

ЭКОНОМИКА И МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ECONOMICS AND MANAGEMENT IN HEALTHCARE

О ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННО-ЧАСТНОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Перхов В.И.¹,
Колесников С.И.^{2,3},
Песенникова Е.В.⁴

¹ ФГБУ «Центральный
научноисследовательский институт
организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава
России (127254, Москва,
ул. Добролюбова, 11, Россия)

² ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова,
(119991, Москва, Ленинские горы, д. 1,
Россия)

³ ФГБНУ НЦ проблем здоровья семьи
и репродукции человека, г. Иркутск
(664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16,
Россия)

⁴ ФГАОУ ВО Первый Московский
государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова,
Минздрава России (Сеченовский
Университет)
(119435, Москва, Большая
Пироговская ул., 2, стр. 4, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Перхов Владимир Иванович,
e-mail: perkhov@mednet.ru

РЕЗЮМЕ

Пандемия COVID-19, угрозы техногенного и антропогенного характера, вывели на передний план нерыночные аспекты общей, корпоративной отраслевой культуры и стратегии в медицине и здравоохранении. Поэтому во многих странах, несмотря на различия в соотношениях государственной и частной собственности в инфраструктуре здравоохранения, государственным приоритетом является обеспечение их сотрудничества в рамках национальной системы здравоохранения, способной оперативно и слаженно работать в условиях крайне опасных эпидемий и угроз иных чрезвычайных ситуаций.

Цель данной статьи – обсудить проблему формирования в системе здравоохранения России общественно-частной модели организации медицинской помощи.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, экономико-статистического анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, сводная по России форма государственного статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению» (сдают юридические лица – медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС), статистические сборники Росстата, аналитические материалы и статистические данные ВОЗ (Европейский портал информации здравоохранения ВОЗ: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>), статистические данные и метаданные по странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР, <https://stats.oecd.org/>), материалы монографических исследований и периодической печати, в том числе в сети Интернет.

Результаты. Родоначалником Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в России является система ОМС. Объем текста этой Программы увеличился к настоящему времени в 130 раз в сравнении с первоначальной редакцией 1998 года. При этом все еще отсутствует четкое нормативное разграничения оснований, объемов и условий оказания бесплатной и платной медицинской помощи, в результате важнейшее право человека на бесплатную медицинскую помощь остается не полностью реализованным. Число негосударственных медицинских организаций, оказывающих населению медицинскую помощь бесплатно по полису обязательного медицинского страхования, т.е. финансируемых из государственных источников, увеличилось в России за период с 2011 по 2019 гг. в четыре раза – с 648 до 2423 организаций соответственно.

Это свидетельствует о формировании в России новой, «объединенной» модели здравоохранения в режиме общественно-частного партнерства по решению социальных задач, хотя в Конституции Российской Федерации бесплатное оказание гражданам медицинской помощи в частных медицинских организациях не предусмотрено. Такая интеграция позволяет задействовать производственные мощности частных медицинских структур в чрезвычайных ситуациях, а также согласуется с одной из задач ведомственной целевой программы «Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины».

Выводы. В современной России идет формирование объединенной, общественно-частной (гибридной) модели здравоохранения, что требует разработки новых, партнёрских отношений и принципов управления в сфере организации медицинской помощи. Государственная политика в сфере финансирования здравоохранения должна быть направлена не только на конкретизацию государственных гарантий медицинской помощи, но и на сокращение разрыва в социально-экономическом неравенстве, а системы социальной защиты должны быть ориентированы, прежде всего, на людей, которые наиболее сильно нуждаются в медицинской помощи. Для защиты населения от чрезмерных («катастрофических») платежей за медицинскую помощь, целесообразно ввести в законодательство о здравоохранении понятие социальных стандартов – ряда общих правил, норм и нормативов, посредством которых государством гарантируются обеспечение конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи.

Ключевые слова: Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, государственно-частное партнерство в здравоохранении, платные медицинские услуги.

Для цитирования: Перхов В. И., Колесников С. И. Песенникова Е. В. О формировании общественно-частной модели организации медицинской помощи в России. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6 (3): 216–226. doi: 10.29413/ABS. 2021–6.3.22

FORMATION OF PUBLIC -PRIVATE MODEL IN RUSSIA HEALTH CARE ORGANIZATION

Perkhov V.I. ¹,
Kolesnikov S.I. ^{2,3},
Pesennikov E.V. ⁴

¹ Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow (st. Dobrolyubova, 11, 127254, Moscow, Russian Federation)

² Lomonosov Moscow state University, Moscow, Russia (Leninskie Gory, 119991, Moscow, GSP-1, Russian Federation)

³ Scientific Center for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russia (Timiryazev str., 16, 664003, Irkutsk, Russian Federation)

⁴ the First Moscow state medical university of I.M. Sechenov, Russian Ministry of Health (Sechenovsky University), Moscow (Bolshaya Pirogovskaya st., 2, building 4, 119435, Moscow, Russian Federation)

ABSTRACT

The pandemic of COVID-19, the threat of technogenic and anthropogenic character, brought to the foreground non-market aspects of the general, corporate branch culture and strategy in medicine and health care. Therefore, in many countries, despite differences in state and private property ratios in health infrastructure, the state priority is ensuring cooperation within the national health care system which capable quickly and well-coordinated work in the extremely dangerous epidemics conditions and other emergency situations.

The purpose of this article is discussing a problem of public and private models of medical care organization in Russian health care system.

Materials and methods. *Content analysis methods, economical and statistical analysis, information and analytical materials of the Russian and foreign news agencies, a summary across Russia of Rosstat form No. 62 of the state statistical observation «Data on resource providing and on delivery of health care to the population» (legal entities - the medical organizations which are carrying out activity in the sphere of compulsory health insurance), analytical materials and statistical data of World Health Organization (The European portal of information of health care of WHO: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>), statistical data and metadata on the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, <https://stats.oecd.org/>), the materials of monographic researches and periodicals including placed on the Internet were used in this article.*

Results: *the system of compulsory health insurance is an ancestor of the program of the state guarantees of free medical care of in Russian citizens.*

The length of the text of this Program so far was increased in 130 times in comparison with initial edition of 1998. At the same time, there is still no clear delineation for the bases, volumes and conditions differentiation of free and paid medical care rendering. As a result, the major human right to free medical care remains not completely realized. The numbers of the non-state medical organizations to provide free of charge medical care to the population according to the policy of obligatory medical insurance (i.e. financed from the state sources) in the period of 2011 to 2019 – from 648 to 2423 organizations respectively were increased in

Corresponding author:

Vladimir I. Perkhov,
e-mail: lperkhov@mednet.ru

Russia four times. This demonstrates the creation of the new, «integrated» model of health care in Russia in the mode of public and private partnership for deciding of social tasks. Although, free medical care for citizens in the private medical organizations is not mentioned in the Constitution of Russian Federation (Main Law). In emergency situations such integration allows private medical structures to involve capacities and also be coordinated with one of the tasks of the Ministry of health target program «Development of the Fundamental, Transmitting and Personalized Medicine».

Conclusions. There is a formation of the integrated, public and private (hybrid) model of health care in modern Russia that needs developing of a new partnership and principles of management in the sphere of medical care organization. State policy in the health care financing sphere should be directed not only to the state guarantees of medical care specification, but also to a gap in social and economic inequality reduction. The social protection systems should be focused, first of all, on people who are most in great need of medical care. For the protecting population from catastrophic payments for medical care, it is necessary to bring the concept of the social standards - a number of the general rules, norms and standards which must guarantee the state ensuring constitutional rights of citizens to free medical care in the health care legislation.

Key words: The program of the state guarantees of free delivery of health care, public-private partnership in health care, paid medical services.

For citation: Perkhov V.I., Kolesnikov S.I., Pesennikova E.V. Formation of public-private model in Russia health care organization. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(3): 216–226. doi: 10.29413/ABS.2021-6.3.22

Received: 18.06.2021

Accepted: 21.06.2021

Published: 13.08.2021

ВВЕДЕНИЕ

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, является одним из основных принципов охраны здоровья (ст. 4. п. 1323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Государственная система здравоохранения является основным механизмом в рамках организации медико-демографической политики, сохранения и укрепления индивидуального и общественного здоровья граждан [1].

Пандемия COVID-19, угрозы техногенного и антропогенного характера, вывели на передний план нерыночные аспекты общей, корпоративной отраслевой культуры и стратегии в медицине и здравоохранении. Поэтому во многих странах, несмотря на различия в соотношениях государственной и частной собственности в инфраструктуре здравоохранения, государственным приоритетом является обеспечение их сотрудничества в рамках национальной системы здравоохранения, способной оперативно и слаженно работать в условиях крайне опасных эпидемий и угроз иных чрезвычайных ситуаций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обсудить проблему формирования в системе здравоохранения России общественно-частной модели организации медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использованы методы контент-анализа, экономико-статистического анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных ин-

формационных агентств, сводная по России форма государственного статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению» (сдают юридические лица – медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС), статистические сборники Росстата, аналитические материалы и статистические данные ВОЗ (Европейский портал информации здравоохранения ВОЗ: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>), статистические данные и метаданные по странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР, <https://stats.oecd.org/>), материалы монографических исследований и периодической печати, в том числе в сети Интернет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В Советском Союзе граждане пользовались универсальным доступом к полностью бесплатному медицинскому обслуживанию с акцентом на профилактику по месту работы в медико-санитарных частях, либо в поликлиниках и больницах территории, где они проживали. Частных медицинских организаций не существовало. Система делала огромный акцент на контроле эпидемий и инфекционных болезней, а также на специализированной больничной помощи. Но, в результате пренебрежения профилактикой и лечением неинфекционных болезней советская медицинская инфраструктура оказалась плохо подготовленной к эпидемиологическим изменениями последних десятилетий, характеризующихся ростом распространённости хронических болезней. Несмотря на удвоение количества больничных коек и врачей на душу населения между 1950 и 1980 годами, качество и доступность медицинской помощи стали снижаться [2].

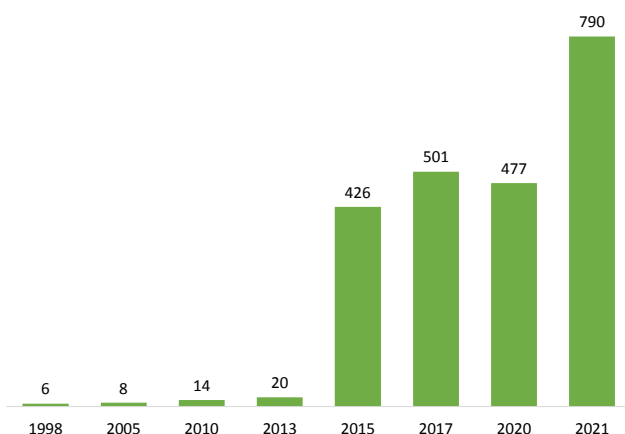


РИС. 1.

Динамика объема текста Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по числу страниц, 1998–2021

РИС. 2.

Динамика объема текста Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по числу слов, 1998–2021

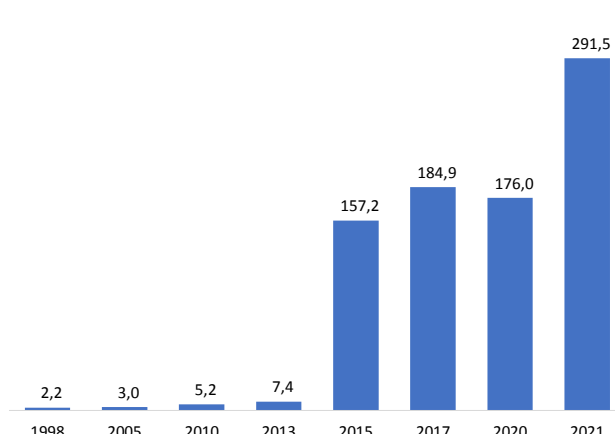


FIG 1.

Dynamics of volume of the text of the Program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens for number of pages, 1998–2021

FIG 2.

Dynamics of volume of the text of the Program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens by number of words, 1998–2021

Экономическая нестабильность и растущие дефициты государственного бюджета 1980-х привели к серьезной нехватке денежных средств на оплату лекарств, медицинского оборудования, выплату заработной платы медицинскому персоналу, а также на содержание инфраструктуры системы здравоохранения. Значительно увеличились сроки ожидания хирургических вмешательств и других медицинских процедур, началось массовое бегство квалифицированных медицинских работников в более стабильные и прибыльные профессии [3]

В последние годы существования СССР стало очевидно, что надо что-то делать, чтобы спасти здравоохранение. Правительство РСФСР ответило на этот вызов в 1991 законодательством, создающим систему универсального обязательного медицинского страхования. Основная цель этой системы заключалась в том, чтобы увеличить объем финансирования здравоохранения за счет страховых взносов, начисляемых на выплаты работающим людям. Также появилась первая Программа государственных гарантий медицинской помощи, которая была связана с системой обязательного медицинского страхования и имела название «Базовая программа ОМС».

Для администрирования страховых взносов были созданы новые структуры – самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения (Фонды ОМС), которые не должны были конкурировать с политической точки зрения с другими бюджетными приоритетами [4]. Существовала также надежда на то, что Федеральный фонд ОМС выровняет финансовое положение регионов, а страховой механизм, через соревнование между страховщиками и между медицинскими учреждениями, поощрит основанную на рынке эффективность и качество медицинских услуг.

Первая Программа государственных гарантий медицинской помощи появилась в России в 1992 году, в период системной дезинтеграции в народном хозяйстве, социальной структуре, общественной и политической сфере страны [5]. Эта Программа была сформирована с единственной целью – обеспечение конституционных прав граждан Российской Федерации на получение

бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Так как Российская Федерация была государством-продолжателем и правопреемником РСФСР, указанная программа была основана на нормах закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», утвержденного соответствующим постановлением Правительства России во исполнение Постановления Верховного Совета РСФСР от 28 июня 1991 г. № 1500–1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [6]. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как документ, впервые появилась в 1998 году [7]. Эта программа состояла из 6 разделов и из 6 страниц текста (2,2 тыс. слов). За истекшие более чем двадцать лет объем рассматриваемого документа многократно увеличился.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299, состоит из 9 разделов и занимает 790 страниц текста (почти 300 тыс. слов) – рис. 1, 2.

Основная причина столь значительного увеличения объема Программы – это включение в её состав вопросов, которые регулировались ранее приказами и методическими рекомендациями Минздрава России и Федерального фонда ОМС [8,9]. Но вопросы конкретизации обязательства государства по обеспечению населения медицинской помощью на полностью безвозмездной основе остались не решенными.

По данным Организации экономического сотрудничества и развития, среди стран, близких к России по размеру расходов на здравоохранение в долларах с учетом паритета покупательской способности на душу населения (в 2016 году – Мексика – 567,5, Россия – 800,1, Турция – 885,4, Латвия – 901,5, Чили – 1086,7, Греция – 348,8, Польша – 1358,0), только Мексика и Латвия опережают Россию по размеру доли (удельного веса) частных расходов (включая ДМС) от общих расходов на здравоохранение (рис. 3).

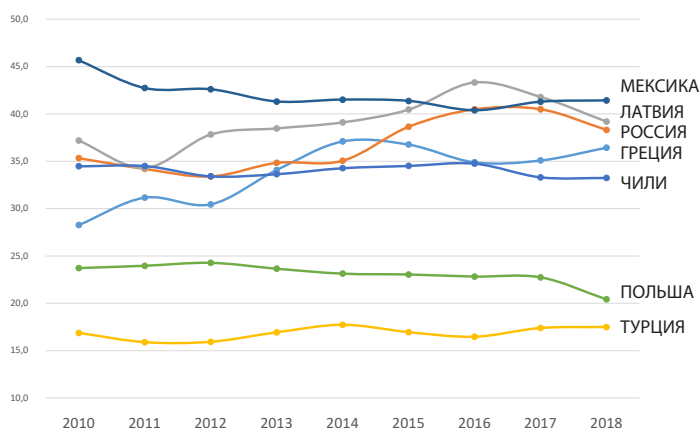


РИС. 3.

Доля частных расходов (включая добровольное медицинское страхование) от общих расходов на здравоохранение, %

FIG 3.

Share of private expenses (including voluntary health insurance) from the total costs of health care, %

*ППС - паритет покупательной способности (англ. purchasing power parity) – соотношение денежных единиц разных стран, устанавливаемое по их покупательной способности

ТАБЛИЦА 1

ФАКТИЧЕСКИЕ ОБЪЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ИЗ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС, 2011–2019 ГГ., МЛРД. РУБЛЕЙ.

TABLE 1

THE ACTUAL AMOUNTS OF FINANCING FROM NON-STATE SOURCES OF TYPES OF MEDICAL CARE IN THE MEDICAL ORGANIZATIONS WHICH ARE CARRYING OUT ACTIVITY IN THE SPHERE OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE, 2011–2019, ONE BILLION RUBLES.

Вид медицинской помощи	2011	2013	2015	2017	2018	2019
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	54,7	72,1	83,2	106,8	117,5	128,8
Медицинская помощь в круглосуточном стационаре	19,3	23,6	27,9	36,4	39,4	41,5
Прочие виды медицинской помощи	11,6	14,8	27,8	47,9	51,5	52,7
Дневной стационар	0,5	0,7	1,3	2,8	3,9	4,0
Скорая медицинская помощь	x	x	0,0	0,1	0,2	0,3
Паллиативная медицинская помощь	x	x	0,3	0,4	0,3	0,3
Медицинская реабилитация	x	x	0,8	1,0	1,1	1,1
Общий итог	86,1	111,3	141,3	195,5	214,0	228,8

Источник информации: годовая (за соответствующий год) форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»

За период с 2010 по 2017 года годовой темп роста размера доли частных расходов на здравоохранение в России составил 8%, выше только у Греции (29%). Одновременно с этим в Чили, Польше и Мексике размер доли частных расходов на здравоохранение за рассматриваемый период снизился на 4–9%.

По данным Росстата, доля медицинских услуг в структуре платных услуг, оказываемых населению, увеличилась с 5,1% в 2010 году до 7,0% в 2018 году, и составила 4615 рублей на душу населения [10].

Увеличивается объем платных медицинских услуг, оказываемых населению в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (таблица 1)

Объем финансовых поступлений от оказания медицинской помощи за плату в указанных медицинских организациях за период с 2011 по 2019 гг. увеличился в 2,7 раза – с 86,1 млрд. рублей в 2011 году до 228,8 млрд. рублей в 2019 году (без учета индекса-дефлятора), или в 2,7 раза. С учетом индекса-дефлятора рост данного показателя в среднем по всем видам медицинской помощи в период с 2011 по 2019 гг. составил 2,4 раза. Удельный вес объема платных медицинских услуг в медицинских организациях, участвующих в программах ОМС составлял в 2015 году 26,7% от общего объема оказываемых населению платных медицинских (228,8 из 528,4 млрд. рублей), а в 2018 году уже 31,6% (228,8 из 677,7 млрд. рублей).

Объем финансовых поступлений в медицинские организации, осуществляющих деятельность по ОМС, от оказания за плату медицинской помощи в амбулаторных условиях вырос с 54,7 млрд. рублей в 2011 году до 118,0 млрд. рублей в 2019 году, или в 2,2 раза, в условиях круглосуточного стационара – с 19,3 до 37,3 млрд.

рублей, или в 1,9 раза, в условиях дневных стационаров – с 0,5 до 3,7 млрд. рублей или в 7,0 раз, прочие виды медицинских и иных услуг – с 11,6 до 50,6 млрд. рублей или в 4,4 раза. При этом существенно увеличилось число частных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, особенно поликлиник (таблица 2).

Число медицинских организаций скорой медицинской помощи государственной формы собственности, сократилось с 235 в 2011 году до 169 в 2019 году, или на треть. При этом число медицинских организаций скорой медицинской помощи негосударственной формы собственности, участвующих в реализации ПГГ, увеличилось с всего одной организации в 2012 году до 28 организаций в 2019 году. Число амбулаторно-поликлинических учреждений государственной формы собственности, сократилось с 2581 в 2011 году до 1419 в 2019 году, или в два раза. При этом число амбулаторно-поликлинических медицинских организаций негосударственной формы собственности, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, увеличилось с 485 организаций в 2012 году до 2160 организаций в 2019 году, или в 4,5 раза.

Таким образом, в России частный производитель медицинских услуг получает новый источник дохода, что еще всего 5–7 лет тому назад было исключено, а также становится частью общественной системы здравоохранения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Выплаты за медицинские услуги из личных средств населения считаются несправедливым способом фи-

нансирования здравоохранения [11,12]. Этот способ как с точки зрения накопления капитала, так и защиты от финансовых рисков рассматривается как наилучший из возможных вариантов финансирования и подвергает людей большому количеству рисков [13]. Поэтому во всех странах, несмотря на различия в способах и объемах финансирования здравоохранения, государственным приоритетом является обеспечение населения универсальным и бесплатным доступом к медицинской помощи.

В Советском Союзе частная система здравоохранения отсутствовала, и граждане пользовались полностью бесплатным медицинским обслуживанием с акцентом на профилактику либо по месту работы, либо в поликлиниках и больницах территории, где они проживали. В современной России не только государственные, но и частные медицинские организации финансируются одновременно из общественных и частных источников, что в здравоохранении является одной из самых запутанных, горячо обсуждаемых, и вызывающих озабоченность населения проблем [14, 15, 16, 17, 18, 19].

Во многих странах, несмотря на различия в способах финансирования здравоохранения, стратегическим государственным приоритетом является обеспечение населения универсальным и бесплатным доступом к медицинской помощи. При этом большое значение придается гарантиям социальной защиты граждан от чрезмерных («катастрофических») расхо-

дов на медицинскую помощь, установлению социальных норм и стандартов, развитию здравоохранения как общего социального института, сотрудничеству между организациями разной формы собственности для достижения общих целей по производству здоровья [20, 21, 22].

В России ежегодно правительством Российской Федерации утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Постановления правительства принимаются, как правило, на основе принципов и положений Конституции, законов и указов Президента, т.е. детализируют то, что сказано в этих нормативных актах.

Однако ни в Конституции, ни в Указах Президента, Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не упоминается. Даже в главе 10 базового закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», посвященной Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, отсутствуют разъяснения о порядке утверждения и содержании этого документа. В результате неопределенности соответствующих правовых норм, данная Программа, несмотря на свою уже более чем двадцатилетнюю историю, до настоящего времени не содержит конкретизации обязательства государства по обеспечению населения медицинской помощью на полностью безвозмездной основе. За все время существования Программы, основными правовыми её установления-

ТАБЛИЦА 2

ДИНАМИКА ЧИСЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ И ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС

TABLE 2

DYNAMICS OF NUMBER OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS OF VARIOUS TYPES AND FORMS OF OWNERSHIP WHICH ARE CARRYING OUT ACTIVITY IN THE SPHERE OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE

Форма собственности и тип медицинской организации	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Негосударственные, всего, в том числе:	648	940	1124	1267	1446	1796	2026	2275	2423
Больницы	163	162	173	155	166	176	195	232	235
Медицинские организации скорой медицинской помощи	0	1	10	22	21	24	29	29	28
Поликлиники	485	777	941	1090	1259	1596	1802	2014	2160
Государственные, всего, в том числе:	7364	6952	6443	5248	5117	4896	4731	4660	4477
Больницы	4548	4459	4247	3277	3244	3105	3023	2983	2896
Медицинские организации скорой медицинской помощи	235	224	216	215	202	187	171	165	162
Поликлиники	2581	2269	1980	1756	1671	1604	1537	1512	1419
Общий итог	8012	7892	7567	6515	6563	6692	6757	6935	6900

Источник информации: форма федерального государственного статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»

ми являются средние финансовые (нормативы финансовых затрат) и объемные (подушевые нормативы объема медицинской помощи), которые нельзя применить к случаю оказания медицинской помощи конкретному человеку.

Программа государственных гарантий бесплатно оказания медицинской помощи постепенно приобретает признаки нормативного акта отраслевого министерства. Из-за включения в неё большого массива сведений о «подвиде» медицинской помощи – а именно высокотехнологичной медицинской помощи, а также других разделов (критерии доступности и качества медицинской помощи, положение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи, перечни клинико-статистических групп) объем текста Программы значительно увеличился в сравнении с редакцией 1998 года.

Статья 41 Конституции Российской Федерации гласит – «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [23]. Таким образом, Конституция не предусматривает бесплатное оказание медицинской помощи в негосударственных медицинских организациях, но число таких организаций, оказывающих помощь по полису ОМС, увеличилось за период с 2011 по 2019 гг. почти в четыре раза.

Это свидетельствуют о формировании в России новой, «объединенной» модели системы здравоохранения в режиме общественно-частного партнерства по решению социальных задач. Это явление не укладывается в рамки отношений, основывающихся на нормах действующего законодательства о государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве, о концессионных соглашениях, которые в основном регулируют вопросы использования, создания и реконструкции объектов недвижимости. Рассматриваемая общественно-частная интеграция касается сложных отношений, возникающих при предоставлении медицинской услуги и, безусловно, имеет риски – сужает возможности профилактики заболеваний и сдерживания затрат на медицинскую помощь, допускает перемещение части денег казны в частный сектор и другие. Поэтому, по нашему мнению, необходима серьезная методологическая поддержка расширения общественно-частных проектов в области здравоохранения в нашей стране по таким основным направлениям, как совершенствование законодательного обеспечения солидарности государства и бизнеса по решению задач в сфере здравоохранения, рационализация использования ресурсного потенциала здравоохранения, внедрение инновационных моделей квалифицированного управления, формирование интегрированных структур, которые способствуют экономическому росту медицинской промышленности, оптимизация национальных программы профилактики болезней и т.п.

Также стоит учитывать, что расширение государственно-деловых отношений в сфере здравоохранения, является одним из важных современных направлений государственной политики в социальной сфере [24]

ВЫВОДЫ

В современной России идет формирование объединенной, общественно-частной (гибридной) модели здравоохранения, что требует разработки новых, партнерских отношений и принципов управления в сфере организации медицинской помощи. Государственная политика в сфере финансирования здравоохранения должна быть направлена не только на конкретизацию государственных гарантий медицинской помощи, но и на сокращение разрыва в социально-экономическом неравенстве, а системы социальной защиты должны быть ориентированы, прежде всего, на людей, которые наиболее сильно нуждаются в медицинской помощи. Для защиты населения от чрезмерных («катастрофических») платежей за медицинскую помощь, целесообразно ввести в законодательство о здравоохранении понятие социальных стандартов – ряда общих правил, норм и нормативов, посредством которых государством гарантируются обеспечение конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Molchanova EV. Comparative Assessment of Health Systems in Russia and Finland. The International Conference «Health and wellbeing in modern society» (ICHW 2020). – *Atlantis Press*. 2020; 253–258. doi.org/10.2991/ahsr.k.201001.051
2. Tompson W. Healthcare reform in Russia: problems and prospects. – 2007; doi.org/10.1787/327014317703
3. Twigg JL. Unfulfilled hopes: The struggle to reform Russian health care and its financing. *Russia's torn safety nets*. 2000; 43–64. doi: 10.1007/978-1-349-62712-7_3
4. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543–1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год». СПС «Консультант плюс»
5. Перхов В. И., Янкевич Д. С. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: что изменилось за 20 лет? *MEDICAL ACADEMIC*. 2018; 18 (4): 31
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 23 января 1992 г. № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР». СПС КонсультантПлюс
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». СПС КонсультантПлюс

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи». СПС КонсультантПлюс

9. Министерство здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2018 года № 11-7/10/2-7543, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, письмо от 21 ноября 2018 года N 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». СПС КонсультантПлюс

10. Платное обслуживание населения в России. 2019: Стат. сб./П37 Росстат. 2019; 110

11. WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance. 2000

12. WHO. What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Health Evidence Network (HEN) Report. 2004

13. Aboutorabi A. et al. Factors affecting the informal payments in public and teaching hospitals. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 315

14. Кадыров Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Москва: ИД Менеджер здравоохранения. – 2013

15. Мисюлин С.С. Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения России. *Вестник Росздравнадзора*. 2009; 1: 24–29

16. Зражевская Т.Д., Косолапов А.В. Платные медицинские услуги в бюджетных медицинских организациях в системе гарантий конституционного права на охрану здоровья. *Медицинское право*. 2016; 6: 39–42

17. Emery H, Gerrits K. The demand for private health insurance in Alberta in the presence of a public alternative. – November, 2005;

18. Chernichovsky D. The public-private mix in the modern health care system-concepts, issues, and policy options revisited. *National Bureau of Economic Research*. 2000; w7881

19. Filc D, Davidovitch N. Rethinking the private – public mix in health care: analysis of health reforms in Israel during the last three decades. *Journal of health services research & policy*. 2016; 21 (4): 249–256. doi.org/10.1177/1355819616650470

20. Feenberg D, Skinner J. The risk and duration of catastrophic health care expenditures. *National Bureau of Economic Research*. 1992; w4147.

21. Li Y. et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012; 90 (9): 664–671. doi: 10.2471/BLT.12.102178

22. Ssewanyana S, Kasirye I. Estimating Catastrophic Health Expenditures from Household Surveys: Evidence from Living Standard Measurement Surveys (LSMS) – Integrated Surveys on Agriculture (ISA) from Sub-Saharan Africa. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020; 18 (6): 781–788. doi: 10.1007/s40258-020-00609-1

23. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). СПС КонсультантПлюс

24. Совещание Президента с членами Правительства Российской Федерации по вопросам здравоохранения. Ново-Огарево. 21 января 2014 года. *Доступно на*: <http://kremlin.ru/events/president/news/20090>. [Дата доступа: 07.06.2021]

REFERENCES

1. Molchanova EV. Comparative Assessment of Health Systems in Russia and Finland //The International Conference «Health and wellbeing in modern society» (ICHW 2020). *Atlantis Press*. 2020; 253–258. doi.org/10.2991/ahsr.k.201001.051

2. Tompson W. Healthcare reform in Russia: problems and prospects. 2007. doi.org/10.1787/327014317703

3. Twigg JL. Unfulfilled hopes: The struggle to reform Russian health care and its financing. *Russia's torn safety nets*. 2000; 43–64. doi: 10.1007/978-1-349-62712-7_3

4. Postanovlenie Verhovnogo Soveta Rossijskoj Federacii ot 24 fevralya 1993 g. № 4543–1 «O poryadke finansirovaniya obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya grazhdan na 1993 god». *SPS «Konsul'tant plyus»* (In Russian)

5. Perhov VI, YAnkevich DS. Programma gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya medicinskoj pomoshchi: chto izmenilos' za 20 let? *MEDICAL ACADEMIC*. 2018; 18 (4): 31

6. Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 23 yanvarya 1992 g. № 41 «O merah po vypolneniyu Zakona RSFSR «O medicinskom strahovanii grazhdan v RSFSR». *SPS Konsul'tantPlyus* (In Russian)

7. Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 11 sentyabrya 1998 g. № 1096 «Ob utverzhdenii Programmy gosudarstvennyh garantij okazaniya grazhdanam Rossijskoj Federacii besplatnoj medicinskoj pomoshchi». *SPS Konsul'tantPlyus* (In Russian)

8. Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya RF ot 10 dekabrya 2013 g. № 916n «O perechne vidov vysokotekhnologichnoj medicinskoj pomoshchi». *SPS Konsul'tantPlyus* (In Russian)

9. Ministerstvo zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 21 noyabrya 2018 goda № 11-7/10/2-7543, Federal'nyj fond obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya, pis'mo ot 21 noyabrya 2018 goda N 14525/26-1/i «O metodicheskikh rekomendacijah po sposobam oplaty medicinskoj pomoshchi za schet sredstv obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya». *SPS Konsul'tantPlyus* (In Russian)

10. Platnoe obsluzhivanie naseleniya v Rossii. 2019: Stat. sb./P37 Rosstat. 2019; 110

11. WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance. 2000

12. WHO. What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Health Evidence Network (HEN) Report. 2004

13. Aboutorabi A. et al. Factors affecting the informal payments in public and teaching hospitals. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 315

14. Kadyrov FN. Platnye uslugi v zdavoohranenii. *Menedzher zdavoohraneniya*. – 2013. (In Russian)

15. Misyulin SS. Platnye medicinskie uslugi v gosudarstvennyh uchrezhdeniyah v sovremennoj sisteme zdavoohraneniya Rossii. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2009; 1: 24–29. (In Russian)

16. Zrazhevskaya TD, Kosolapov AV. Platnye medicinskie uslugi v byudzhethnyh medicinskih organizacijah v sisteme garantij konstitucionnogo prava na ohranu zdorov'ya. *Medicinskoe pravo*. 2016; 6: 39–42. (In Russian)

17. Emery H, Gerrits K. The demand for private health insurance in Alberta in the presence of a public alternative. November, 2005; 1

18. Chernichovsky D. The public-private mix in the modern health care system-concepts, issues, and policy options revisited. *National Bureau of Economic Research*. 2000; w7881.

19. Filc D, Davidovitch N. Rethinking the private – public mix in health care: analysis of health reforms in Israel during the last three decades. *Journal of health services research & policy*. 2016; 21 (4): 249–256. doi.org/10.1177/1355819616650470
20. Feenberg D, Skinner J. The risk and duration of catastrophic health care expenditures. *National Bureau of Economic Research*. 1992; w4147
21. Li Y. et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012; 90 (9): 664–671. doi: 10.2471/BLT.12.102178
22. Ssewanyana S, Kasirye I. Estimating Catastrophic Health Expenditures from Household Surveys: Evidence from Living Standard Measurement Surveys (LSMS) – Integrated Surveys on Agriculture (ISA) from Sub-Saharan Africa. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020; 18 (6): 781–788. doi: 10.1007/s40258-020-00609-1
23. Konstituciya Rossijskoj Federacii (prinyata vsenarodnym golosovaniem 12.12.1993 s izmeneniyami, odobrennymi v hode obshcherossijskogo golosovaniya 01.07.2020). *SPS Konsul'tantPlyus* (In Russian)
24. Soveshchanie Prezidenta s chlenami Pravitel'stva Rossijskoj Federacii po voprosam zdavoohraneniya. Novo-Ogarevo. 21 yanvarya 2014 goda. Available at: <http://kremlin.ru/events/president/news/20090>. [date of access: 07.06.21] (In Russian)

Сведения об авторах

Перхов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ул. Добролюбова, 11; e-mail: perkhov@mednet.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

Колесников Сергей Иванович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека; e-mail: sikolesnikov2012@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-2124-6328>

Песенникова Елена Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Факультета управления и экономики здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, г. Москва Большая Пироговская улица, 2, стр. 2; e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-6023-7734>

Information about the authors

Vladimir I. Perkhov– the doctor of medical sciences, the associate professor, the chief researcher, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Dobrolyubov St., 11; e-mail: perkhov@mednet.ru. <http://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

Sergey I. Kolesnikov– the doctor of medical sciences, professor, the academician of RAS, the honored worker of science of the Russian Federation, Federal State Public Scientific Institution Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, 664003 Irkutsk, Timiryazev str, 16; e-mail: sikolesnikov2012@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0003-2124-6328>

Elena V. Pesennikova– the candidate of medical sciences, the associate professor of the organization and management in the sphere of circulation of medicines of Faculty of management and economy of health care of the First Moscow state medical university of I. M. Sechenov, Moscow Bolshaya Pirogovskaya Street, 2, building 2; e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-6023-7734>