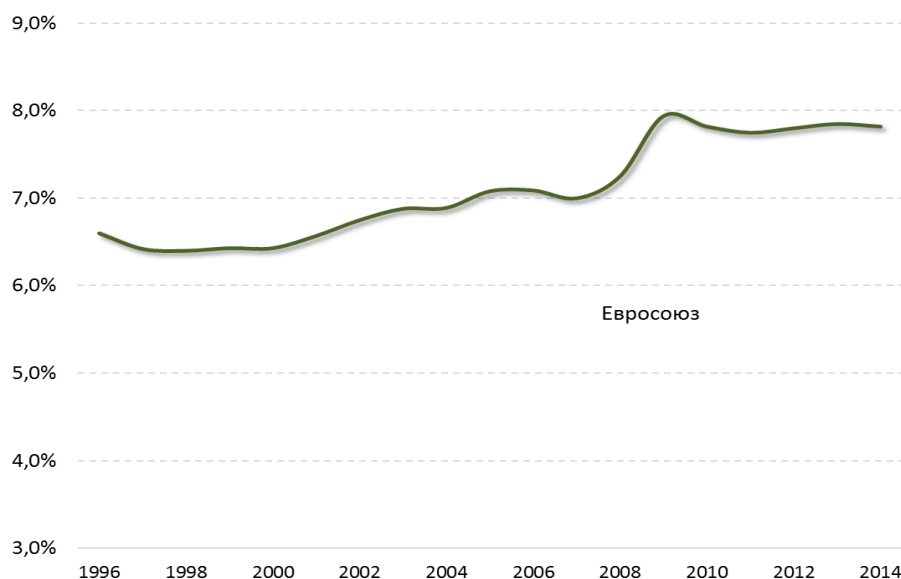


Рисунок 10 - Динамика доли финансирования здравоохранения стран ЕС в период 1996-2014 гг., % от ВВП (составлено авторами на основе [57])

Как видно, сам динамический тренд финансирования здравоохранения ЕС имеет более равномерный при этом динамичный рост. В пиковом периоде 2008-2009 гг. размер расходов от ВВП ЕС на здравоохранение достигал 7,9%. При этом ниже 6,5 % доля ВВП не опускалась никогда за все время с 1996 года [58].

Еще одной разновидностью «бюджетного ограничения» при финансировании медицинской помощи можно считать принцип утверждения федерального среднедушевого финансирования государственных полномочий в сфере здравоохранения (приводится в [59, 60]) (рисунок 11).

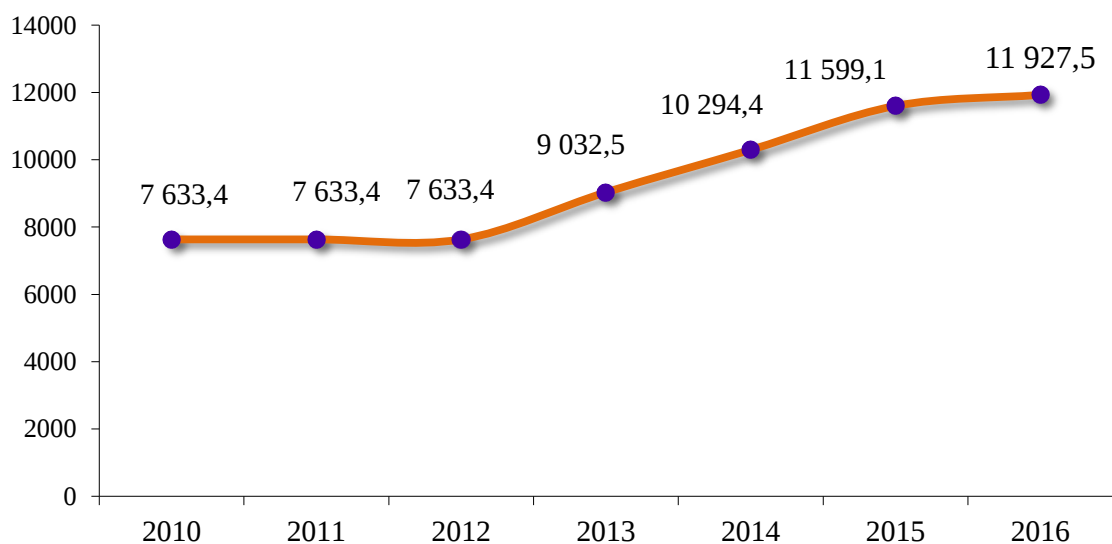


Рисунок 11 - Среднедушевые (подушевые) нормативы финансирования государственных полномочий в 2010- 2016 гг. (на основе [61])

Как видно на рисунке 11, размер среднедушевых расходов для обеспечения государственных полномочий в 2016 году составляли чуть менее 12,0 тыс. рублей на жителя России.

Методы «программного финансирования» проиллюстрируем на примере программы «Развитие здравоохранение» [62] (рисунок 12).

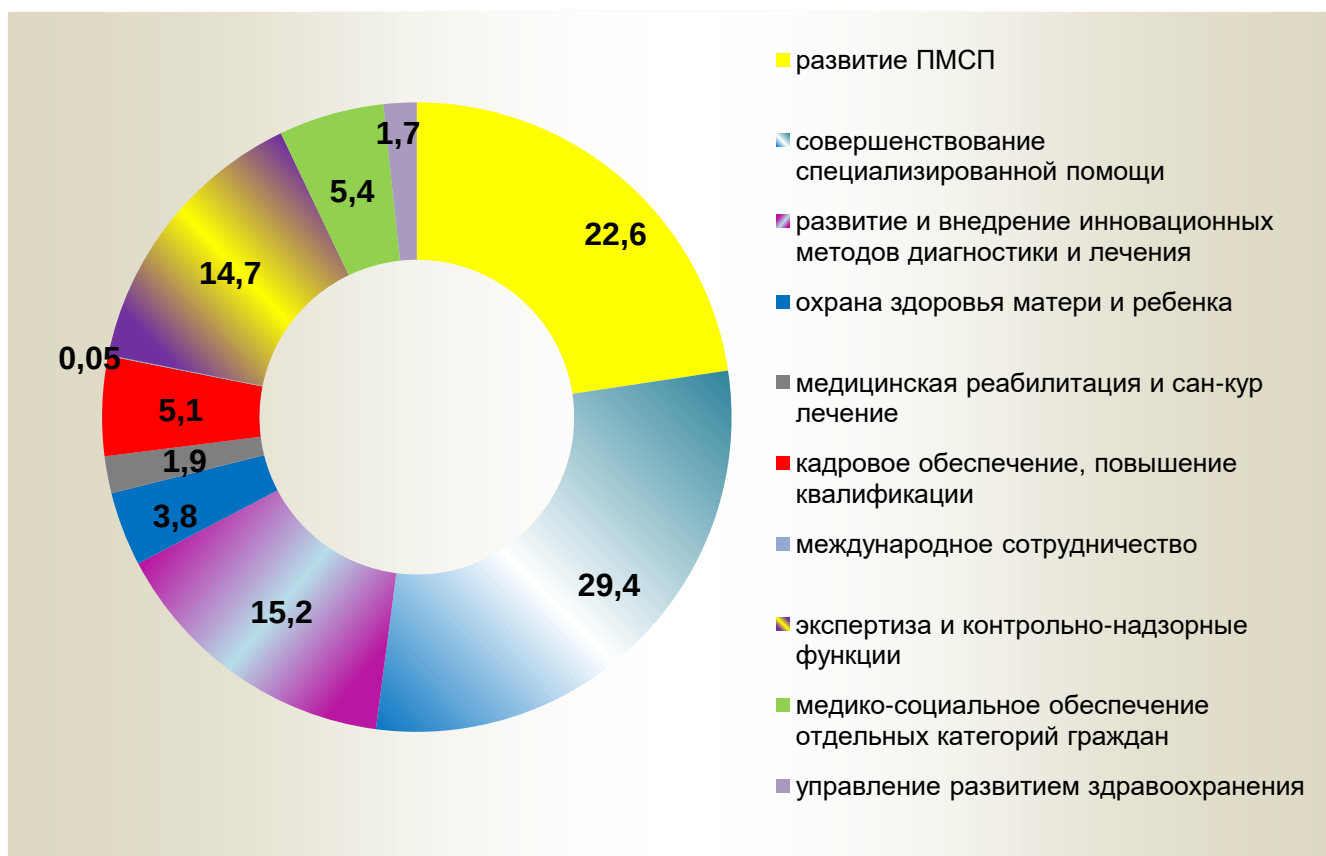


Рисунок 12 - Распределение финансовых средств Программы «Развитие здравоохранения до 2020 года» по подпрограммам (% от итога, составлено авторами на основе [62])

Как видно на рисунке 12, более 50% всех финансов Программы обеспечивает государственные полномочия по развитию первичной и специализированной медицинской помощи (соответственно: 22% и 29%); чуть более 15% Программы обеспечивает инновационные методы лечения; меньше 2% Программы идет на государственное финансирование медицинской реабилитации и санаторно-курортное лечение.

Общий финансовый ресурс Программы - 258 162,82 млн. рублей [62].

Разновидностью финансовых методов «программного финансирования» для обеспечения государственных полномочий в здравоохранении является механизм утверждения Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (ПГГ) [61].

К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан относится: разработка и программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее –ПГГ), включающей базовую программу обязательного медицинского страхования[14,40].

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан относится: разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей территориальную программу обязательного медицинского страхования [14,60].

До 70% все оказанной бесплатной для граждан медицинской помощи в рамках ППГ 2017-2018гг. оплачивается через институты ОМС. Сегодня страховая модель здравоохранения охватывает: 9145 медицинских организаций; 43 СМО; 86 ТФОМС и направлена на оплату медицинской помощи около 146,4 млн. застрахованных граждан.

По данным Счетной Палаты России [63] результатом исполнения бюджета ФОМС по состоянию на 1 апреля 2018 года является превышение расходов над доходами, составившее 75 935,6 млн. рублей (71,5 % плановых ассигнований), при утвержденном Федеральным законом № 368-ФЗ дефиците бюджета ФОМС на 2018 год в размере 106 235,0 млн. рублей. Причиной образования высокого уровня дефицита бюджета ФОМС по состоянию на 1 апреля 2018 года является более высокий уровень исполнения расходной части бюджета ФОМС по сравнению с доходной частью (доходная часть бюджета ФОМС исполнена на 22,4 % от прогнозируемого общего объема доходов (около 1,9 трлн. рублей), расходная часть на 25,1 % от утвержденных годовых бюджетных ассигнований).

В результате остатки средств на счете ФОМС на 1 апреля 2018 года составили 115 828,9 млн. рублей и уменьшились по сравнению с остатками на начало 2018 года (191 765,9 млн. рублей) на 75 937,0 млн. рублей [63].

Из бюджета ФОМС в 2015 -2017 годах в бюджеты территориальных фондов ОМС в виде субвенции на выравнивание условий получения равнодоступной бесплатной медицинской помощи ежегодно в рассматриваемый период на обеспечение таких государственных полномочий планируется от 1,45 миллиардов до 1,75 миллиардов рублей.

Паритет бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования на обеспечение государственных полномочий сегодня не соблюден (рисунок 13).

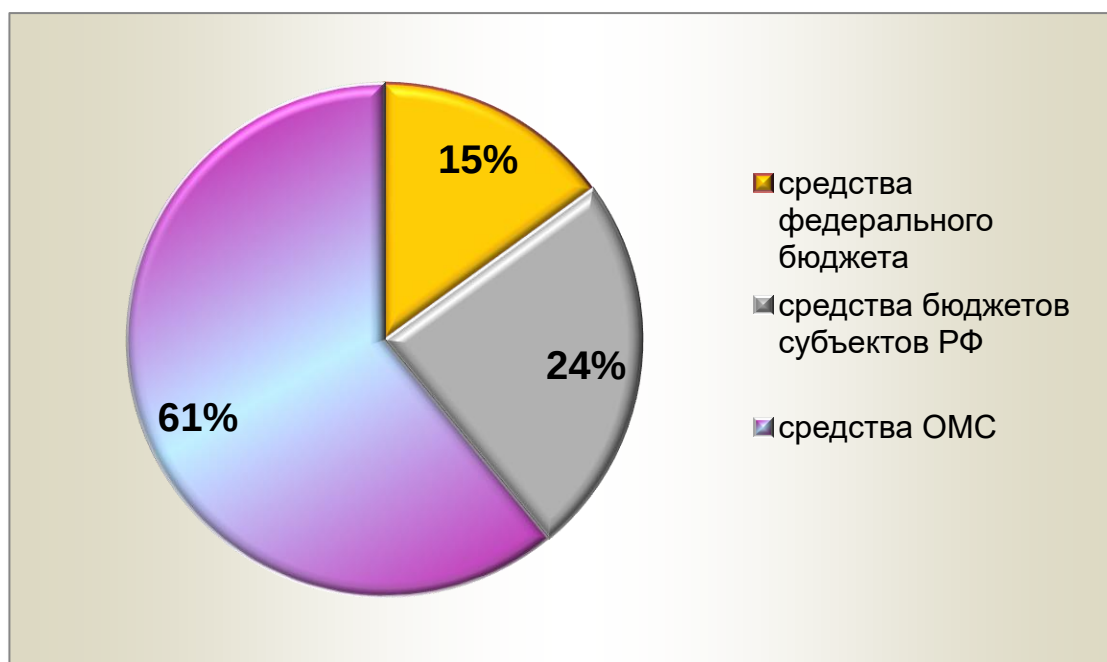


Рисунок 13 - Перенос главенства бюджетных средств в систему ОМС в сфере здравоохранения: 15%-федеральный бюджет; 24%-средства бюджетов субъектов; 61% - средства ОМС; 2016 год [64]

По расчетам Министерства экономического развития [65], вклад в прирост потенциального ВВП за счет дополнительного увеличения финансирования программ повышения эффективности человеческого капитала на 1 п. пункт ВВП находится в интервале 0,1 - 0,3 п. пункта. При этом, вклад здравоохранения в этот относительный прирост оценивается на уровне 0,10 - 0,13 пунктов. Одновременно максимальный эффект от увеличения финансирования здравоохранения, по мнению ведомства, следует ожидать к 2022 году.

Отметим, что Министерство экономического развития приводит прогноз роста ВВП на здравоохранение до 2030 года [65]. По этим данным для обеспечения существующих полномочий и новых вызовов в 2020 году потребуется от 5,6 до 7,1% ВВП на здравоохранение, а к 2030 году- 6,2-9,4% при разных сценариях развития экономики России (таблица 4).

Таблица 4 - Темпы роста расходов на здравоохранение от ВВП для достижения параметров инновационного развития экономики на период до 2030 года

Внешние и сопряженные с ними условия	варианты	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2011 - 2015	2016 - 2020	2021 – 2025
Расходы на здравоохранение, в % к ВВП	1	5,2	5,5	5,5	5,6	6,0	6,2	4,6	5,4	5,9
	2	5,5	5,8	6,0	6,1	6,7	7,1	4,7	5,7	6,5
	3	5,9	6,3	6,7	7,1	8,9	9,4	4,8	6,3	8,2
в т.ч. расходы бюджетной системы, в % к ВВП	1	4,2	4,4	4,5	4,6	4,8	4,9	3,7	4,3	4,7
	2	4,4	4,6	4,7	4,8	5,0	5,1	3,8	4,5	4,9
	3	4,5	4,8	5,1	5,4	6,7	6,7	3,8	4,8	6,2

Существующие методы финансового обеспечения государственных полномочий приводят к нарастанию несбалансированности заявленных обязательств государства перед населением и стоимостью их целевого возмещения за счет государственных средств (рисунок 14).



Рисунок 14 - Существующее влияние «бюджетных ограничений» и программно-целевого финансирования на стоимость «социального стандарта» гос. полномочий и сбалансированность территориальных программ госгарантий в сфере здравоохранения (построено авторами на основе [66])

Нарушение принципа равнодоступности медицинской помощи для жителей отдаленных муниципальных образований опять всколыхнет, по нашему мнению, дискуссию об участии муниципалитетов в предоставлении медицинских услуг на селе.

В этой связи отметим, что из общего количества (22 327) муниципальных образований РФ в 2017 году доля муниципальных поселений на селе составляла 81% (18 101) [67].

Вопрос о возможности перераспределения муниципальных бюджетов еще и на обязательства, связанные с финансированием работы сельских амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов остается открытым.

С другой стороны вопрос о строительстве дорог и подъездных путей для жителей муниципальных образований, о которых заботятся главы муниципальных образований в силу их полномочий, уже сейчас реализуется совместными усилиями с частными инвесторами. Такие проекты помогают решать вопрос о повышении доступности медицинской помощи. Также, например, возможно, исходя из социальной направленности муниципальных полномочий, рассмотреть возможность организации медпомощи сельским поселениям на базе использования автотранспорта и передвижных медицинских комплексов (КМК). При этом, вопросы финансового обеспечения массовых занятий спортом жителей муниципалитетов напрямую связаны с возможностями передвижных мобильных комплексов, оборудованных медицинскими и иными оздоровительными приборами и техническими средствами.

Одновременно, отметим также, что передача на уровень бюджета субъекта РФ всех финансовых средств порождает противоречие между обязательствами бюджетного финансирования медицинских организаций и оплаты медицинской помощи, которую они оказывают жителям.

Назовем еще раз так называемые «надтарифные» расходы, не включенные в законодательное обязательство системы ОМС: капитальный ремонт и иные инвестиционные составляющие; приобретение оборудования стоимостью выше 100 тыс. рублей за единицу.

При формирующейся современной модели «одноканального финансирования» такие обязательства могут быть предусмотрены в бюджете субъекта и являться расходными обязательствами субсидии на иные цели (ст. 78.1 БК РФ).

Правила выделения субсидии на иные цели (в 2017 году около 37 наименований) федеральный орган управления здравоохранением предусмотрел для подведомственных ему медицинских организаций на расходы, не включенные в состав нормативных расходов государственного задания [68].

Отметим, что требуется и иное закрепление полномочий органов управления здравоохранения в субъектах РФ, направленные на финансовое обеспечение расходов, которые не могут быть включены в субсидию на выполнение государственного задания и (или) являются «сверхнормативными». Здесь отметим,

что программно-целевое финансовое обеспечение здравоохранения, начатое с 2013 года, а также последующий переход на электронные бюджеты в государственном секторе вносит новые механизмы в систему доведения ассигнований на выполнение бюджетных обязательств. Это требует симметричного обсуждения и распределенных ранее полномочий по финансовому обеспечению деятельности федеральных медицинских организаций и организаций здравоохранения субъектов РФ.

Одновременно следует сказать о наличии некоторых осложнений со справедливой стоимостью оплаты в ОМС высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), включенной в базовую и не включенной в базовую программу. Объемы ВМП, не включенные в базовую программу ОМС по видам утверждает Министерство здравоохранения РФ и распределяет между федеральным государственным учреждением, включенным в им составленный перечень. Ведомственным медицинским учреждениям решать вопросы с оплатой такого вида помощи становится все труднее. Имеются разногласия между участниками процессов оказания ВМП базовой программы ОМС по объемно-финансовым оценкам такой помощи.

Все вышесказанное свидетельствует, что становление финансовых полномочий по оплате медицинской помощи и разграничение таких полномочий между бюджетами разных уровней бюджетной системы не завершается и по настоящий момент.

2.2 Новые вызовы финансового обеспечения публичных обязательств государства при изменении страховых правил оплаты и тарификации услуг здравоохранения

Некоторое время назад, говоря о разработке новых моделей реформирования здравоохранения, в том числе модернизации системы обязательного медицинского страхования, рассматривались возможности грамотного сочетания двух целевых источников и различных подходов к оплате за оказанную медицинскую помощь: на основе сметного финансирования и страхового принципа, предусматривающего оплату за оказанные объемы и качество помощи на основе формирования обоснованных стандартов лечения.

Нарастающие темпы критических замечаний в адрес несбалансированности программы государственных гарантий в части заявленных объемов с их финансовым обеспечением, расширения платных медицинских услуг для населения

свидетельствуют о том, что, несмотря на очевидные достижения, реализуемая сегодня модель обеспечения граждан, не в полной мере соответствует их ожиданиям в получении качественной и доступной медицинской помощи.

При этом, следует отметить, что универсальных подходов к решению обозначенного вопроса пока не разработано, поскольку как показывают многочисленные исследования, с проблемами рационального управления финансовыми ресурсами в области здравоохранения столкнулось большинство стран с развитой системой страховой медицины.

Одним из векторов преобразования сложившейся в России бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения является реализация в ряде регионов «пилотного» проекта (2007-2009 гг.), важным направлением которого заявлена отработка системы одноканального финансирования медицинской помощи через систему ОМС.

Данный подход, позволяя собрать все финансовые средства, предусмотренные на реализацию территориальных программ ОМС, в единый «карман» ТФОМС, позволил сформировать максимально полные тарифы на медицинские услуги, приблизив их себестоимость к уровню возмещения затрат учреждениям здравоохранения в соответствии с объемом и качеством оказываемой помощи. Кроме того, данная модель предусматривает большую прозрачность и управляемость аккумулируемых финансовых ресурсов, а также создает предпосылки для формирования сбалансированной по объемам и стоимости территориальной программы ОМС.

Однако, внедрение одноканального финансирования в существующей системе взаимодействия между участниками ОМС не в полной мере решает накопившиеся проблемы за минувшее с «пилотного проекта» десятилетие, а именно:

- обеспечение, не декларированного, а реального права выбора гражданином страховой медицинской организации, учреждения здравоохранения, а, следовательно, и лечащего врача (т.е. отказ от территориального принципа оказания медицинской помощи),
- внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в качестве эталона для оплаты госгарантий,
- усиление заинтересованности медицинских работников первичного звена здравоохранения в профилактической направленности оказываемой медицинской

помощи и улучшении показателей здоровья населения, оптимизируя при этом объемы как амбулаторно-поликлинической, так и наиболее дорогостоящей стационарной и скорой помощи,

- введение системы финансовых рисков для СМО, участвующих в ОМС, создание на данном уровне условий для фондодержания и на этой основе заинтересованного участия страховых медицинских организаций в защите прав пациентов и эффективном использовании материальных и кадровых ресурсов ЛПУ, а также организации медицинской помощи населению, путем создания конкурентной среды между ЛПУ, а также между страховщиками за застрахованных,

- создание единой информационной базы застрахованных по ОМС и ее вовлеченность в ЕГИСЗ,

- создание единой вертикали управления в системе ОМС, подчиненность ТФОМС единому регулированию из ФОМС и Минздрава России.

Основные задачи, стоящие перед системой ОМС в ходе проведения предстоящих реформ:

- разработка совместно с Минздравом России методологических подходов к формированию Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, основанной на справедливой стоимости федеральных стандартов оказания медицинской помощи – основы государственных полномочий,

- расчет стоимости полиса ОМС для граждан Российской Федерации на основании данных Минфина (Федерального казначейства) Российской Федерации об объемах финансового обеспечения программы на текущий финансовый год и персонифицированных данных страховых медицинских организаций об объемах и видах оказанной медицинской помощи за последние три года (личные кабинеты застрахованных),

- перевод страховых медицинских организаций из структур, обеспечивающих работу ТФОМС, получающих финансовые средства ОМС и предающих их в ЛПУ по результатам экспертиз по схеме «трансфертов», в заинтересованных покупателей медицинских услуг, участвующих в планировании собственных бюджетов и рисков, в организации медицинской помощи населению с целью эффективного использования материальных и кадровых ресурсов лечебно-профилактических учреждений,

- разработка лицевых счетов граждан в ОМС и перевод учреждений здравоохранения в конкурентоспособных поставщиков медицинских услуг, самостоятельно распоряжающихся финансовыми средствами.

В 2013-2017 гг. по существу реализованы макроэкономические правила аккумулирования финансовых средств, предусмотренных на реализацию территориальных программ ОМС, в Федеральном фонде ОМС. Однако, централизации управления ТФОМС и СМО пока не произошло.

Дальнейшим вызовом для здравоохранения должен стать расчет справедливой стоимости страхового года для граждан России, исходя из их объема и представленных СМО актуарных расчетов по заболеваемости, особенно в свете обозначенных выше подходов Указа №204 и «4ПМедицины». Данное направление предполагается к развитию в качестве научно-практической гипотезы авторов, которую можно схематично представить на рисунке 15. Модель включает 15 шагов преобразований в экономике госсектора здравоохранения с учетом последовательного рассмотрения III этапов совершенствования ОМС, включая перспективы 2019-2024 гг.

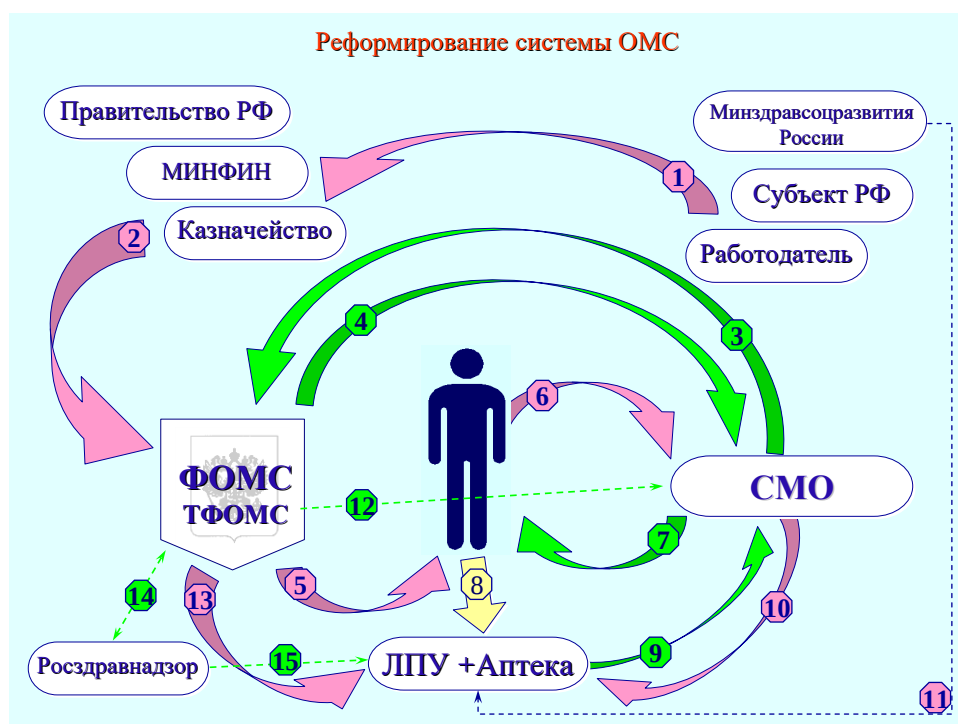


Рисунок 15 – Модель 15-ти шагов становления и преобразования существующей организационно-финансовой модели ОМС

Как видно на рисунке 15 представлены 15 шагов становления и преобразования ОМС. Видны все действующие участники модели: Правительство Российской

Федерации, Минздрав России, Федеральное казначейство и Минфин России, Федеральный фонд ОМС, работодатели и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, страховые медицинские организации, медицинские организации, граждане Российской Федерации.

I. Шаги по становлению существующей модели федерального пуллинга средств ОМС (можно признать завершившимися на рубеже 2015-2016 гг.):

Шаг 1 рисунка 12. Работодатель и органы исполнительной власти перечисляют часть единого социального налога, предусмотренного на ОМС, и объем взносов на ОМС неработающего населения в территориальные органы Федерального казначейства Министерства финансов, которые затем аккумулируются в Федеральном казначействе Министерства финансов.

Шаг 2. Указанные средства в установленном порядке перечисляются в Федеральный фонд ОМС.

Шаг 3. СМО передают персонифицированную базу данных застрахованных по ОМС в формате и объеме, в установленном ФОМС для формирования единой базы застрахованных.

II. Шаги по преобразованию существующих механизмов оплаты медицинской помощи в ОМС (можно признать открытыми для управленческих решений в настоящий период 2018-2020 гг.):

Шаг 3. СМО обеспечивает основу для расчета справедливой стоимости «социального стандарта» для граждан Российской Федерации (возможно разделение по стоимости на различные категории: работающие - неработающие; взрослое население - детское население и т.д.).

Шаг 4. ФОМС совместно с Минздравом России разрабатывает методологию формирования Программы государственных гарантий и тарифы по законченным случаям оказания медицинской помощи на основе федеральных стандартов по нозологиям – нозологические списки госгарантий. При этом в ЕГИСЗ формируется федеральный перечень стандартов, на их основе конкретизированная программа гарантированной медицинской помощи, которую сможет получить гражданин при обращении в ЛПУ. Сохраняется принцип страховой солидарности («используй или потеряешь»). При этом, страховая сумма полиса по ОМС, т. е. сумма в пределах которой страховщик обязан произвести выплату при наступлении страхового случая, может быть ниже либо равной страховой стоимости полиса по ОМС, т.е. гражданин

может получить медицинскую помощь только на сумму, предусмотренную полисом по ОМС. Установление сверхлимитного статуса гражданина находится в компетенции СМО за счет введения в них элементов фондодержания на основе формирования страховых премий и резервов от возможности управлять эффективностью работы ЛПУ.

III. Шаги по преобразованию существующих информационно-финансовых коммуникаций в ОМС (предстоит сделать в среднесрочной перспективе 2020- 2022 гг.).

Шаг 5. ФОМС через свои региональные представительства – территориальные фонды (меняется компетенции исполнительной власти субъекта РФ) обеспечивает полисами обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, на которые зачислена сумма медицинской страховки – справедливой стоимости «социального стандарта».

Шаг 6. Пациент, активировав (1 раз в год) полис ОМС в выбранной им СМО, получает исчерпывающую информацию о программе и объеме медицинской помощи, которую он сможет получить при обращении в выбранное им ЛПУ (стрелка 8).

Шаг 7. Активированный гражданином полис (выбор ЛПУ, выбор СМО) позволяет в СМО отразить создание «бюджета», сформированного застрахованными гражданами. Это является основанием обосновывать заказ и (или) участвовать в конкурсе на размещение у них определенных объемов гос. полномочий, публичных обязательств. При этом, со СМО договора на выполнение определенных критериев их работы может заключать ФОМС, определив им перечень значительных страховых рисков для которых они обязаны создать годовые резервы за счет собственных средств.

Шаг 8. Пациент, получив указанную информацию, выбирает учреждение здравоохранения из перечня ЛПУ, участвующих в реализации программы государственных гарантий, на основе единой конкретизированной но нозологиям ППГ, доведенной СМО в виде оферты и (или) договора с ФОМС и размещенной в ЕГИСЗ.

Шаг 9. При посещении ЛПУ пациенту оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с установленными стандартами. ЛПУ формирует счет за оказанную медицинскую помощь и направляет его в СМО для проведения медико-экономической экспертизы. Сейчас счета оплачивает СМО. В процессе

централизации работы ТФОМС- региональных представителей ФОМС, такие функции могут быть делегированы фондам.

Шаг 10. В соответствии с действующим законодательством в области страхования успешность деятельности СМО определяется размером получаемой страховой премии, т.е. в нашем случае разностью между финансовыми средствами всех «активированных» полисов по ОМС и размером расходов, связанных с осуществлением страхования. Таким образом, с одной стороны, создаются предпосылки для создания конкурентной среды среди страховщиков, с другой - возможность управления финансовыми потоками с учетом завершения трехуровневой системы медицинских учреждений. При отсутствии заинтересованности СМО в рисковых оплатах счетов из собственных средств, а также при условии невыполнения ими критериев допуска до госполномочий (договор с ФОМС) они могут лишаться участия в реализации ПТГ (ТП ОМС) на следующих бюджетный цикл.

IV. Шаги по преобразованию существующих информационно-финансовых коммуникаций в ОМС (предстоит сделать в среднесрочной перспективе 2022- 2024 гг.).

Шаг 11. Минздрав России осуществляет формирование перечней федеральных стандартов оказания медицинской помощи, адаптированных КСГ и методологию формирования программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по принципу «нозологических» социальных стандартов госполномочий при обязательном федеральном контроле их выполнения в системе ЕГИСЗ. Формирование в ЕГИСЗ информации из «личных кабинетов» граждан.

Следует отметить, что за органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения остается контроль за проведением экспертизы качества медицинской помощи (КМП), а также координация реализации целевых программ в области здравоохранения (обеспечение санавиацией, высокотехнологичной помощью, специализированной помощью при ряде социально-значимых заболеваниях (ВИЧ, онкологические заболевания, гемофилия и т.д.).

На данном шаге контурной модели ОМС (рисунок 12) осуществляется сохранение принципа сметного финансирования и (или) «программного» выделения целевых трансфертов через систему ОМС для реализации национальных целей в

сфере здравоохранения и оплаты видов помощи, при которых невозможен страховой принцип оплаты.

Шаг 12. ТФОМС, являясь филиалами ФОМС в субъектах Российской Федерации, координируют деятельность СМО в части проведения контроля, рационального расходования средств, управления средств с учетом половозрастной структуры населения и уровня заболеваемости. ФОМС и ТФОМС осуществляют мониторинг эффективности СМО, формирует их комплексную публичную оценку, размещаемую в ЕГИСЗ.

Шаг 13-15. Представленная схематично гипотеза о новых вызовах в развитии ОМС коррелирует с перспективой реализации программы лекарственного страхования граждан в части: создания единой гарантированной всем гражданам программы страхования без выделения декретированных категорий населения (принцип всеобщности); возможности обращения пациента в любое ЛПУ для получения медицинской помощи (естественное ограничение- наличие лицензии на оказание медицинской помощи); повышения ответственности ЛПУ, в том числе и финансовой, за качество оказанной медицинской помощи; установленные расходные обязательства Российской Федерации по формированию и стоимости гарантированной программы медицинского страхования и т.д.

Безусловным подспорьем для реализации сценарных гипотез «модели 15-ти шагов» является совершенствование адресности медицинской помощи, создание личных кабинетов застрахованных, развитие ЕГИСЗ и разработка основы формирования справедливой стоимости государственных публичных обязательств в действующих страховых способах оплаты медицинской помощи.

Дополнительным стимулом прогрессивных преобразований системы здравоохранения и ОМС в среднесрочной перспективе можно считать постоянное нахождение отрасли в ряду фокусных национальных целей и стратегических задач Президента Российской Федерации и Правительства России.

3 Формирование медико-экономических управленческих компетенций в сфере здравоохранения на рубеже 2020 года

3.1 Стратегические компетенции органов управления здравоохранения при формировании программно-целевого планирования в среднесрочной перспективе

Стратегические компетенции государственного управления проявляются в системном и комплексном мышлении субъекта управления, что проявляется в правильной адаптации к задачам менеджмента следующих компонентов:

- требований внешней среды, в первую очередь, сути и содержания стратегий вышестоящего уровня,
- процесса разработки общей и конкурентной стратегии развития объекта управления на долгосрочную перспективу,
- миссии объекта управления в социальном пространстве страны, разработки Видения на долгосрочную перспективу, главных стратегических целей,
- в разработке и реализации функциональных стратегий: финансовой, производственной, научно-исследовательской, кадровой, информационной и др.,
- социальной ответственности учреждений здравоохранения за результаты профилактической, санитарно-просветительской деятельности, приобщения населения к ЗОЖ, физической культуре и закаливанию для предупреждения заболеваемости; за доступность, качество и отдаленные результаты лечебной деятельности и их влияния на состояние социальной среды и демографических показателей,
- в поощрении политики открытости, диалога с субъектами управления своего и других уровней, партнерами, поставщиками и потребителями услуг по вопросам повышения социально-экономической эффективности системы здравоохранения каждого уровня.

Требования к управленческой компетентности руководителей сферы здравоохранения всех уровней постоянно возрастают в связи с изменчивостью требований со стороны внешней среды, нарастанию неопределенности и многообразия решаемых задач.

Как известно, существует общемировая тенденция контроля динамики «индекс человеческого развития (далее ИцР)», который определяется как некий интегрированный показатель, характеризующий развитие человека в страновых

сравнениях достигнутого уровня образования, здравоохранения, иных социальных сфер[70].

Как правило при расчете ИцР рассматриваются следующие основные составляющие: достаток и благосостояние (расширение реальных свобод человека); уровень занятости, реализация возможностей человека (отдельных групп) по трудоустройству, приносящему результаты; основные цели социально-ориентированных государств в вопросах повышения социальной справедливости, прав человека [70].

Отметим также «индекс человеческого капитала (далее ИчК)», который предполагает объединить расчетами более 45 показателей по оценкам: уровней высшего, среднего и начального образования; уровней профессиональной послевузовской подготовки; оценки физического и психического здоровья и социальную мобильность; безработицу и занятость; инфраструктуру правовой защиты и др.

Отметим, что во всех страновых сравнениях используются статистические индексы «младенческой смертности (далее МС)», «продолжительности средней ожидаемой жизни (ПоЖ)», «качества жизни пожилых (далее КжП)».

В таблице 5 обобщим положение России в международных рейтингах по перечисленным выше показателям.

Таблица 5 - Сравнение России по основным мировым индексам и показателям, в которых дается оценка сферы здравоохранения (составлено авторами на основании данных, полученных международным исследовательским проектом The Social Progress Imperative) [70]

Краткое обозначение индекса	Содержание индекса (показателя)	Текущее место России в межстрановом рейтинге по показателю	Страны, близкие России по рейтингу индекса	Место России в прошлых рейтингах
1	2	3	4	6
ИчР	Интегральный оценочный показатель развития человека в стране	49	48-Черногория	55
			50-Румыния	
			51-Кувейт	
ИчК	Показатели развития здоровья граждан, уровень образования, показатели трудоустройства и занятости, развитие инфраструктурных проектов	26	25-Чехия	51
			27-Кипр	
			28-Польша	
МС	Оценивается динамика смертности детей в возрасте до года от разных причин	64	63-Кувейт	72
			65-Гренада	
ПоЖ	Оценивается количество лет жизни (иногда здоровой жизни) от достигнутого возраста жизни до смерти	110	109-Северная Корея	116
			111-Казахстан	
ИкП	В системе социального обеспечения и здравоохранения производится оценка уровней дохода, здоровья граждан старше трудоспособного возраста	65	64-Беларусь,	78
			66-Сербия	

Рассмотрим основные показатели, влияющие на рейтинги России в мировых межстрановых сравнениях.

В мировой практике разработано и используется несколько концепций формирования целей KPI. Наиболее распространенной является SMART – концепция. В аббревиатуре SMART скрыты критерии, которым должен соответствовать желаемый результат KPI: определенность ожидаемого результата управленческого воздействия (S — specific); возможность количественного

измерения ожидаемых результатов (M — measurable; постановка реальных, достижимых задач (A — achievable); непрерывность развития и возможность сопоставления и (или) ревалентности ожидаемых результатов (R — relevant).; установление результатов в привязке к конкретной дате их реализации или их заданность (ограниченность) во времени (T — time-bound) [71, 72]. Популярность этой концепции вызвана тем, что она достаточно просто адаптируется к конкретным задачам всех уровней управления в здравоохранении (таблица 6).

Таблица 6 - Основы KPI при формировании компетенций органов управления

Стейкхолдеры в здравоохранении	Основа для КРІ при формировании компетенций органов управления
Пациенты, застрахованные по ОМС граждане	1. Повышение удовлетворенности потребителей качеством МУ (% от общего количества обратившихся граждан, динамика по кварталам текущего года в сравнении с аналогичным периодом прошлого года (лет)), в т.ч. по направлениям оказанной медицинской помощи в рамках реализации Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 2. Уменьшение обращений (жалоб) на деятельность институтов сферы здравоохранения, включая по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) (% , динамика по кварталам текущего года в сравнении с аналогичным периодом прошлых периодов) 3. Повышение пациент ориентированности с использованием новых коммуникационных платформ (социальных сетей, сайтов, всех доступных Интернет-средств) и телемедицинских технологий (динамика внедрения по годам (отчетный и предыдущий)), включая динамику по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 4. Рост реализации платных медицинских услуг (% платных услуг в субъектах РФ, динамика количества платных по годам (отчетный и предыдущий)) 5. Рост регистрации запросов граждан в центрах госуслуг и (или) заполненных персональных профилей пациентов в региональной МИС и (или) выгрузка в ЕГИСЗ (% от общего количества жителей региона; % от общего количества обратившихся в медицинские организации, динамика по годам), включая статистику таких запросов по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 6. Рост количества граждан, прошедших ежегодную диспансеризацию и профилактические осмотры, и не обратившихся за специализированной медицинской помощью в течении года прохождения диспансеризации (% от общего количества, динамика по годам), включая обращения по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024)
Руководители федеральных медицинских организаций и организаций субъектов РФ	1. Рост привлекательности объекта здравоохранения для финансовых вложений целевых средств по приоритетным направлениям реализации майского 2018 года Указа Президента (% привлеченных целевых средств под программы и проекты в общем объеме целевого финансирования, динамика по годам) 2. Рост «табельной» укомплектованности материально-технической базы (% от общего количества балансового оборудования, динамика по годам), включая основные средства медицинского назначения по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 3. Рост производительности труда основной лечебной группы работников (% выполнения функции врачебной должности ФВД), динамика по годам), включая ФВД по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 4. Доля медицинских работников, переведенных на профессиональные стандарты Минтруда (% , динамика), включая работников реализующих направления Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 5. Доля административно-управленческого персонала, переведенного на профессиональные стандарты Минтруда (% , динамика), включая АУП учреждений, реализующих направления Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 6. Снижение коэффициента управления (% численности административно-управленческого и вспомогательного персонала, приходящегося на численность основной лечебной группы; динамика), включая выделение коэффициента в учреждениях, реализующих направления Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 7. Динамика доходов от прямой реализации медицинских услуг физическим и юридическим лицам (% от общих поступлений, динамика по годам), включая медицинские услуги физическим и юридическим лицам по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024)

Органы государственной власти, органы управления здравоохранением	1. Динамика участия в реализации федеральных приоритетных проектах по здравоохранению (% реализуемых проектов, динамика по годам), включая по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 2. Доля межтерриториальных расчетов за специализированную (высокотехнологическую) и иную медицинскую помощь, оказанную территориальному населению субъекта РФ вне территории проживания (% от стоимости территориальной программы ОМС, динамика), включая помощь по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 3. Рост инноваций при оказании помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (% новых технологий и (или) новых лекарственных средств и (или) новых управленческих решений по эффективной маршрутизации пациентов и пр., динамика по кварталам текущего года в сравнении с аналогичным периодом прошлого квартала) и иных направлений Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 4. Рост законченных случаев (ЗС) проведения профилактики онкологических заболеваний территориальному населению (% , динамика по годам (кварталам)), а также рост лечения таких заболеваний в соответствии со стандартами и (или) клиническими рекомендациями (% от общего количества ЗС, динамика по годам (кварталам)) 5. Рост законченных случаев (ЗС) лечения сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями (% от общего количества ЗС сердечно-сосудистых заболеваний, динамика по годам (кварталам)), а также рост ЗС в рамках соблюдения правил маршрутизации: сосудистый центр-стационар-«Д» учет – амбулаторно-поликлиническое наблюдение врачом специалистом, включая заочный (дистанционный, телемедицинский) мониторинг состояния (%от общего количества ЗС сердечно-сосудистых заболеваний, динамика по годам (кварталам)) 6. Рост количества законченных случаев проведения диспансеризации трудоспособного населения, завершившихся в соответствии с присвоенной группой здоровья, амбулаторно-поликлиническим, стационарным лечением и (или) медицинской реабилитацией (санаторно-курортным лечением) (% от общего количества ЗС диспансеризации, динамика по годам (кварталам)) 7. Снижение доли штрафных санкций СМО к медицинским организациям субъекта РФ по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 8. Доля объемов ЗС лечения заболеваний по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 г.№204) в общем объеме ЗС по государственным заданиям на 2019 -2024 гг. в субъекте РФ (% от общего количества законченных случаев, динамика по годам) 9. Доля ассигнований бюджетов субъекта РФ на лечение заболеваний по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) в рамках доведенных объемов субсидий на выполнение государственных заданий медицинскими организациями субъекта РФ в 2019-2024 гг. (% от субсидий, динамика по годам) 10. Доля средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС на лечение заболеваний по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) в рамках утвержденных размеров субсидий ОМС и их распределения в медицинские организации субъектов РФ в 2019-2024 гг. (% от субсидий, динамика по годам) 11. Снижение доли обоснованных обращений (жалоб) населения субъекта РФ на оказанную медицинскую помощь по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% , динамика по годам (кварталам)) 12. Доля положительных упоминаний о медицинских организациях, органах управления, участниках системы ОМС в субъекте РФ (% от общего количества публикаций в СМИ, динамика по годам (кварталам)), включая упоминания о реализации направлений Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024)
---	---

Продолжение таблицы 6

Партнеры по договорам в рамках обеспечительных работ (услуг), материально-технического снабжения и иного конкурсного обеспечения государственных услуг (работ) здравоохранения	1. Доля ГЧП договоров (соглашений) и иных конкурсных договоров (контрактов), заключенных в субъекте РФ по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024) 2. Доля привлеченных средств от реализованных ГЧП договоров (соглашений) и иных конкурсных договоров (контрактов), заключенных в субъекте РФ по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего объема выделенных государственных ассигнований в субъекте РФ, динамика по годам 2019-2024) 3. Доля договоров с медицинскими ВУЗами о профессиональной ориентации и трудоустройстве выпускников в субъекте РФ, включая специализации по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% в динамике по годам) 4. Развитие межтерриториального и международного сотрудничества по направлениям Указа Президента РФ (08.05.2018 №204) (% от общего количества, динамика по годам 2019-2024 гг проведенных мероприятий с международным участием, выездов на симпозиумы, конгрессы, и. т. д.)
---	--

Адаптация в систему менеджмента сферы здравоохранения лучших международных и отечественных практик, таких как модели делового совершенствования и результативного менеджмента, необходима при создании благоприятной среды для эффективной деятельности медицинской организации. Основу составляют такие фундаментальные концепции, как достижение сбалансированных результатов, выстраивание партнерства, лидерство (видение, воодушевление и целостность), управление через процессы, поддержка креативности и инноваций, ответственность за устойчивое будущее [72].

Экономические субъекты различных сфер и отраслей экономики, ведущие коммерческую или некоммерческую деятельность, взаимодействуют с заинтересованными сторонами, которые имеют собственные ожидания, интересы и потребности. Для установления перспективных и взаимовыгодных отношений с заинтересованными сторонами организации, ориентированные на достижение устойчивого успеха, исследуют их состав и разрабатывают механизм взаимодействия.

3.2 Основы введения риск-менеджмента при сочетании государственный программ и предпринимательских проектов в здравоохранении

Стабильность финансово-экономической модели лечебного учреждения для комфортного пребывания пациентов требует командного медико-экономического управления. При этом, возможности для использования практико - ориентированных проектов для улучшения качества оказания медицинской помощи можно применять и для условий конкурентного рынка. В этой связи риском «предпринимателя-единоличника» может быть недооценка экономической эффективности развития бизнес-концепции.

Разделяя общий подход к изучению теории и практики риск-менеджмента, в данном докладе сделаем акцент на трех основных направлениях внедрения его в сферу услуг, в сферу здравоохранения:

- разработка системы мер, направленных на предупреждение и профилактику специфических рисков на микроэкономическом уровне управления в здравоохранении,

-обсуждение возможных путей минимизации негативных последствий наиболее существенных рисков социально-ориентированных предпринимательских ГЧП проектов,

- исследованию возможностей управления рисками в обязательном медицинском страховании и механизмы нивелирования коммерческих угроз страховых медицинских организаций, работающих по этим программам.

Для применения риск-менеджмента на микро-экономическом уровне, а также на уровне управления отдельными проектами в сфере здравоохранения в данном разделе следует опираться на обсуждение следующих моментов:

- выявление риска с сопутствующей оценкой вероятности его реализации и масштаба последствий и на этой основе проработка направлений риск-стратегии с целью снижения вероятности реализации риска и минимизации возможных негативных последствий,

-обсуждение методов и путей управления выявленным риском и описание основных инструментов внутреннего контроля процессов управления риском.

Основные внешние факторы наступления предпринимательских рисков в сфере здравоохранения могут формироваться на рынках услуг (работ) и связаны с извлечением доходов от реализации и (или) внереализационных доходов. При классификации предпринимательских рисков под реализационными доходами медицинского бизнеса следует понимать такую организацию бизнес-процессов, которая способна обеспечить экономически эффективные продажи, как юридическим, так и физическим лицам.

Внереализационные доходы бизнеса в сфере здравоохранения, как правило, связаны с арендными отношениями, концессионными и иными инвестиционными соглашениями, при которых прямой реализации от деятельности не возникает, а доход увеличивается. В свете нивелирования рисков внереализационных расходов и управления внереализационными доходами актуализируется такое направление работы административно-управленческого персонала медицинских организаций как: поддержание профессиональной репутации юридического лица на региональном рынке, рост вовлеченности персонала в вопросы совершенствования качества оказываемых услуг и их рационализацию, ведение сайтов организации и повышение эффективности он-лайн коммуникаций с потребителями услуг и др.

Для решения задачи по эффективному сочетанию всех финансовых поступлений на микроэкономическом уровне управления в здравоохранении менеджмент государственной медицинской организации выбирает развитие предпринимательства: в виде прямой реализации медицинских и сервисных услуг здравоохранения; в виде сопутствующей деятельности, приносящей доход.

Механизмами управления по нивелированию рисками неэффективности деятельности госучреждений при наличии множества доходов могут быть внутренние контрольные процедуры управления расходами по факторам организации лечебного (реабилитационного) процесса, а именно:

управление кадрами организаций здравоохранения переводится на планово-управленческую категорию «расчетная численность» - основной медицинский и иной персонал организации, обеспечивающий выполнение объемно-финансовых заданий целевых источников оплаты оказанной в организации медицинской помощи (вместо управления штатными должностями);

управление капиталом, зданиями и основными средствами медицинского и иного назначения осуществляется в бухгалтерии и лечебных отделениях исходя из необходимого оптимума, определенного ведомственными порядками в части табельного оснащения (вместо управления балансовым оборудованием);

управление материальными затратами персонифицируется на федеральный нозологический стандарт оказания медицинской помощи, уточняется с требованиями клинических рекомендаций (протоколов) лечения того или иного диагноза по МКБ-10 и сопрягается с нормативом объемов медицинской помощи по видам в рамках утвержденной ТППГ (ОМС) для целей составления «лимитов» расходов лечебного кабинета, платы, отделения под плановые объемы их работы в год (квартал, месяц);

управление финансами –это выбор оптимальной модели сочетания источников финансового обеспечения деятельности с учетом целевого планирования всех прямых и косвенных затрат организации на основе вариативных индексов, коэффициентов распределения расходов по количеству оказанных услуг пациентам, получивших бюджетный вид медицинской помощи и (или) вид помощи по ОМС и (или) вид помощи на возмездной, платной основе за счет личных средств гражданина;

обоснование организационно-штатной структуры административно-управленческого персонала при соблюдении вмененных им трудовых функций в свете межотраслевых профессиональных стандартов, рост квалификации АУП и др.

На рисунке 16 обобщим механизмы риск-менеджмента современной медицинской организации, имеющей производственный план развития с учетом сочетания выгод от всех финансовых поступлений и с учетом управления объемами деятельности по факторам организации лечебно-диагностического процесса (рисунок 16).



Рисунок 16 - Механизмы риск-менеджмента на микроэкономическом уровне управления в здравоохранении (составлено авторами)

Как видим, на рисунке используются адаптированные для здравоохранения механизмы управления рисками:

- снижения доходности с учетом выбранной экономической стратегии (полной окупаемости расходов; безубыточности деятельности; достижения маржинальности и (или) экономически добавленной стоимости),
- превышения расходов с учетом малого внимания к инструментам текущего (опережающего) бюджетирования, формирования структурных подразделений медицинских организаций, признанных центрами финансовой ответственности (рисунок 16).

На рисунке 16 была показана связь риск-менеджмента в ЛПУ в зависимости от жизненного цикла организации и ее предпринимательства. Так, для стартапов может быть вполне оправданной экономическая стратегия текущего периода, направленная

на достижение частичной окупаемости вложенных первоначальных и операционных издержек в первый год (годы) развития. Дальнейшее совершенствование доходности бизнеса приведет к переходу на уровень внутреннего контроля окупаемости всех совокупных затрат бизнеса, а далее следует вводить механизмы мотивации коллектива за достижение плановых показателей рентабельности, маржинальности, роста прибыли от периода к периоду. Для стабильно работающей бизнес-единицы экономические показатели частичной окупаемости, полной окупаемости расходов будут свидетельствовать о снижении дохода от бизнеса и могут восприниматься как угрозы. При этом, для отдельных организаций даже достижение плановой рентабельности не будет уже свидетельством успешности предпринимательской деятельности, простого превышения доходов над расходами недостаточно для успешного позиционирования на рынке. Во внутреннем контроле как самой такой организации, так и ее структурных подразделений в управлении находится показатель превышения прибыли отчетного налогового периода по сравнению с прибылью прошлого налогового отчетного периода, т.е. мониторинг достижения показателя экономически добавленной стоимости.

Для микроэкономического уровня при формировании стратегии и тактики риск-менеджмента в медицинских организациях в первую очередь встает вопрос грамотного выбора направлений получения дохода при оказании рыночных услуг (работ) в сфере здравоохранения, что зависят от сегментирования медицинского бизнеса в медицинских организациях по следующим направлениям:

1. прямая реализация услуг и работ: услуги физическим лицам; услуги юридическим лицам.
2. доходы от собственности на объекты здравоохранения: операционная аренда от сдачи временно свободных площадей; не операционная аренда (лизинг).
3. инвестиционные доходы, не связанные с прямой реализацией услуг и арендными отношениями (увеличение имущества и активов за счет долгосрочного привлечения внебюджетных заимствований, например при заключении концессионных соглашений по обновлению материально-технической базы и имущественного комплекса больничных учреждений)

Как видно, отдельным направлением извлечения дохода на рынке здравоохранения становится инвестиционная активность частных партнеров, заключающих договорные отношения с организациями государственного сектора здравоохранения.

Риски предпринимательских проектов государственно-частного партнерства – это новое веяние в сфере здравоохранения. Последствия распространения в сфере здравоохранения государственно-частного партнерства в договорных формах, например, в форме концессионных соглашений порождает новые риски предпринимательской деятельности с этим связанные. С учетом особенностей создания и функционирования государственных учреждений, необходимости выполнения межведомственных регламентов и взаимодействия с учредителями и балансодержателями частному партнеру-инвестору проектов ГЧП, необходимо применять смешанную модель ГЧП с элементами институциональной формы. Подбор приемлемых конкурсных процедур по закупкам ресурсов и особенности возмещения расходов целевыми источниками создают некоторые сложности коммуникаций.

В таблице 7 обобщим основные риски проектов ГЧП в здравоохранении в форме концессионных соглашений.

Таблица 7 - Обобщение рисков проектов ГЧП на примере концессионных соглашений и механизмы их минимизации

Риски проектов ГЧП в форме концессий	Последствия возникновения риска	Механизм минимизации рисков концессионных соглашений
Риск процедуры заключения КС: А. Отказ заключения КС с частным партнером. Б. Отказ заключения КС по формальным основаниям. В. Риск необходимости проведения конкурса.	▪ Затягивание рассмотрения заявления. ▪ Прекращение процедуры рассмотрения заявки. ▪ Вероятность заключения КС с третьим лицом.	▪ Обоснование интереса Публичного партнера. ▪ Детальная проработка проекта. ▪ Проработка тактики переговоров. ▪ Устранение максимального количества формальных оснований для отказа в заключении Соглашения
Риск целевой эксплуатации объекта: А. Некомпетентность Оператора. Б. Неполучение лицензии.	▪ Возникновения основания для досрочного расторжения КС. ▪ Неполучение лицензии. ▪ Просрочка сроков начала эксплуатации.	▪ Осуществление контроля за деятельностью Оператора. ▪ Синхронизация сроков создания Объекта со сроками получения лицензии Частным партнером или Оператором. ▪ Заблаговременное начало подготовки документов для получения лицензии.
Риск платежного механизма: А. Отказ Финансового института от предоставления заемного финансирования Б. Неполучение запланированного уровня доходности проекта. В. Невозможность возмещения капитальных затрат за счет ОМС.	▪ Неисполнение Частным партнером обязательств по финансовому закрытию сделки. ▪ Прекращение Проекта. ▪ Невозможность возврата инвестиций по проекту.	▪ Учет интересов Финансового партнера уже на этапе структурирования Проекта. ▪ Обоснование коммерческой составляющей структуры доходов по проекту. ▪ Получение гарантий возвратности инвестиций от публичного партнера. ▪ Использование альтернативных или дополнительных механизмов возврата инвестиций по Проекту.

Как видно из таблицы, риск процедурных механизмов заключения концессионных соглашений и риски, связанные с платежными механизмами для частного партнера являются внешними по отношению к его бизнесу. Такие риски обусловлены особенностями государственных контрактов с жесткой законодательной регламентацией всех конкурсных процедур. Даже на стадии проведения конкурсов на выбор инвестора и на этапах пост конкурсных работ возможно столкнуться с рядом проблем, одной из которых может быть отсутствие мотивации конкретных исполнителей и их некомпетентность. При этом, в таблице выделено еще одно немаловажное направление риска инвестора в проектах ГЧП – это существующая система возмещения расходов и (или) отсутствие в тарифе ОМС возможности по возмещению инвестиционных расходов, расходов на капитальные ремонты (таблица 7).

Механизмами минимизации основных рисков ГЧП-проектов в здравоохранении могут быть плановые мероприятия привлечения альтернативных источников, гарантирующих инвестору возврат инвестиций. Такие законодательные механизмы как: согласование на стадии написания проекта ГЧП размера государственного субсидирования с определением периодичности и размера; утверждение дополнительного заемщика при форс-мажорных обстоятельствах проектов и другие меры требуют серьезной корректировки. Кроме того, уже давно не решен вопрос о налоговой привлекательности проектов ГЧП, льготном кредитовании и пр. экономические преференции социально-ориентированным инвесторам в сфере здравоохранения.

Организационно-экономические основы реализации инвестиционных инновационных, в том числе импортозамещающих, проектов в здравоохранении при наличии факторов риска, по нашему мнению, можно существенно нивелировать при формировании и развитии кластерных структур в медицине. Своевременная оценка вероятных рисков позволяет или уменьшить их негативное воздействие, или предотвратить его.

Одними из способов оценки факторов риска предпринимательских проектов являются методы проектного финансирования, предложенные Правительством РФ в 2018 году[73].

В сочетании с созданием проектных офисов на уровне регионального управления в здравоохранении федеральные механизмы проектного финансирования,

на наш взгляд, позволят оценивать факторы риска предпринимательских проектов уже на стадии их подготовки. Основными показателями эффективности выбора инвестиционного ГЧП проекта и (или) инновационного проекта по развитию регионального здравоохранения могут быть, например: показатель (критерий) ожидаемой прибыли от реализации проекта; предполагаемый срок окупаемости затрат на реализацию проекта; предполагаемое время на получение инвестиций на проект; плановые финансовые резервы организаций здравоохранения при реализации проекта.

Предпринимательство и целевые программы государственного здравоохранения существуют на одном рынке медицинских услуг. Особый сектор выделяется здесь – это медицинское страхование. Вопросы с развитием добровольного страхования остаются довольно много у экспертов и специалистов систему госрегулирования. При этом и в обязательном страховании граждан есть нерешенные вопросы. Много проблем создается в последнее время с распределением объемов территориальных программ государственных гарантий между государственными и частными организациями одного субъекта РФ. Задумывалось участие частных в реализации терпрограмм ОМС под лозунгом конкуренция за пациента, для блага пациента. Практика же показывает, что частный сектор во многом «перетягивает» на себя объемы «некритичных» заболеваний, оплата которых имеет сравнительно высокие тарифы ОМС.

Кроме того, отметим также наличие проблем эффективного управления средствами ОМС в страховых медицинских организациях (СМО). Последние заключают договор на финансовое обеспечение и целевые средства ОМС, полученные из ТФОМС направляют на оплату оказанной застрахованным медицинской помощи в конкретные медицинские организации. При проведении экспертизы качества помощи нередки случаи штрафных санкций СМО, по которым идет уменьшение денег на оплату оказанных в ЛПУ услуг. Средства штрафных санкций поступают в собственные средства страховщиков, по сути изымаются из системы здравоохранения. В тоже время, имеются неединичные случаи, когда медицинские организации субъектов РФ перевыполняют плановые объемы помощи жителям своих территорий, а механизмы оперативной корректировки объемов (средств для их оплаты) у фондов ОМС нет: все средства распределены между СМО.

Рассмотрим в этой связи механизмы нивелирования рисков коммерческих страховых медицинских организаций (СМО), работающих с целевыми средствами территориальных фондов ОМС.

Внедрение экономических инноваций в управление деятельностью СМО с учетом нового порядка ведения учета услуг в СМО, соответствующих Международным стандартам финансовой отчетности (далее – МСФО) можно рассматривать как новый взгляд на управления рисками в коммерческих СМО[74].

В международной практике к договорам, имеющим незначительный риск относятся сервисные и инвестиционные договора страховщиков, содержащие финансовый риск. Например, договора ДМС за рубежом могут быть отнесены к сервисным договорам при выполнении установленных условий, но могут иметь значительный страховой риск.

В деловом обороте СМО страховой риск значителен, например, в договорах, когда суммы накопленных страховых взносов не достаточно на выплату возмещения при наступлении инвалидности, смерти застрахованного лица. Также страховщику можно классифицировать договора, при которых дополнительное вознаграждение является значительным для страхователя.

В практике делового оборота СМО, работающих по договорам с медицинскими организациями на финансовое обеспечение деятельности в ОМС могут возникать специфические риски (рисунок 17).

Риски по принципу «рисковые для здоровья граждан диагнозы» с учетом «дорожных карт», Паспортов реализации УКАЗА ПРЕЗИДЕНТА №204	Риски по принципу «неопределенности» страхового события
Код МКБ-10 Наименование фактора риска в соответствии с МКБ-10 R03.0 } ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИАГНОЗА ГИПЕРТЕНЗИИ; ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ R73.9 ГИПЕРГЛИКЕМИЯ НЕУТОЧНЕННАЯ R63.5 АНОМАЛЬНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА Z72.0 УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА, КУРЕНИЕ ТАБАКА Z72.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И РИСК ПАГУБНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ Z72.2 УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ; РИСК ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА Z72.3 } НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ Z72.4 } НЕПРИЕМЛЕМАЯ ДИЕТА, ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ Z80 Z82.3 } В СЕМЕЙНОМ АНАМНЕЗЕ: ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, ДРУГИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ Z82.4 } Z82.5 } Z83.3 }	• Риск по дате наступления страхового случая • Риск по сумме возмещения стоимости страхового случая («сверхтарифная» оплата законченного случая; подушевого норматива финансирования) • Риск по сумме стоимости договора (согласованной на плановые объемы мед. помощи)

Рисунок 17 - Систематизация рисков коммерческих СМО – участников программ обязательного медицинского страхования (составлено авторами с учетом [74])

Как видно на рисунке, основные современные риски страховых медицинских организаций можно разделить на две основные группы:

типичные на страховом поле – риски по принципу неопределенности наступления страхового случая, а значит и оплаты из средств СМО;

риски, связанные с необходимостью возмещения расходов при наступлении у застрахованных определенных заболеваний, находящихся в фокусе приоритетных для программ развития регионального здравоохранения и занимающих лидирующие позиции в показателях смертности населения.

На рисунке 18 представим работу по формированию значительных рисков коммерческих СМО на региональных рынках медицинских услуг, включенных в программы государственных гарантий.



Рисунок 18 - Примерная схема формирования рисков и их нивелирования в коммерческих страховых медицинских организаций с учетом практики делового оборота (составлено авторами с учетом [74])

В ситуации текущего финансирования медицинских «приоритетных» услуг возможно рассматривать предложения по разумному перераспределению средств от штрафов по ОМС (собственные средства) на цели развития регионального здравоохранения, которые пока аккумулируются в СМО. Например, за счет создания

резервов от штрафных санкций (процент можно отдельно определить) можно оплачивать: превышение фактической стоимости страховых случаев над их плановой стоимостью в виде рискованной составляющей медицинского страхования; превышение фактической стоимости над стоимостью единых федеральных нормативов, оплачиваемых по тарифу ОМС, часто бывает обоснованным в медицинских организациях в силу наличия «надтарифных» расходов; превышение плановых объемов (обоснованное) медицинскими организациями в рамках средней статистической кратности потребления разными половозрастными группами населения услуг здравоохранения.

Рассмотрев специфические риски здравоохранения, отметим также общие внешние по отношению к любому рынку факторы, нивелирование которых может существенно повысить инвестиционную привлекательность и конкурентоспособность любой отрасли сферы услуг.

Во первых, - грамотные ожидания о наличии целевого сегмента и прогнозы его платежеспособности. Отметим, например, что по имеющимся прогнозам правительственных аналитиков в России в среднесрочной перспективе «.....структура расходов населения станет постепенно приближаться к ситуации в среднеразвитых европейских странах: доля услуг будет расти, а продовольствия — снижаться» [75].

Во вторых, - при планировании вовлечения бизнес-инвесторов в социальные проекты имеет смысл обратиться также и к трендам деловой активности на специфическом рынке здравоохранения. Так, имеются официальные расчеты сезонно очищенного индекса деловой активности (ИДА) в сфере услуг. Динамика такого субъективного индекса (ИДА) может говорить о позитивном предвидении предпринимательских ожиданий, а его стагнация может говорить о негативных оценках экономических процессов происходящих в отрасли. За последние годы 2014-2016 гг. он имеет почти устойчивую стагнацию (в среднем в год на уровне 5-9% при максимальном значении деловой активности во всех отраслях отечественной экономики 100%) [75].

При формировании системных мер управления бизнес-процессами для целей предотвращения стагнации бизнеса по логике формирования ИДА следует предотвращать риски: стагнации новых заказов (новых договоров, новых клиентов (пациентов); долгой стабилизации краткосрочных предложений по услугам (работам);

отсутствие внутри организации политики ежегодной ротации традиционных реализуемых услуг, внедрения в бизнес новых услуг (работ); недостаточности расходных материалов, медикаментов и иных предметов медицинского назначения при планировании объемов реализации; дефицит квалифицированных медицинских кадров с навыками эффективных коммуникаций: врачей конкурентных специализаций; грамотного среднего медицинского персонала, а также дефицит рыночно ориентированного административно-управленческого и вспомогательного персонала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость нового содержательного наполнения государственных полномочий в здравоохранении определяется необходимостью повышения эффективности управления на всех уровнях: федеральный, региональный, микроэкономический уровень отдельной медицинской и страховой организации.

При этом, унификация экономического обеспечения и качества услуг здравоохранения в условиях увеличения его финансирования не может строиться без обеспечения баланса интересов граждан, государства и всех участников обязательного медицинского страхования в процессе его модернизации.

Для целей планирования объемов государственных публичных полномочий в современных условиях требуется конкретизация медицинского, юридического и экономического содержания публичных обязательств государства перед населением в здравоохранении. Требуется всестороннее исследование и обобщение существующих полномочий государства и методических подходов по способам медико-экономического обеспечения социального стандарта, гарантирующего бесплатную для граждан медицинскую помощь.

При этом, необходимы эффективные медико-экономические коммуникации всех участников процесса оказания (потребления) медицинских услуг, которые должны отвечать целям реализации государственных полномочий, направленных на оказание населению бесплатных и равнодоступных медицинских услуг, определенного объема и качества.

Существуют основные методы финансового обеспечения государственных полномочий в здравоохранении России: «бюджетных ограничений» и «программного финансирования», которые требуют нового методического обеспечения в среднесрочном тренде развития здравоохранения в свете майского 2018 года Указа №204 и мировых приоритетов «4П Медицины».

Страховая модель оплаты и тарификации услуг здравоохранения должна быть рискованной и иметь среднесрочные «дорожные карты» последовательных преобразований, определенных здесь авторами как «модель 15 шагов» совершенствования ОМС. Барьером для выполнения «модели 15-ти шагов» развития ОМС может быть медленное введение в субъектах РФ унифицированных услуг здравоохранения и (или) несистемная работа над обязательностью стандартов и клинических рекомендаций в технических шаблонах информационных региональных

систем электронного учета, что порождает проблемы для дальнейшего ввода сведений, требуемых для преобразований данных в ЕГИСЗ.

Кроме того, требуется системная методическая проработка актуарных расчетов по перспективной справедливой стоимости социального стандарта госполномочий для граждан Российской Федерации с учетом реализации национальных целей Указа №204 и принципов «4П Медицины», а также преобразование полиса ОМС в «лицевой счет» пациента - аналог банковской карты.

Несколько тормозит процесс преобразований страховой оплаты медицинской помощи необходимость подготовительного периода законодательных уточнений функций участников ОМС в «модели 15-ти шагов», в т.ч. отсутствие мер по централизации управления территориальными фондами ОМС в субъектах РФ, а также методического обеспечения принципов создания резервов СМО по утвержденный перечень «значительных» рисков. В данный перечень следует включать как отдельные нозологические диагнозы, например, определенные майским 2018 года Указом Президента, так и иные рисковые для населения субъекта РФ риски делового оборота при информационно-финансовых коммуникациях участников ОМС.

Драйверами для успешного воплощения в практическое здравоохранение предлагаемой научно-практической гипотезы – «модели 15-ти шагов» можно считать то, что: уже завершено обеспечение полисами (медицинской страховкой) всех застрахованных по ОМС, а также проведена подготовка населения к возможностям электронного участия в выборе поликлиник и врачей, осуществление самозаписи на приемы к специалистам; создается позитивный образ страховых представителей, работающих в он-лайн формате с обращениями граждан.

По нашему мнению, в качестве основных шагов усиления стратегических компетенций для органов управления в российском здравоохранении с учетом приоритетов развития и изменениях в экономике медицинского страхования можно предложить следующее:

- использование в показателях результативности органов управления направлений научных прорывных технологий, поддержку создания новых медицинских технологий,
- обеспечение методической поддержки традиционно сильным российским медицинским школам, включая проведение стратегических сессий по отдельным направлениям, сформулированным в Указе Президента РФ (08.05.2018 г. №204[1]),

- систематизация компетенций управленцев в вопросах новых информационных коммуникаций, включая разработки программного обеспечения мирового класса для командной эффективной медико-экономической работы, включая расчеты программ госгарантий по «критическим» диагнозам для здоровья населения на основе стандартов оказания медицинской помощи,

- создание проектных офисов и «фабрик» проектного финансирования с учетом обобщения принципов «4П Медицины» в центрах компетенций (федеральные клиники, университеты, проектные офисы в регионах),

- совершенствование оценок целесообразности экспорта (импорта) медицинских услуг и ресурсов здравоохранения на базе картирования и районирования программ популяризации и развития здорового образа жизни, включая вовлеченность школьников и учащейся молодежи,

- проработка существенных (значительных) рисков для здоровья граждан разных субъектов РФ и необходимость формализации механизмов создания для них резервов из собственных средств страховщиков под контролем ТФОМС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента РФ от 08.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ до 2024 года» <http://kremlin.ru/acts/news/57425>.
2. Стратегия социально-экономического развития РФ до 2024 г. Консультант плюс (дата обращения 6 мая 2018 г).
3. Габуева Л.А., Щепин О.П. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении. М: МЦФР, 2007. -287 с.
4. Габуева Л.А., Пирогов М.В. Препринт (научный доклад) «Обоснование механизмов планирования, оплаты и тарификации медицинских услуг в постмодернизационных программах по развитию здравоохранения» SSRN brare searchResueltsRANERA, 2015 г., 3.2 п.л.
5. Доклад 6 апреля 2017 года Царевой О.В. В РАНХиГС при Президенте РФ «Тарифная политика в сфере обязательного медицинского страхования».
6. Доклад директора ТФОМС Свердловской области на конференции «Оргздрав-2017».
7. Фучежи А.П. Развитие экономических отношений в системе обязательного медицинского страхования. М: //Российское предпринимательство. М: 2014, № 2, С. 38-45 (0,2 п.л.).
8. Салтман С.Е., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. 2000. 431 с.
9. Бартенев Д.Г. Право на охрану здоровья в условиях европейской интеграции // Правоведение. 2002. N 4(243). С. 172 – 185.
10. Письмо от 22 декабря 2016 года Минздрава РФ N 11-8/10/2-8266 и ФОМС N12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (в редакции письма Минздрава России N 11-7/10/2-1294, ФФОМС N 2204/26-2/и от 27.02.2017 "О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».
11. Габуева Л.А. Стресс-сценарии в страховой модели здравоохранения. Как их нивелировать? //Здравоохранение, М., 2016, №9 С.28-36. (ИФ РИНЦ).
12. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Анализ реформирования способов оплаты специализированной медицинской помощи в страховой модели здравоохранения России (2013-2017 гг.): изменения в оплате онкологической помощи, включая заболевания репродуктивных органов// Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии, М., 2017, № 5-3(45). С. 45-49.
13. Габуева Л.А. Статус федеральных стандартов медицинской помощи при проведении оценки эффективности деятельности медицинских организаций и их работников//Здравоохранение, №6. М: 2014 г. с. 56-64 (0,4 п.л).
14. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016)/ КонсультантПлюс /www.consultant.ru.
15. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году» //О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад.–М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017.–220 с.

16. <https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-mery-po-podderjke-selskoi-mediciny-doljny-byt-ne-odnorazovymi-a-sistemnymi.html>
17. Доклад директора ТФОМС Свердловской области на конференции «Оргздрав-2017», г. Москва.
18. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2017. – 170 с
19. Сборник Россия и страны Европейского Союза / http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_65/.
20. Доклад Царевой О.В (ФОМС) на конференции «Оргздрав-2017», г. Москва
21. <http://hbr-russia.ru/innovatsii/trendy/p18644/>.
22. Габуева Л.А. Развитие экономических отношений в системе обязательного медицинского страхования// Российское предпринимательство №2, 2015, стр.38-45 (ИФ РИНЦ -0,345).
23. Рабочая встреча Президента РФ В.В. Путина с Министром здравоохранения Вероникой Скворцовой 1 августа 2017 года <http://kremlin.ru/catalog/keywords/47/events/55278> .
24. Распоряжение Правительства РФ № 369-р от 3.03.2018 г.« О выделении бюджетных ассигнований на предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов РФ на приобретение модульных конструкций врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов для населенных пунктов с численностью населения от 101 до 2000 человек» <https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vydelilo-Minzdravu-sredstva-na-razvitie-medpomoshi-v-selskoi-mestnosti.html>
25. Распоряжение Правительства РФ № 370-р от 3.03.2018 г. «О выделении бюджетных ассигнований на предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов РФ на приобретение передвижных медицинских комплексов для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения до 100 человек» <https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vydelilo-Minzdravu-sredstva-na-razvitie-medpomoshi-v-selskoi-mestnosti.html>.
26. <https://iz.ru/news/562755>.
27. <http://www.mobclinic.ru/mobilnye-kompleksy-dispanserizatsii-proizvodstva-npo-mobilnye-kliniki-v-troitskom-okruge-stolitsy.html>
28. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».
29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».
30. <https://news.ngs.ru/more/50378711/>
31. Справка о сравнительной стоимости строительства автомобильных дорог в российской федерации и зарубежных стран «Национальный исследовательский университет «Высшая Школа Экономики». «Инфраструктура будущего» серия экспертных семинаров радиостанция "Эхо Москвы".
32. <http://www.mskagency.ru/materials/2763099>
33. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. №1640 Об утверждении государственной программы российской федерации "Развитие

- здравоохранения"(в ред. Постановления Правительства РФ от 01.03.2018 N 210)
34. https://www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad_zdravoohranie_Web.pdf
 35. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
 36. WHO. Global Health Observatory data repository. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>
 37. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. Consilium Medicum. 2016; 18 (2.1): 9–13.
 38. Зеновина В. Представители профессионального сообщества: в России должна формироваться пациент-ориентированная медицина (ГАРАНТ.РУ, 17 января 2018 г.) Информационно-правовой портал ГАРАНТ.РУ (www.garant.ru), 17 января 2018 года
 39. Федеральный закон №131-ФЗ от 06.10.2003 "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" Актуальная редакция закона 131-ФЗ от 29.12.2017 с изменениями, вступившими в силу с 29.12.2017 <http://kodeks.systems.ru/zakon/fz-131/>.
 40. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 597н (ред. от 30.09.2015) "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака".
 41. Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.08.2018).
 42. Анищенко А. Работоспособность сотрудников подтверждают медицинские осмотры // Новая бухгалтерия. 2018. N 7. С. 68 - 81.
 43. сайт ВОЗ [http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
 44. Эрлих А.Д., Грацинский Н.А., вопросы статистики, 4/2011 Опыт организации независимого российского регистра острых коронарных синдромов-37 с.
 45. Оганов Р.Г., Бойцов С.А, Погосова Н.В. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике 2017 г.-13 с.
 46. Презентация Реализации программы «Совершенствование оказания медицинской помощи сосудистым больным». Начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Алёшина И.А. Министерство здравоохранения Оренбургской области 2013 г.
 47. Сайт http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/ru
 48. Бойцов С.А., Реалии и перспективы дистанционного мониторинга артериального давления у больных артериальной гипертензией, терапевтический архив 1,2018 г.-37 с.
 49. Опрос ВЦИОМ, октябрь 2017. <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116472>
 50. С.Н. Алексеенко, Е.В. Дробот Профилактика заболеваний учебное пособие, 2015.г-103 с.
 51. Онкология в России: статистика по регионам 2016 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gilsocmin.ru/ru/content>
 52. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов; утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492.
 53. «Служба лечения боли» в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского <http://sklifos.tmweb.ru/klinika-boli.htm>

54. Клиника лечения боли «Медика» <http://www.spbpainclinic.ru/>
55. Стратегия странового сотрудничества Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2014-2020 годы.
56. <http://www.finmarket.ru/news/4725989>
57. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 год// сайт static-0.rosminzdrav.ru
58. Федеральный Закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» <http://base.garant.ru/71572248/>.
59. Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. N 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" <http://base.garant.ru/71572248/>.
60. Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012 Программа «Развитие здравоохранения».
61. Аналитический доклад СП «Исполнение бюджета в первом квартале 2018 года» <http://audit.gov.ru/activities/audit-of-the-federal-budget/33050> (дата обращения 10 мая 2018).
62. Габуева Л.А. Развитие экономических отношений в системе обязательного медицинского страхования// Российское предпринимательство №2, 2015, стр.38-45 (ИФ РИНЦ -0,345).
63. Стратегия социально-экономического развития РФ до 2024 г. Консультант плюс (дата обращения 6 мая 2018 г.).
64. Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ (далее – 184-ФЗ).
65. Статистический бюллетень по форме № 1-администрация «Сведения о муниципальных образованиях». Информация представлена органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по состоянию на 1 января 2016 года http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/munStat/
66. Приказ от 11 марта 2015 г. N 99н (ред. от 28.08.2017 N 568н) «Об утверждении правил предоставления...субсидий на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ)».
67. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Оценка мер реформирования системы медицинской реабилитации граждан России: отечественный опыт 2013-2016 гг. и перспективы развития.
68. Программа развития Организации Объединённых Наций (ПРООН) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/human-development-index/human-development-index-info> (дата обращения: 30.04.2017).
69. Сироткина, И.В. Построение целостного имиджа компании / И.В. Сироткина // Маркетинг и маркетинговые исследования. – 2008. – № 1. – стр. 34.
70. <http://ru.wikipedia.org> (дата обращения: 22.04.2018).
71. Герцик, Ю.Г., Омельченко, И.Н. Концепция и методология формирования организационно-экономической устойчивости и конкурентоспособности системы интегрированных предприятий медицинской промышленности

- /Ю.Г. Герцик, И.Н. Омельченко//Монография.-М. - МГТУ им. Н.Э. Баумана.- 2016.-323с.
72. Приказ Банка России 04.09.2015 N 491-П "Отраслевой стандарт бухгалтерского учета в страховых организациях и обществах взаимного страхования, расположенных на территории Российской Федерации".
73. Международный стандарт ISO 8402:1994 «Управление качеством и обеспечение качества — Словарь» — М.: ВНИИ.