

РЕФЛЕКСИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Швец Александр Федорович

аспирант,
ФГБОУ ВО Костромской государственной университет,
кафедра «экономики и экономической безопасности»,
г. Кострома, Российская Федерация.
E-mail: shvecaf@gmail.com

Аннотация: Сфера здравоохранения рассматривается с позиций ее институционализации. Пресловутая «оптимизация» привела, с одной стороны, к облегчению работы Министерства финансов, а с другой стороны, к резкому недовольству огромного количества жителей страны. Автор вскрывает причины недовольства реформирования сферы здравоохранения, на конкретных примерах показывает противоречия «оптимизации». С позиции экономической теории автор анализирует проект национальной пациентноориентированной системы. Одновременно автором обосновываются предложения по уменьшению арварных экономических отношений за счет вывода из тени неофициальных платежей. В статье также осуществлен прогноз возможностей рефлексивного управления изменениями в сфере здравоохранения и определяются пороговые значения недофинансирования сферы здравоохранения.

Ключевые слова: экономические отношения сферы здравоохранения; управление изменениями; прогнозные состояния сферы здравоохранения в условиях рефлексивного управления.

JEL: I00; M11

REFLEXIVE MANAGEMENT OF CHANGES IN THE SPHERE OF HEALTH: CONTRADICTIONS AND THE WAYS OF THEIR AUTHORIZATION

Shvets Alexander Fedorovich, graduate student
Kostroma State University
Kostroma, Russian Federation

Abstract: The health care sphere is viewed from the standpoint of its institutionalization. The notorious «optimization» led, on the one hand, to the facilitation of the work of the Ministry of Finance, and on the other hand, to the sharp discontent of a huge number of the country's inhabitants. The author reveals the reasons for dissatisfaction with the reform of the healthcare sphere, on specific examples shows the contradictions of «optimization». From the position of economic theory, the author analyzes the draft of the national patient-oriented system. At the same time, the author bases his proposals on the reduction of arvar economic relations through the withdrawal of unofficial payments from the shadows. The article also predicts the possibilities of reflexive management of changes in the healthcare sector and determines the threshold values of underfunding of the health care system.

Keywords: economic relations of the healthcare sphere; change management; forecasted healthcare conditions in conditions of reflexive management.

В нашей стране социально-культурная сфера не являлась приоритетом при распределении ресурсов. По такому показателю, как доля расходов на эту сферу в ВВП, Россия к началу 90-х годов XX века отставала от стран с развитой рыночной экономикой (табл. 1). Наибольшим был разрыв по уровню затрат на здравоохранение. Мировая практика показывает, что чем больше производство ВВП в расчете на душу населения, тем выше доля этих расходов в ВВП (табл. 2). По данным показателям Россия уступала странам с развитой рыночной экономикой и почти всем европейским социалистическим странам, оставаясь на уровне несоциалистических стран с близким показателем

Журнал «Теоретическая экономика» №1, 2019 www.theoreticaleconomy.ru

подушевого ВВП.

Таблица 1 – Расходы на здравоохранение в отдельных странах в 1989 г., % ВВП [11]

Государство	Здравоохранение
Россия	3,5
Великобритания	6,0
Германия	8,2
Италия	7,5
США	11,8
Франция	8,5
Япония	6,5

Таблица 2 – Расходы государства на здравоохранение в отдельных странах 1990 г. (в % ВВП) [12]

Государство	Здравоохранение	ВВП на душу населения, в долларах США
Индия	1,3	360
Нигерия	1,2	337
Китай	2,1	341
Индонезия	0,7	581
Чили	3,4	2310
Мексика	1,6	2888
Бразилия	2,8	3219
Аргентина	2,5	4343
Польша	4,1	1547
Румыния	2,4	1648
Чехословакия	5,0	2359
Венгрия	5,0	3442
Россия	2,4	6539
Португалия	4,3	6814
Великобритания	5,2	16930
Италия	5,8	20192
Франция	6,6	21077
США	5,6	21967
Германия	5,8	24485
Швеция	7,9	26844
Япония	4,8	23734

При этом уровень оплаты труда работников сферы здравоохранения составлял 65-75% от среднего по народному хозяйству [1].

На сколько же ситуация в сфере здравоохранения изменилась к началу третьего десятилетия XXI века? Нет сомнений, что состояние здравоохранения изменилось значительно [2; 3]. Во-первых, осуществлён переход от бюджетной к страховой медицине. Во-вторых, изменились идеология и цели организации экономических отношений в здравоохранении. В-третьих, управление здравоохранения частично децентрализовано. В-четвертых, осуществляется поиск новых финансовых ресурсов и стимулирование инновационной деятельности. В-пятых, в той или иной степени реализуются

рыночные механизмы, в основу которых положены принципы финансирования медицинской помощи населению за счет страховых взносов, которые платят предприятия, государство, население, а также принцип организационного разделения тех, кто предоставляет медицинские услуги населению, и тех, кто их оплачивает, то есть разделение производителей и покупателей.

Кроме вышеназванных, используются принципы конкуренции между производителями за получение финансовых средств от покупателей, конкуренции между покупателями, которые выступают посредниками между населением и медицинскими учреждениями, за привлечение средств населения;

Особенно важным стал принцип права пациентов на выбор врача, медицинского учреждения и посредника.

Однако принципы принципами, а практика практикой, а она заключается в следующем.

История обязательного медицинского страхования в Российской Федерации не привела к успешному функционированию системы здравоохранения. Пациенты ежедневно обращаются с жалобами на медучреждения в страховые компании и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Руководители системы здравоохранения недовольны рядом изменений, которые инициированы в рамках программы обязательного медицинского страхования. Новации не приветствуют и рядовой состав медицинских клиник и больниц, а пациенты, сталкиваясь с бюрократической волокитой, зачастую вообще не ориентируются в собственных правах и обязанностях. Причин недовольства реформированием несколько:

- Увеличение объема работы, чаще всего бумажной, выполнения которой требуют от перегруженных участков терапевтов, педиатров, медицинских статистиков и др.;

- Отсутствие адекватной оплаты труда, которая компенсируется неофициально платными услугами для пациентов [4];

- Двойственность и непродуманность некоторых положений системы ОМС (например, оказание скорой помощи лицам без документов, иностранцам: врачи не имеют права отказать пациенту, но не уверены, что их услуги будут оплачены);

- Отсутствие правовой грамотности у пациентов, предпочитающих не вникать в новые правила оказания медпомощи (по причине преклонного возраста, занятости, привычки надеяться на государство и др.) [5].

Таким образом, пассивная позиция сторон косвенно подтверждает удовлетворенность системой оказания медпомощи, которая только на бумаге является бесплатной, а в реальности требует от граждан существенных расходов при сложных заболеваниях (СМИ пестрят просьбами о финансовой помощи, необходимой на операцию по жизненно важным показаниям) [6]. При этом политики считают меры по официальной коммерциализации медицинского обслуживания непопулярными, поскольку население ждет от государства гарантий бесплатной помощи хотя бы в минимальном объеме.

Сегодня здравоохранение в России финансируется фактически по принципу, похожему на советский сметный [7]. Опишем его - в начале года комиссия, состоящая из представителей территориального фонда ОМС (ТФ ОМС), регионального минздрава и других местных властей, исходя из подушевого норматива и прогноза заболеваемости в регионе, на год вперед определяет, сколько и каких потребуются медицинских услуг. Затем из территориального фонда ОМС деньги ежемесячно поступают страховщикам — в зависимости от того, сколько у них застрахованных. При этом больницы в это время выставляют страховщику счета за фактически оказанные этим застрахованным услуги. Если счет меньше суммы, перечисленной на месяц, страховщик возвращает остаток денег в ТФ ОМС. Если больше, за недостачей он все равно обращается к ТФ ОМС, то есть к государству.

Согласно планам Минздрава России и Правительства России в государстве планируется запуск

Национальной пациентоориентированной системы (НПС). Она предусматривает:

- Урегулирование взаимоотношения государственной и коммерческой медицины;
- Внедрение Единой государственной информационной системы здравоохранения, в которую уже вложено порядка 40 миллиардов руб.;
- Сохранение финансирования на уровне 3,7% от ВВП.

Однако, система обязательного медстрахования при внедрении НПС практически не изменится. Отмечу, что имеется необходимость более серьезных изменений системы ОМС, в частности внедрение персональных медицинских счетов. Перекос в сторону теневых платежей при оказании медуслуг вряд ли будет преодолен. Изменить ситуацию может персонифицированное страхование с открытием личного счета для каждого гражданина. Застрахованное лицо получит пластиковую карту, которая объединит в себе полис, медкарту с историей заболеваний, документ для расчетов за услуги медиков.

Средства на счет сможет перечислять государство, работодатель, сам потребитель медицинских услуг, благотворительные организации. Деньги могут накапливаться, а неизрасходованная за год сумма переходить на следующий период или использоваться для лечения родственников (детей, родителей). Идея персонализированных счетов поддерживается Министерством финансов, депутатами, Советом Федерации. Однако имеются и возражения: так, оппоненты указывают на то, что граждане не будут пополнять счет из личных средств, и дефицит бюджета только увеличится [8].

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на заседании общественного совета недавно сообщила, что сейчас идет разработка механизма внедрения дополнительного пакета платных услуг к обязательному медицинскому страхованию [9]. Доступность пакета будет зависеть от наличия у пациента вредных привычек.

По задумке ведомства это позволит сделать более эффективным расходование средств Фонда ОМС. Полис ОМС должен быть не просто пропуском в поликлинику, каковым он сейчас является, а реальным инструментом для софинансирования своих расходов. Если гражданину полагается по ОМС 100 рублей, чтобы вырвать зуб, но он хочет сделать это в частной клинике, где это стоит дороже, у него должна быть возможность покрыть эти 100 рублей своим обычным медицинским полисом.

Предложенная система позволит вывести из тени неофициальные платежи, которые по статистике 2016 г. составили 150 миллиардов руб. [10].

Вышеизложенное позволяет сделать вывод об эффективности институциональных изменений в сфере здравоохранения. На наш взгляд, достаточно серьезные экономические преобразования касались структуры системы здравоохранения и в малой степени – экономических механизмов ее функционирования. Такая ситуация, на наш взгляд, является результатом разнонаправленных усилий групп специальных интересов, реализующихся в сфере здравоохранения. От возможности учитывать различные интересы при принятии управленческих решений на федеральном, региональном и местном уровнях зависят и динамика, и направление трансформации всей системы здравоохранения. Более того, идентифицированное нами качество управления системы здравоохранения как рефлексивное, делает необходимым дальнейший поиск теоретических оснований принятия решений по повышению возможностей удовлетворения спроса населения на не только получение медицинских услуг соответствующего объема и качества, но и на изменения институционализации экономических отношений в части профилактики заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каткова И.П. Экономический кризис и проблемы укрепления потенциала общественного здравоохранения России / И.П. Каткова, В.И. Катков // Проблемы современной экономики. – 2016. – №2 (58). – С.45-51.

2. Новиков А.В. Особенности развития национальной экономики: институциональные факторы и глобализационные процессы // Проблемы современной экономики. – 2016. – №2 (58). – С.72-74.

3. Солодовников Ю.Л. Экономика и управление в здравоохранении. – СПб.: Издательство «Лань», 2017. – 312 с.
4. Альпидовская М.Л. Мифы и реалии модернизации по-российски. / М.Л. Альпидовская. // Теоретическая экономика. 2012. №3. С. 28-34.
5. Минцберг, Г., Что не так в здравоохранении? Мифы, проблемы, решения. - 2017 – 463с.
6. Маслов, Г.А. Политическая экономия: международные тенденции и национальные различия / Г.А. Маслов, В.Т. Рязанов, Г.Н. Цаголов. // Вопросы политической экономии. 2016. №4. – С. 159-163.
7. Пороховский, А.А. Политическая экономия в XXI веке: системный подход в решении проблем современной экономики. /А.А. Пороховский // Вопросы политической экономии. 2016. №4. – С. 8-23.
8. Бузгалин, А.В. [Пост]классическая политическая экономия: потенциал решения проблем социально-экономической политики / А.В. Бузгалин, А.И. Колганов. // Вопросы политической экономии. 2016. №2. – С. 10-36.
9. Интернет-ресурс Минздрава России – <https://www.rosminzdrav.ru/>.
10. Шишкин С.В., Шейман И.М., Абдин А.А. и др. Российское здравоохранения в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017.
11. Statistical Yearbook. United Nations. N.Y., 1993; OECD Economic Surveys; Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. М.: Финансы и статистика.
12. World development report 1993. World Bank. Investing in health. Oxford University Press,. pp. 210-211; Statistical yearbook. 39th iss. United Nations. N.Y., 1996, pp. 149-165. Education at a Glance. OECD. Indicators, 1997. Center for Education Research and Innovation, p. 66; Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report. N 3, 1995, p.124.