

ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КОММЕРЦИИ

На правах рукописи

СНЕГИРЕВА ЮЛИЯ ЮРЬЕВНА

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ
РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(на материалах Краснодарского края Российской Федерации)**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(Экономика, организация и управление предприятиями, отраслями,
комплексами – сфера услуг)

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени кандидата экономических наук

*Научный консультант:
доктор экономических наук, доцент
Амонова Дильбар Субхоновна,
Научный руководитель:
кандидат экономических наук, доцент
Ананченкова Полина Игоревна*

Душанбе – 2019

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	3
Глава 1. Теоретические аспекты формирования и развития рынка медицинских услуг	13
1.1. Понятие, сущность и особенности медицинской услуги	13
2.2. Методические основы формирования и развития рынка медицинских услуг	22
2.3. Опыт функционирования зарубежных моделей организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг	31
Глава 2. Анализ современного этапа развития рынка медицинских услуг	51
2.1. Современные тенденции развития рынка медицинских услуг	51
2.2. Факторы, влияющие на развитие рынка медицинских услуг	67
2.3. Становление и развитие рынка медицинских услуг в Краснодарском крае Российской Федерации	79
Глава 3. Совершенствование организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг	92
3.1. Регулирование рынка медицинских услуг	92
3.2. Приоритетные направления развития рынка медицинских услуг	105
3.3. Разработка механизма взаимодействия участников рынка медицинских услуг	116
Выводы и предложения	133
Список использованной литературы	137
Приложения	158

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. Рынок медицинских услуг, являющийся частью сферы здравоохранения, выступает одной из важных и наиболее значимых социальных структур, оказывающих влияние на стабильное развитие государства и требующих поддержания и повышения общего уровня здоровья населения.

В последние несколько лет в России ведется переход на новые экономические условия в рамках утвержденной стратегии социально-экономического развития. Вопросы реформирования существующей системы здравоохранения и поиска механизмов оказания медицинской помощи гражданам в целом и деятельность организаций, оказывающих медицинские услуги, в частности, в нашей стране уже несколько десятилетий подвергаются активному обсуждению. Прежде всего, эти вызовы обусловлены тяжелой демографической ситуацией в стране, особенно – отрицательным естественным приростом населения начиная с 1992 года. Аномально высокие для развивающихся стран показатели младенческой смертности, смертности населения в трудоспособном возрасте приводят к последствиям, требующим более внимательного рассмотрения проблем по реформированию системы здравоохранения.

Сложившаяся ситуация вызвала необходимость интегрирования инновационных форм и методов развития организационно-экономического механизма на современном рынке медицинских услуг, где функционируют государственные медицинские организации, оказывающие бесплатную медицинскую помощь, и частные структуры, работающие на принципах свободной конкуренции и предоставляющие платные медицинские услуги. Проблема недофинансирования сферы здравоохранения выдвигается на первый план, гражданами высказываются справедливые претензии по поводу недостаточного качества медицинских услуг, недостатке квот на высокотехнологичную медицинскую помощь, высокой стоимости новейших современных лекарств и т. д.

Становится очевидным, что старая система здравоохранения себя изжила, а нововведения, разработанные в ходе реформирования сферы здравоохранения, имеют большие пробелы, требующие дополнительных доработок на законодательном уровне. Исторически сложившаяся государственная система здравоохранения в России в начале нового века являлась преемницей, так называемой, благотворительной медицины, когда церковь и государство занимались поисками источников финансирования медицинской помощи малоимущим гражданам¹. Основными источниками финансирования здравоохранения в такой системе выступали государственные налоги, а аккумулировали финансовые ресурсы здравоохранения бюджеты различного уровня. Механизм финансирования медицинской помощи функционировал, главным образом, опираясь на структурные принципы: возмещение расходов осуществлялось учреждениям в целом, а не оплачивались отдельные медицинские услуги. К тому же, у медицинских учреждений, как правило, был государственный некоммерческий статус, и они должны были исполнять социальный заказ, напрямую подчиняясь финансовым правилам, установленным государством. Процесс планирования и управления государственной системой происходил централизованно (унитарно), предусматривая административный контроль над качеством оказания медицинской помощи.

Сегодня процесс реформирования системы здравоохранения не завершен, российской сфере здравоохранения всё ещё требуется модернизация, способная повысить качество и эффективность медицинского обслуживания.

Основные направления реформирования заключаются в модернизации инфраструктуры системы здравоохранения и информационного обеспечения, развитии государственно-частного партнерства, переходе на одноканальное финансирование через механизм обязательного медицинского страхования, введении новых стандартов качества при оказании медицинской помощи,

¹ Колоколов Г.Р. Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность/Г.Р.Колоколов. –М.:«ЮРАЙТ», 2007. - 173 с.

создании для пациентов возможности свободно выбирать медицинскую организацию и страховую компанию.

Благодаря этим изменениям должна коренным образом измениться работа организаций, оказывающих медицинские услуги, и страховых медицинских компаний, появятся новые возможности для коммерческих структур и, в конечном итоге, повысится качество и доступность медицинской помощи для соотечественников. Помимо этого, они, в значительной степени, будут способствовать росту конкуренции и разработке стратегий покорения рынка со стороны основных участников медицинского рынка: фармацевтических компаний, медицинских организаций, производителей медицинских изделий и разработчиков новых технологий в медицине.

Несмотря на то, что часть проблем уже была частично решена правительством, современной структуре здравоохранения следует ввести ещё достаточно изменений, только после которых, по истечении времени можно будет объективно судить об их эффективности.

Развитие сектора частных медицинских услуг на принципах государственно-частного партнерства на основе обязательного медицинского страхования позволит насытить сферу здравоохранения ресурсами, определить гарантии государства и работодателей, обеспечить участие граждан в процессе финансирования отрасли, интегрировать обязательное и добровольное медицинское страхование, найти кратчайший путь движения денежных потоков от пациента до медицинской организации, исключить «теневые» платежи. Более того, гражданам будет предоставлена возможность по осуществлению контроля над качеством и объёмом потребляемых медицинских услуг, свобода выбора медицинской организации, а тем, в свою очередь, придётся на равных вести конкурентную борьбу за деньги пациента. Наконец, средства, отданные гражданами на поддержание собственного здоровья и лечение, быстрее и лучше простимулируют россиян в том, что здоровье представляет собой главную личную ценность.

В настоящее время российские и зарубежные эксперты проводят исследования по изучению организационно-экономических механизмов, которые позволили бы обеспечить эффективность национальных систем здравоохранения, ведут поиск направлений развития рынка медицинских услуг, что обусловило актуальность темы настоящего диссертационного исследования.

Степень научной разработанности темы диссертации. В диссертационном исследовании были использованы научные работы классиков в сфере рыночной экономики, экономики общественного сектора и экономики системы здравоохранения: Амоновой Д.С., Войцеховича Б.А., Редько А.Н., Лебедевой И.С., Шапошникова Н.Н., Сахаровой П.Б., Ковалевского М.А., Александровой О.Ю., Вялкова А.И., Бобровницкого И.П., Раджабов Р.К., Рахманина Ю.А., Канаевой О.А., Невзоровой Е.П., Бирюкова В.В., Гаврилова А.Н., Иванова С.А., Кучеренко В.З., Алексеевой В.М., Афанасьевой Е.Ю., Лисицына Ю.П. и др.²

² Войцехович Б.А., Редько А.Н., Лебедева И.С. Руководство к практическим занятиям «Организация и экономика предпринимательской деятельности в организации» // Учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Краснодар, 2015; Войцехович Б.А., Шапошников Н.Н., Сахарова П.Б. Здравоохранение как социальная функция государства. – Психология. Экономика. Право, 2013, № 4. – С. 106-114; Ковалевский М.А. Проблемы формирования российского регионального законодательства в сфере здравоохранения // Известия высших учебных заведений. – Правоведение, 2003, № 3 (248). – С. 75-88; Ковалевский М.А. Конституционно-правовой режим медицинской помощи // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, 2008, № 4. – С. 3; Ковалевский М.А., Ковалевский С.М. Система правовых институтов защиты от несчастных случаев на производстве как модель юридической защиты от современных медицинских рисков // Страховое право, 2013, № 1-2 (58-59). – С. 15-29; Вялков А.И., Бобровницкий И.П., Рахманин Ю.А. и др. Пути совершенствования организации здравоохранения в условиях растущих экологических вызовов безопасности жизни и здоровью населения // Здоровье здорового человека. Научные основы организации здравоохранения, восстановительной и экологической медицины. Руководство. – Москва, 2016. – С. 158-164; Канаева О.А., Невзорова Е.П. Реформа в здравоохранении: на пути к рынку // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 5. Экономика. 1993, № 2. – С. 3-10; Бирюков В.В., Гаврилов А.Н., Иванов С.А. и др. Формирование новых экономических отношений в России: государственные и рыночные механизмы регулирования // Санкт-Петербургская академия управления и экономики. – Санкт-Петербург, 2010. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Афанасьева Е.Ю. и др. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения // Учебник. – Москва, 2013. Том 1-2; Лисицын Ю.П. О научных основах стратегии медицины и здравоохранения // Общественное здоровье и здравоохранение, 2008, № 3. – С. 3-7.

Основные тенденции развития организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг рассматривают в своих работах Банин А.С., Беляев Ю.М., Черненко Э.М., Бердникова Е.Ф., Веницкий Д.В., Колосникова М.Г., Мишина О.С., Мирсаидов А.Б., Одинаев Ф.Ф., Сибурин Т.А., Тихомиров А.В., Улумбекова Г.Э., Александрова О.Ю. и Груздева И.В.³

Значительный вклад в исследовании проблем институциональных преобразований и поиске решений по реорганизации происходящих в современном здравоохранении России перемен, внесен Зудиным А.Б., затрагивающим проблемы эффективного реформирования системы здравоохранения Российской Федерации⁴.

Развитию национальных систем здравоохранения и рынков медицинских услуг, проблемам их реформирования и модернизации посвящены труды таких зарубежных исследователей: Arrow K., Aspenes, S.T., Nilsen T.I.L., Skaug E.A., Bauman, Z., Beveridge, W., Blam, I., Kovalev, S., Brookes, R. Cleary, P.D. и др.

Цель и задачи исследования.

Цель работы – разработка и обоснование приоритетных направлений совершенствования организационно-экономического механизма развития

³ Банин А.С. О формировании кластеров в системе здравоохранения региона // Управление общественными и экономическими системами, 2007, № 1; Беляев Ю.М., Черненко Э.М. Организационно-экономическое обеспечение современных стандартов медицинских услуг в зарубежных странах // Вестник Адыгейского государственного университета. – Серия 5: Экономика, 2012, № 1; Бердникова Е.Ф. Развитие кластеров медицинских инноваций // Вестник Казанского технологического университета, 2013, № 7; Веницкий Д.В. Конкурентная среда как характеристика рынка негосударственных медицинских услуг // Вестник Тамбовского университета. Сер. Гуманитарные науки, 2008, № 4; Колосникова М.Г., Шейман М.М. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ ВШЭ, 2009; Сибурин Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Социальные аспекты здоровья населения, 2011, № 1; Тихомиров А.В. Оформление института медицинского предпринимательства // Главный врач: хозяйство и право, 2009, № 5; Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010; Александрова О.Ю., Груздева И.В. Модель реформирования муниципальной системы здравоохранения // Экономика здравоохранения, 2013, № 9. – С. 17-26.

⁴ Зудин А.Б. Научное обеспечение реформирования здравоохранения России: дисс. ... д-ра. мед. наук / А.Б. Зудин. – Москва, 2017. [Электронный ресурс] URL: http://nrph.ru/images/assets/files/dissert/2017/zudin/zudin_dissertacziya.pdf (дата обращения 10.10.2017).

рынка медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства с использованием системы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с поставленной целью в настоящей работе определены и решаются следующие задачи:

- уточнить понятия, сущности и особенностей медицинской услуги;
- рассмотреть методические основы формирования и развития рынка медицинских услуг;
- исследовать зарубежные модели организационно-экономического механизма функционирования рынка медицинских услуг;
- провести анализ современного этапа развития рынка медицинских услуг, выявить факторы, влияющие на развитие данного рынка, а также оценить становление и развитие рынка медицинских услуг в Краснодарском крае Российской Федерации;
- совершенствовать регулирование рынка медицинских услуг и обосновать перспективы развития данного рынка в Краснодарском крае Российской Федерации;
- разработать механизм взаимодействия участников рынка медицинских услуг.

Объектом исследования является рынок медицинских услуг Краснодарского края Российской Федерации.

Предметом исследования выступают организационно-экономические отношения, возникающие в процессе разработки и реализации научно-обоснованного механизма развития рынка медицинских услуг в новых условиях хозяйствования.

Теоретической и методологической основой диссертационной работы послужили работы отечественных и зарубежных авторов в области исследования вопросов формирования и развития систем здравоохранения, в общем, и рынка медицинских услуг, в частности. Ключевые положения работы опираются на принципы институционального подхода к исследованию организационно-экономических отношений в сфере услуг. В ходе исследования

автором применялся диалектический метод исследования и анализа основных показателей, характеризующих функционирование рынка медицинских услуг. В качестве инструментального аппарата работы применялись общенаучные методы кластерного, системного, сравнительного, структурно-функционального и экономического анализа.

Нормативно-правовая база работы состоит из законодательных актов Российской Федерации, Указов Президента и Постановлений Правительства Российской Федерации, Приказов Минздрава России, официальных документов органов государственной власти и управления Краснодарского края, регламентирующих деятельность организаций в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания, нормативно-правовых актов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Краснодарского края, а также других официальных документов.

Эмпирическая база диссертации основана на статистическом материале Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и её территориального Управления по Краснодарскому краю и Республике Адыгея, отчетах и публикациях Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Краснодарского края, данных, опубликованных в периодической печати и в сети Интернет, а также на материалах и выводах, собранных автором в ходе личной трудовой деятельности.

Рабочая гипотеза диссертационного исследования состоит в предположении автора о том, что организационно-экономический механизм эффективного формирования и развития рынка медицинских услуг предполагает использование государственно-частного партнерства на основе обязательного медицинского страхования в коммерческой медицинской организации с обеспечением медицинских услуг высокого качества в соответствии с законодательством, наряду с эффективностью коммерческого предприятия, осуществляющего, как услуги, включенные в программу государственных гарантий, так и платные медицинские услуги.

Соответствие темы работы требованиям Паспорта специальностей ВАК. Диссертация выполнена в соответствии с пп. 1.6.109 «Совершенствование организации, управления в сфере услуг в условиях рынка», пп. 1.6.116 «Механизм повышения эффективности и качества услуг», пп.1.6.118. «Формирование и развитие отраслевых, региональных и общенациональных рынков услуг», пп. 1.6.121 «Организационно-экономические механизмы обеспечения инновационного развития отраслей сферы услуг», пп. 1.6.122 «Соотношение рыночных и государственных регуляторов в развитии отраслей и комплексов сферы услуг», пп. 1.6.132. «Государственно-частное партнерство в сфере услуг» Паспорта специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг).

Научная новизна диссертации заключается в разработке и обосновании механизма совершенствования организационно-экономических основ развития рынка медицинских услуг с использованием государственно-частного партнерства на основе системы обязательного медицинского страхования. Конкретным вкладом в приращение научных знаний являются:

- уточнение понятия и сущности медицинской услуги как общественно-социального блага, производство и потребление которой происходит в результате взаимодействия всех участников рынка медицинских услуг – организаций, оказывающих медицинские услуги, пациентов, страховых медицинских организаций и государства с целью восстановления и поддержания здоровья граждан;

- теоретическое обоснование подходов к формированию и развитию рынка медицинских услуг, как единого национального механизма, реализующего с одной стороны принципы доступности и соответствия стандартам медицинских услуг для потребителя, а с другой – обеспечивающего социально-экономическую эффективность при использовании ресурсов и развитии общественного производства и выделение важных условий формирования и развития рынка медицинских услуг;

- определение возможности использования опыта зарубежных моделей организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг в отечественной системе здравоохранения;

- выявление основных тенденций современного этапа развития рынка медицинских услуг, состоящих в предоставлении возможности всем медицинским организациям и частнопрактикующим врачам, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, функционировать на рынке медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства в форме обязательного медицинского страхования с участием прямых оплат от застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения;

- определение наличия необходимых элементов системы здравоохранения Краснодарского края Российской Федерации, позволяющих фокусировано влиять на качество медицинской помощи и способных привести к расширению масштабов оказания медицинских услуг, а также разработки приоритетных направлений развития рынка медицинских услуг;

- обоснование механизма взаимодействия участников рынка медицинских услуг в рамках государственно-частного партнерства с использованием индивидуальных медицинских накопительных счетов. Предлагаемый механизм способен контролировать средства, поступающие и расходующиеся на личном счету, развивая чувствительность пациентов к стоимости медицинских услуг, снижая подверженность к моральному риску и способствуя сокращению обращений в медицинские организации.

Теоретическая значимость диссертационной работы состоит в разработке и развитии методических подходов по обеспечению эффективного функционирования и дальнейшего развития рынка медицинских услуг путем совершенствования государственно-частного партнерства с использованием обязательного медицинского страхования и личных накопительных медицинских счетов. Вместе с тем, основные идеи диссертации могут быть использованы для дальнейшего исследования направлений модернизации системы здравоохранения, затрагивая, как региональный и муниципальный, так и национальный уровни.

Практическую значимость результатов настоящего исследования определяет возможность их дальнейшего использования для разработки концепций и программ развития и финансирования системы здравоохранения на региональных и муниципальных уровнях, а также в деятельности частных и государственных структур медицинской сферы. Рекомендации, представленные в работе, позволяют плавно перейти на систему накопительного медицинского страхования в сфере здравоохранения и двигаться дальше – создать единую систему социальных накопительных счетов и распространить её действие, в частности, на выплаты по социальному и пенсионному страхованию, пособия по безработице, с учетом особенностей построения социального окружения в нашей стране.

Апробация результатов исследования. Теоретические положения и выводы, полученные в процессе исследования, а также практические рекомендации получили одобрение на международных научно-практических конференциях, публикациях автора.

Публикации. Основные положения и результаты исследования нашли отражение в 12 публикациях, объёмом 20,2 п.л. (авторских – 6,9 п.л.), в том числе в 4 статьях, опубликованных в журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования России. Рекомендации и выводы, изложенные автором в диссертационной работе, использованы в деятельности ООО Курортная поликлиника «Авиценна» города Новороссийска Краснодарского края Российской Федерации.

Структура и объём диссертации определены целью, задачами и логикой проведенной исследовательской работой. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав и заключения, списка использованной литературы и 3 приложений. Основному тексту диссертационной работы посвящено 162 страницы, включая 12 таблиц и 7 рисунков. Список использованной литературы насчитывает 181 источник на русском и английском языках.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1.1. Понятие, сущность и особенности медицинской услуги

Давая характеристику деятельности врача при лечении пациента, в сфере современного здравоохранения используются два понятия: «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Однако, по мнению известного исследователя в области здравоохранения Ю.П. Лисицына, терминам «медицинская помощь» и «медицинская услуга» присуще различное понятийное содержание.⁵ Действительно, в отличие от понятия «медицинская услуга», которая несет в себе, прежде всего, социально-экономическое содержание, термин «медицинская помощь» опирается, преимущественно, на индивидуальный подход к больному, включая сострадание к нему, обозначая социально-психологическое, социально-этическое и медицинское направление, не отягощенное соображениями о стоимости оказанной помощи.

По нашему мнению, понятие «медицинская услуга» необходимо рассматривать в социально-экономической плоскости, в тесной взаимосвязи с такой экономической категорией, как «услуга», являющейся одной из фундаментальных понятий экономической науки.

В процессе развития экономической науки понятие «медицинская услуга» формировалось в границах целостной сущности этого термина. Медицинские услуги рассматривали в качестве полезного действия для общества, ставящего своей целью сохранение жизни и поддержание здоровья человека. Развитие мануфактур и становление рыночных отношений обусловило взгляд капиталистов на деятельность по оказанию медицинских услуг рабочим в виде необходимых затрат на воспроизводство рабочей силы. Медицинские услуги, оказываемые определенным категориям населения в некоторых странах Европы и в России, характеризуются таким признаком, как бесплатность по отношению к потребителю, не меняя при этом своей экономической сути.

⁵ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

В середине XIX века оригинальным экономистом Ф. Бастиа, не принятым учеными XX века, была дана первая классификация услуг со своеобразным объяснением природы платности и бесплатности (для потребителя) услуг. В своей работе «Экономические гармонии» Ф. Бастиа классифицирует услуги на «частные» и «публичные».⁶

Возникновение публичных услуг, по мнению Ф. Бастиа, объясняется существованием в обществе особого вида потребностей, объединённых всеобщим и единообразным характером, который и квалифицирует их как «публичные». Удовлетворение потребностей в получении публичных услуг государством регламентируется посредством утверждения в специальном законе порядка оказания их населению, назначения чиновников и служащих, в обязанности которых входит за определенное вознаграждение оказывать и распределять в обществе услуги соответствующего вида. Следовательно, обществом навязываются государству потребности в виде получения публичных услуг, а государством, в свою очередь, навязываются обществу регулирующие на законодательном уровне, публичные услуги, сущность оказания которых в экономической науке всех стран подлежит налогообложению.

С точки зрения Ф. Бастиа, существует легкое верие граждан касательно бесплатности публичных услуг, ведь бесплатность заключается в отсутствии стоимости для всех. Однако за получение публичных услуг платят все и притом заранее, поэтому они не имеют стоимости только для того, кто их непосредственно получает. То есть, гражданин, который уже внес свою долю в стоимость публичных услуг в виде общего налога, воздержится обращаться за получением платной услуги к какому-нибудь частному предпринимателю.

Первую попытку охарактеризовать экономическую сущность медицинских услуг предпринял К. Маркс, в своей работе «Теории о производительном и непроизводительном труде» разделив все товары на две

⁶ Бастиа Ф. Экономические гармонии. Избранное. / Ф. Бастиа; Предисл. Г.Г. Сапова; Пер. с фр. Ю.А. Школенко. – М.: Эксмо, 2007. – 1197 с.

значительные категории: товар в виде «рабочей силы» и остальные другие товары, отличающиеся от товара «рабочая сила». Приобретение же услуг по обучению рабочей силы, сохранению и поддержанию в здоровом состоянии рабочей силы представляет собой покупку услуг, дающих вместо себя качественную рабочую силу. Такие услуги включаются в издержки производства или воспроизводства, т. е. услуги врача относятся к затратам на «ремонт» рабочей силы. Медицинские услуги К. Маркс причисляет к «неэкономическим услугам».⁷

Последующее развитие научно-технического прогресса способствует изменению направления суждений в экономической науке на процесс производства услуг, характеризуемый как непроизводительный труд. Позиция А. Маршалла в работе «Принципы экономической науки» по поводу производительного труда заключается в том, что он таковым считает любой труд, кроме того, который не служит для достижения поставленной цели, поэтому не воспроизводит полезности.⁸

В 60-е годы XX века происходит рост значения социализации в сфере общественного производства и ориентирование на потребителя и желание удовлетворить индивидуальные потребности человека. Для развитых стран того периода времени экономистами введено понятие «сервисной экономики», а в отечественной экономической науке советского периода заговорили о становлении «сферы обслуживания».

Система здравоохранения является одной из отраслей сферы услуг. Внимание к сохранению жизни граждан, поддержанию здоровья трудящихся и профилактика болезней имеют большую значимость для производства, ведь благодаря влиянию этих факторов происходит увеличение активного периода деятельности человека и снижение потерь рабочего времени.

⁷ Маркс К. и Энгельс Ф. Сочинения, 2-е, изд. Т. 26. Ч. 1. – М.: Политическая литература, 1962.

⁸ Принципы политической экономии. Пер. с англ. Р.И. Столпера. – Общ. ред. С.М. Никитина. – М.: Прогресс, 1983. – 416 с.

Рассмотрение в отечественной науке медицинской услуги как труда, функционирующего на основе оплаты произведенной работы и потребляемого в качестве деятельности, непосредственно направленной на удовлетворение потребностей людей, использующих этот труд, принадлежит академику С.Г. Струмилину, который подсчитывал экономическую эффективность «лечебного цеха страны», отмечая, что он определяется по формуле: «на 100 рублей затраченных должно быть вновь создаваемого народного дохода до 220 рублей».⁹

В начале 80-х годов XX века произошло осмысление услуги как экономической категории, сформировав множество определений понятию «услуга» и позволив их научно обосновать и классифицировать.

Тогда медицинская услуга рассматривалась в отдельности от других видов услуг, с точки зрения медицины, как науки, не наделяя услугу стоимостными характеристиками. По распространенному в то время представлению, медицинская услуга олицетворяла собой труд, реализованный в форме деятельности, которая не носила материального выражения и существовала только в момент оказания медицинской помощи.

Деятельностью в медицине выступает производство и потребление медицинской услуги врачом в процессе лечения. В ходе производства медицинской услуги роль персонала крайне важна, ведь пациента нельзя лечить заочно, следовательно, оказание медицинских услуг предполагает использование живого труда в действии, в виде потребления услуги в форме полезного эффекта, который оказывает влияние напрямую в процессе осуществления самой деятельности. Благодаря самой деятельности медицинских работников – врача, фельдшера, медицинской сестры, происходит удовлетворение личных (получение медицинских услуг) и общественных (проведение санитарно-эпидемиологических и профилактических мероприятий) потребностей граждан, благодаря этому такая деятельность и

⁹ Струмилин С.Г. О народно-хозяйственной эффективности здравоохранения. Экономические науки. – 1966, № 5. – С. 29.

является услугой. Интерпретация медицинских услуг в этом направлении повлекла трудности по поводу измерения, как результатов определенных лечебно-профилактических мероприятий в стоимостном выражении, так и по определению эффективности всей системы здравоохранения.

Современная научная литература, как экономическая, так и медицинская, оперируют обилием определений понятия «медицинская услуга», одинаково верно отражающих её сущность. Наше мнение совпадает с мнением ряда экономистов, которые отмечают, что медицинскую услугу характеризуют самостоятельное законченное значение и определенная стоимость.¹⁰

Так, Лисицын Ю.П., давая характеристику медицинской услуге как деятельности, необходимой потребителю, представляющей для него определенную ценность, полагает, что услугу необходимо оплачивать по ценам, которые соответствуют её ресурсному обеспечению, качеству и затратам труда.¹¹

Медицинская услуга, согласно российскому законодательству, – это «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение».¹²

Проведённое исследование встречающихся в современной научной литературе определений понятия «медицинская услуга» позволяет нам заключить, что на рубеже XX-XXI веков медицинской услуге, наконец-то, придали теоретическое отражение её экономической природы, наделив её стоимостной компонентой.

¹⁰ Экономика здравоохранения: учебное пособие. Решетников А.В., Алексеева В.М., Галкин Е.Б. и др. / Под ред. А.В. Решетникова. 2-е изд. 2010. – 272 с.

¹¹ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

¹² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. (дата обращения: 10.03.2019).

Тем не менее, в практике здравоохранения медицинская услуга в настоящее время подразделяется на следующие виды: «простая», «сложная» и «комплексная». Такая классификация медицинских услуг рассматривается в формализованных нормативных документах, определяющих необходимый и достаточный объём диагностических и лечебных процедур. Рассмотрение оказанных в лечебной организации медицинских услуг классифицируется на основании требований медико-статистических показателей, не оценивая медицинскую услугу с экономической позиции. Но, в виду того, что медицинская услуга имеет индивидуальный характер, а её функцию можно рассматривать с разных сторон: либо относительно удовлетворения потребностей пациента (потребителя), либо – касательно плательщика за оказанную медицинскую помощь пациенту, то имеет смысл, анализируя экономическую эффективность медицинских услуг применять критерии функционального подхода, заключающиеся в следующем:

- составление характеристики потребителя медицинской услуги (пациента), благодаря которой можно определить статус пациента: гражданин Российской Федерации, иностранец, беженец и пр.;

- наличие на момент обращения за медицинской услугой у пациента действующего полиса в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) или полиса, определяющего перечень услуг по добровольному медицинскому страхованию (ДМС);

- источники финансовых ресурсов за оказанную медицинскую помощь: бюджетные средства (для государственных служащих), страховые компании ОМС (для работающих и неработающих граждан Российской Федерации), страховые компании ДМС (для застрахованных в системе добровольного медицинского страхования), непосредственно сам пациент;

- стоимость оказанной медицинской услуги (с учетом всех затрат медицинских организаций).

Российские граждане, решившие воспользоваться платными медицинскими услугами, имеют право выбора медицинской организации,

оказывающей медицинскую помощь на платной основе, согласно российскому законодательству, платные медицинские услуги могут оказывать:

- 1) государственные и муниципальные учреждения;
- 2) частные российские клиники медицинского профиля;
- 3) представительства зарубежных медицинских структур;
- 4) частные врачи – индивидуальные предприниматели.

Требования к процессу оказания платных медицинских услуг и условия их предоставления закреплены в «Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».¹³ Медицинские услуги на платной основе могут предоставляться в дополнение к бесплатной медицинской помощи по программам гарантированного объёма в рамках обязательного медицинского страхования на договорной основе.

Понятие «платные медицинские услуги» характеризует медицинскую помощь, предоставляемую на условиях возмездности, оплачиваемую личными средствами пациентов, средствами организаций и иными финансовыми ресурсами, предусмотренными договорами, в том числе договорами, заключаемыми по программам добровольного медицинского страхования.

Медицинская организация может оказывать платные медицинские услуги, если пациент (или его законный представитель) подписал:

- информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства;
- согласие на обработку персональных данных;
- договор с организацией, оказывающей платные медицинские услуги.

При этом в ходе заключения договора пациенту или законному представителю пациента должна быть предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов

¹³ Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/. (дата обращения: 18.12.2018).

медицинской помощи в рамках государственных гарантий по обязательному медицинскому страхованию на безвозмездной основе.

В сфере медицинской деятельности по оказанию платных медицинских услуг государством предъявляются дополнительные требования и условия к самим исполнителям медицинских услуг на платной основе, к качеству предоставляемых платных медицинских услуг, обусловленных важностью отрасли здравоохранения и медицинской деятельности для сохранения жизни и здоровья соотечественников.

В первую очередь следует отметить обязательное лицензирование медицинской деятельности. Вторым существенным условием осуществления медицинской деятельности и оказания медицинских услуг является наличие у медицинской организации, оказывающей платную медицинскую помощь, соответствующих сертификатов у специалистов, работающих в медицинской организации, а для государственных и муниципальных учреждений в медицинской сфере, оказывающих платные медицинские услуги населению, — ещё и получение специального разрешения органа управления здравоохранением.

Рассматривая существующие взгляды на медицинские услуги, по нашему мнению, можно их классифицировать по следующим признакам:

1) характер оказания медицинских услуг: лечебные, профилактические, диагностические, экспертные, реабилитационные, комбинированные, статистические, организационные;

2) сегменты структуры системы здравоохранения: поликлинические, санитарно-гигиенические, стационарные, амбулаторные, эпидемиологические;

3) уровень медицинской помощи: врачебные, доврачебные, специализированные, квалифицированные;

4) интенсивность во времени: плановые, скорые, неотложные.

5) квалификация источника медицинских услуг: высокая, средняя, низкая.

6) технология: рутинные, специализированные (высокотехнологичные);

7) инвазивность процедур: неинвазивные, инвазивные (инъекции, хирургические операции, диагностические процедуры);

8) соблюдение стандартов: соответствие стандарту, отклонение от стандарта (ошибочное, обоснованное, необоснованное).

9) время достижения конечного результата: соответствующие срокам, отклоняющиеся от сроков;

10) конечный результат лечения: адекватные, неадекватные, частично адекватные;

11) соблюдение правовых норм: соответствующие функциям исполнителя, ошибочные (повлекшие ущерб здоровью или смерть потребителя).

С точки зрения статистической методологии, к деятельности по оказанию медицинских услуг относятся¹⁴:

- больничные организации, кроме санаторно-курортных предприятий (курортных поликлиник, грязелечебниц, бальнеологических лечебниц, санаториев, санаториев-профилакториев);

- стационары и лечебно-профилактические организации;

- поликлиники (поликлинические отделения);

- стоматологические поликлиники;

- организации санитарно-эпидемиологической службы;

- организации судебно-медицинской экспертизы;

- медицинские лаборатории;

- массажные салоны;

- другие организации в области медицинской помощи и здравоохранения.

Таким образом, медицинские услуги являются разновидностью профессиональных услуг. По нашему мнению, медицинская услуга представляет собой общественно-социальное благо, производство и

¹⁴ Приказ Росстата от 29.09.2017 № 643 «Об утверждении официальной статистической методологии формирования официальной статистической информации об объеме платных услуг населению в разрезе видов услуг». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_279670/. (дата обращения: 20.12.2018).

потребление которого происходит в результате взаимодействия всех участников рынка медицинских услуг – организаций, оказывающих медицинские услуги, пациентов, страховых медицинских организаций и государства с целью восстановления и поддержания здоровья граждан. Производство и потребление медицинских услуг регулируется законодательством, предъявляя специальные требования к хозяйствующему субъекту, осуществляющему медицинскую деятельность и к уровню квалификации исполнителя.

1.2. Методические основы формирования и развития рынка медицинских услуг

В общем случае, сущность рынка, как экономической категории заключается в совокупности экономических отношений, которые возникают в процессе продажи и купли товара (или услуги). Рынок также характеризуется наличием пространственной локализации соединения спроса и предложения товара (или услуги).

Рынок здравоохранения представляет развитую систему отношений товарного и нетоварного обмена, представляющую собой взаимосвязь отдельных, скоординированных субрынков, состоящих, на наш взгляд, из следующих сегментов:

- рынка медицинских услуг;
- рынка лекарственных материалов, препаратов и гигиенических средств;
- рынка медицинского оборудования и инструментария;
- рынка труда медицинских работников;
- рынка научно-технических разработок и интеллектуальных достижений;
- рынка ценных бумаг в сфере здравоохранения.

Приоритетное место в структуре рынка здравоохранения занимает рынок медицинских услуг, который можно определить, с одной стороны, в виде совокупности существующих медицинских технологий, медицинских изделий, практики организации медицинской деятельности, разнообразия

фармакологических препаратов, воспроизводимых и востребованных в условиях конкуренции в экономике, а с другой – совокупностью существующих и вероятных производителей (медицинских организаций) и целевой аудитории в сфере медицинских услуг (пациентов).

Медицинская помощь, возникнув в виде поручения пациента врачу, с течением времени получила правовое положение услуги. Таким образом, медицинские услуги, оказываемые пациентам в различных медицинских структурах, также стали неотъемлемой частью рыночных отношений, что и способствовало формированию и развитию рынка медицинских услуг.

Рассматривая сферу российской медицины, нам представляется целесообразным выделить следующие сегменты рынка медицинских услуг (рисунок 1):

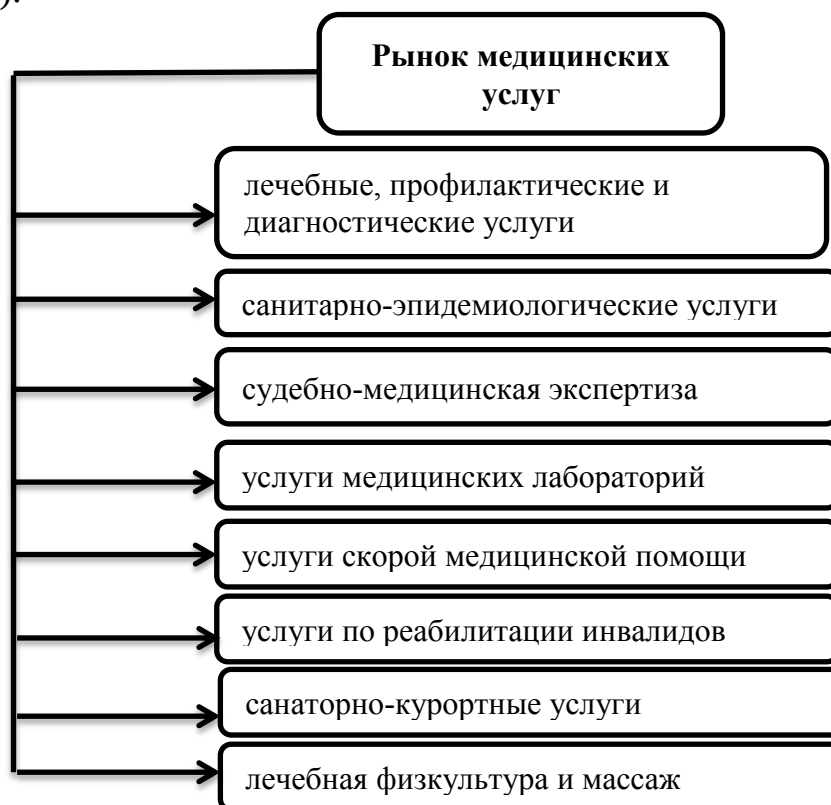


Рисунок 1- Сегменты рынка медицинских услуг

Источник: составлено автором.

Современный этап развития сферы здравоохранения в России предполагает классификацию рынка медицинских услуг по формам собственности медицинских организаций на: рынок бесплатных медицинских услуг гарантированного объёма, где функционируют государственные и

муниципальные медицинские организации и рынок платных медицинских услуг, источниками финансирования которого, в основном, являются средства граждан. Тема развития рынка частных медицинских услуг представляет особый интерес при рассмотрении вопросов эффективного функционирования российского здравоохранения. В последние годы политика государства направлена на значительное сокращение финансирования перечня бесплатного медицинского обслуживания населения. Поэтому при определении уровня развития отечественного здравоохранения требует повышенного внимания соотношение объёмов медицинских услуг в рамках государственных гарантий и медицинских услуг на платной основе, тенденции динамики и структуры рынка медицинских услуг, а также размер расходов россиян на платное медицинское обслуживание в частных структурах.

Для понимания места медицинских услуг в национальной системе здравоохранения необходимо: провести исследование рынка медицинских услуг в коммерческом секторе, проследить динамику и величину расходов граждан на приобретение платных медицинских услуг, а также рассмотреть тенденции и перспективы развития частных медицинских структур в условиях современности. Развитие частного сектора медицинских услуг сталкивается с рядом препятствий, обусловленных неравными условиями, в которых пребывают частные медицинские клиники по отношению к государственным медицинским организациям. Тот факт, что в российском здравоохранении сектор частных медицинских услуг уже сформировался и с успехом конкурирует с государственным, переманивая платежеспособное население, не свидетельствует о широком охвате финансирования этой части здравоохранения. В условиях модернизации системы здравоохранения, определяемой политикой государства и проводимой в этой области, сектор рынка платных медицинских услуг способен на дальнейшее развитие, выступая альтернативой государственному. Сектор рынка платных медицинских услуг также можно использовать в роли инструмента при реформировании российского здравоохранения и сделать неотъемлемой частью процесса

интегрирования российского рынка медицины в мировой рынок медицинских услуг.

Медицинские организации в российской системе здравоохранения сейчас представлены в трех формах: государственные, муниципальные и частные медицинские организации. Пунктом 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации гарантируется получение медицинской помощи бесплатно гражданами России: «Медицинскую помощь государственные и муниципальные учреждения здравоохранения оказывают гражданам бесплатно, используя средства соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».¹⁵ Но в реальных условиях, с целью ускорения процесса лечения и повышения качества обслуживания, пациенты при получении медицинской помощи в государственных медицинских организациях нередко вынуждены дополнительно тратить собственные средства.

Порядок, регулирующий предоставление медицинских услуг, сформировавшийся в системе российского здравоохранения в течение последних лет, разделяет медицинские услуги на: бесплатные и оказываемые на условиях платности. Первая, после разделения Советского Союза, реформа системы здравоохранения в Российской Федерации была начата в 1992-1993 годах. Основной целью процесса реформирования ставилось: отказ от полностью бюджетных источников финансирования и внедрение страховых механизмов на рынке медицинских услуг. Начиная с 1996 года медицинские учреждения, имеющие статус государственных и муниципальных, получили возможность при оказании медицинской помощи, которая не предусматривалась в рамках программы государственных гарантий, получать средства за оказанные услуги от пациентов.

С принятием в июле 1998 года закона федерального уровня «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве

¹⁵ Конституция Российской Федерации. (ред. от 21.07.2014). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/. (дата обращения: 18.12.2018).

и профессиональных заболеваний»,¹⁶ произошел возврат системы здравоохранения к деятельности по схеме прямого финансирования из бюджета, наделив фонды ОМС полномочиями в распределительных функциях. Такая схема финансирования ставила в зависимость показатели экономической эффективности функционирования медицинской организации от количества койко-мест и числа посещений специалистов, а не от качества оказываемых медицинских услуг.

Следует подчеркнуть, что государственной системе медицинского обслуживания присущи некоторые достоинства: в виде гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, проведения обязательной диспансеризации граждан, работающей системы охраны материнства и детства, ранней диагностики и профилактики заболеваемости и других направлений охраны здоровья населения. Недостатками государственного здравоохранения являются: низкая эффективность, выражающаяся социально-экономическими показателями в виде роста заболеваемости и смертности и утечка средств в «теневой» оборот.

Расширение категории платежеспособных пациентов, формирующих спрос на качественное медицинское обслуживание и располагающих средствами их оплачивать, послужило толчком к расширению рынка добровольного медицинского страхования (ДМС) и развитию сектора платного здравоохранения. Спрос на розничные услуги ДМС в последнее время, в противовес потребностей в корпоративном страховании, имел тенденцию к росту. Многие сотрудники организаций, ощутив преимущества платного медицинского обслуживания, лишившись социальных пакетов либо в связи со сменой работы либо по причине сокращения бюджета компании, самостоятельно начали приобретать программы ДМС.

¹⁶ Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 07.03.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19559/. (дата обращения: 20.12.2018).

Деятельность частных и многих государственных и муниципальных медицинских организаций в системе российского здравоохранения заключается в оказании платной медицинской помощи. Основу современного рынка платных медицинских услуг составила система, которая сформировалась в стране в посткоммунистический период начала 1990-х годов и была связана с переходом России на рыночные отношения. Именно тогда открылись возможности для формирования и развития частной предпринимательской деятельности, которую ранее сдерживала централизованная административно-командная система социалистической экономики.

Происходящие изменения повлекли расширение сферы частного предпринимательства, в том числе и в сфере медицинских услуг, закрепляя за собой в быстрорастущем частном секторе здравоохранения значительную нишу. Лечение в секторе частной медицины на платной основе сразу стало высококачественной альтернативой ряду специальных государственных больниц и элитных поликлиник (госмедучреждений), традиционно имеющих особое финансирование и инновационное оборудование для обслуживания высокопоставленных чиновников.

По мнению аналитиков, рост рынка платных медицинских услуг и его дальнейшее развитие продолжилось и далее, отдавая более половины общего объёма платных медицинских услуг коммерческим медицинским центрам. Результаты исследования экспертов BusinesStat показали, что в России ведут деятельность 27 тысяч медицинских организаций, большинство из которых – коммерческие – доля частных структур составила 71,1 % от общего числа медицинских организаций в стране.¹⁷ Следовательно, увеличение общего количества предприятий медицинской сферы в последние годы в России происходило, главным образом, за счет роста частных медицинских структур и сокращения койкомест в государственных медучреждениях.

¹⁷ Портал BusinesStat. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2010-2014 гг., прогноз на 2015-2019 гг. [Электронный ресурс] URL: <http://businesstat.ru>. (дата обращения: 20.12.2018).

Однако, активный рост объёмов медицинского обслуживания на рынке медицинских услуг, находящегося в условиях общей рецессии экономики в стране, в качестве первоочередных задач определял: сохранение уровня качества предоставляемых услуг, обеспечение эффективной производительности труда, наряду с увеличением потока пациентов.

Сегодня сектор частных медицинских услуг динамично развивается, охватывая всё новые направления медицины и расширяя покупательские сегменты. Благодаря российскому рынку коммерческой медицины компенсируются недостатки бюджетного медицинского обслуживания, объясняя, почему всё больше пациентов старается прибегать к платной медицинской помощи.

Российский рынок медицинских услуг сформирован страховой медициной, которая подразделяется на обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование, и коммерческим сектором медицины.

Современное состояние рынка платных медицинских услуг имеет следующую структуру: сектор добровольного медицинского страхования с оказанием услуг, как частными, так и государственными клиниками; сектор «легального» рынка платных медицинских услуг и «теневой» сектор рынка.

Согласно действующему законодательству, медицинские услуги на платной основе разрешается оказывать всем лечебным организациям, среди которых: государственные, ведомственные госпитали и медсанчасти, представительства зарубежных медучреждений, частные отечественные клиники, частнопрактикующие врачи (индивидуальные предприниматели).

Отличие российского рынка платных медицинских услуг от развитых европейских медицинских рынков характеризуется своей спецификой, выражающейся в наличии «теневых» платежей. Поэтому в структуре отечественного рынка платных медицинских услуг принято выделять три сегмента (рисунок 2):

- «легальный» сектор рынок платных медицинских услуг, который включает официальные кассовые платежи;
- сектор добровольного медицинского страхования;
- «теневой» сектор рынка платных медицинской помощи, который состоит из средств, уплаченных в карман врачам, или «подарков». Нелегальные медицинские услуги на платной основе предоставляются как сотрудниками государственных и муниципальных организаций, так и специалистами частных медицинских клиник. К «теневому» сектору рынка медицинских услуг относится и часть доходов частных структур, оплаченных пациентами официально, но не отраженных при налогообложении.

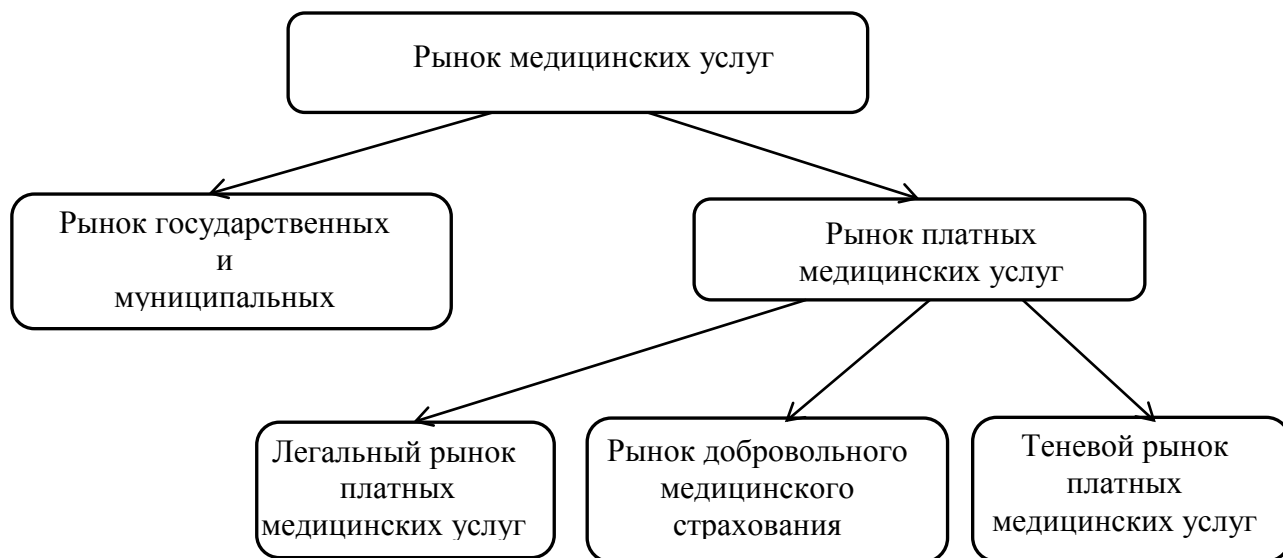


Рисунок 2 - Структура российского рынка медицинских услуг

Источник: составлено автором

Таким образом, к «теневому» сектору медицинских услуг относятся и неформальные оплаты от пациентов в рамках обязательного медицинского страхования за получение большего объёма или лучшего качества медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий, осуществляемые, чаще всего, в наличной форме напрямую медицинскому персоналу медучереждения.

Количество создающихся новых частных структур по различным направлениям медицины, расширение перечня видов оказываемых медицинских услуг, наряду с возрастающим числом российских и иностранных инвесторов, которые готовы вкладывать средства в сферу здравоохранения,

свидетельствуют об увеличении доли российского рынка платных медицинских услуг в настоящее время.

Тем не менее, по прогнозам экспертов, ожидается дальнейший рост объёма рынка медицинских услуг в натуральном выражении, которому будет способствовать восстановление потребительского спроса на платные медицинские услуги, наряду с расширением ассортимента услуг в коммерческих структурах. Кроме того, предоставление платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях также продолжит свое развитие. Дополнительное направление, в рамках которого прогнозируется увеличение числа медицинских приемов, открывает телемедицина – с 1 января 2018 года начало действовать законодательство в отношении телемедицинских услуг, предполагающих дистанционное общение врача с пациентом.

Рассмотрев особенности формирования и развития рынка медицинских услуг, отметим, что формирование и развитие рынка медицинских услуг в России происходит как единого национального механизма, реализующего с одной стороны принципы доступности и соответствия стандартам медицинских услуг для потребителя, а с другой – обеспечивающего социально-экономическую эффективность при использовании ресурсов и развитии общественного производства. Как нам кажется, происходящие изменения в сфере здравоохранения приводят к стремительному сокращению доли государственной помощи системе здравоохранения и уменьшению перечня бесплатных медицинских услуг в рамках программ госгарантий, однако в секторе платных медицинских услуг возможно дальнейшее развитие, выступая альтернативой государственным медицинским услугам. Большинство частных медицинских организаций России сегодня находится в очень тяжелом положении по таким показателям, как экономическая эффективность или качество оказания медицинской помощи и не видят перспектив развития при существующей модели системы здравоохранения. Поэтому добиться повышения эффективности и качества медицинских услуг, наряду с

получением максимальной отдачи от затрат на охрану здоровья граждан, можно только с помощью принципов государственно-частного партнерства.

1.3. Опыт функционирования зарубежных моделей организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг

Современное состояние развития мировой экономики показывает, что сфера медицинских услуг активно включена в межгосударственные торговые отношения. Если ранее медицинские услуги осуществлялись преимущественно внутри государств, то в XXI веке процесс глобализации способствовал расширению границ оказания медицинской помощи. Процессы международной торговли медицинскими услугами и миграции специалистов системы здравоохранения, наряду с появлением новых методов лечения, внедрением телемедицинских технологий, стандартизацией качества медицинских услуг, формируют принципиально новые тенденции, ведущие к развитию медицинских услуг на мировых рынках, используя инновационные технологии. Появление новых участников медицинского рынка ведет к росту международной конкуренции, способствуя повышению качества услуг в сфере здравоохранения.

Мировой рынок медицинских услуг, выступающий отдельным сектором международных экономических отношений, в настоящее время недостаточно изучен. Такая ситуация сложилась в связи с тем, что экспертно-аналитические исследования направлены преимущественно на внутригосударственные аспекты развития систем здравоохранения отдельных стран и регионов.

Среди исследователей современных тенденций формирования и развития мирового рынка медицинских услуг можно выделить работы таких российских авторов, как Губина М.А. и Герасимов П.А. В работах этих авторов большое внимание уделяется сравнительному анализу основных индикаторов развития здравоохранения (демографических, заболеваемости, физического развития) стран в рамках Организации экономического сотрудничества и развития, Евразийского экономического союза и Европейского союза.

Так, по мнению Герасимова П.А.,¹⁸ степень вовлеченности страны в мировой рынок медицинских услуг определяется уровнем её экономического развития и может значительно варьироваться. Автор в качестве основных направлений формирования и дальнейшего развития мирового рынка медицинских услуг видит укрепление международных научных связей в области медицины, продвижение на мировые рынки медицинского оборудования и фармацевтической продукции, стандартизацию производства и потребления медицинских услуг, расширение информационно-коммуникационных технологий.

В своей работе Губина М.А.¹⁹ рассматривает различные точки зрения на сферу здравоохранения, которые на практике выражаются в существовании классификации систем здравоохранения по нескольким типам: государственная (подход У. Бевериджа), социально-страховая (подход О. Бисмарка) и рыночная (подход М. Портера), характеризующиеся как недостатками, так и преимуществами.

Проблемы, связанные с финансированием систем здравоохранения исследуются в работах Сасковец А.А.,²⁰ Баранцевой О.В.²¹ По мнению Сасковец А.А., необходимо сужение круга лиц, обеспечиваемых государственными гарантиями, рост общественного финансирования здравоохранения, реструктуризация системы и повышение её управляемости, изменение статуса медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Тенденции развития сегмента медицинского туризма в тесной взаимосвязи с лечебно-оздоровительным услугам в России рассматриваются

¹⁸ Герасимов П.А. Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.14. – Москва, 2015. – 185 с.

¹⁹ Губина М.А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.14. – Санкт-Петербург, 2009. – 180 с.

²⁰ Сасковец А.А. Современные формы финансирования здравоохранения: опыт зарубежных стран и России: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.14. – Москва, 2006. – 147 с.

²¹ Баранцева О.В. Источники финансирования медицинских услуг в современной России: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.10. – Ростов-на-Дону, 2001. – 172 с.

следующими авторами: Журавлевой Л.Б.²², Наводниченко Р.М.²³, Драчевой Е.Л.²⁴, Бабкина А.В.²⁵ В своих работах исследователи проводят анализ факторов, оказывающих влияние на спрос лечебно-оздоровительных услуг на мировом рынке медицины, а также рассматривают специфику рынка услуг лечебно-оздоровительного направления в России и в мировом масштабе.

Среди специалистов, посвятивших работы аспектам формирования рынка международного медицинского туризма, можно выделить: Никитину О.А.,²⁶ Кохову И.В, Белогруд И.Н.²⁷ В исследованиях этих авторов уделено внимание изучению основных организационно-экономических моделей развития международного медицинского туризма.

Наличие противоречивого характера медицинских услуг в экономической теории общественных благ обуславливает вмешательство государства в их производство, не обосновывая такую необходимость. Государственное регулирование рынка медицинских услуг характеризуется, наряду со своими достоинствами также и недостатками, поэтому, выбирая модель здравоохранения, разные государства расставляют приоритеты государственным целям.

Экономические модели систем охраны здоровья в разных стран находятся в тесной зависимости от роли и функций, выполняемых государством в регулировании этих процессов.

²² Журавлева Л.Б. Курортное дело с основами курортологии. Сочинский государственный университет туризма и курортного дела, Факультет туристского бизнеса, изд-во СГУТ и КД, Сочи, 2008. – 628 с.

²³ Наводниченко Р.М. Управление развитием сферы лечебно-оздоровительных услуг в России: автореферат. [Электронный ресурс] URL: <https://rucont.ru/efd/149116>. (дата обращения 20.02.2016).

²⁴ Драчева Е.Л., Христов Т.Т., Яворская А.О. Страноведение. Германия. Италия. Финляндия. – М.: Книгодел, 2012. – 310 с.

²⁵ Бабкин А.В. Специальные виды туризма. – М.: Феникс, 2008. – 250 с.

²⁶ Никитина О.А. Организационно-экономические модели развития международного медицинского туризма: выбор модели для России. // Вестник Евразийской науки, 2018 № 5, <https://esj.today/PDF/56ECVN518.pdf>. (дата обращения 21.01.2019).

²⁷ Кохова И.В., Белогруд И.Н. Формирование благоприятных условий для ускорения развития въездного медицинского туризма. // Управление экономическими системами: электронный научный журнал, 2018. – № 6.

В рамках нашего исследования проведем сравнительный анализ различных моделей здравоохранения, учитывая государственный подход к пониманию медицинских услуг в системе здравоохранения, потому как поиск ответа на этот вопрос в полной мере определяет, какую роль играет государство в системе организации медицинских услуг.

Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) предложили классификацию, которая выделяет три основных типа мировых систем здравоохранения:²⁸

- система, финансируемая из государственного бюджета (государственная система или система Бевериджа);
- система, основанная на принципах обязательного медицинского страхования (социально-страховая система, называемая системой Бисмарка);
- система, источниками финансирования которой являются частные средства граждан, построенная на основе рыночных принципов страхования.

Исходя из этого, в таблице 1.1 и приложении 1 приведены характеристики общепринятых моделей здравоохранения и их применение в зарубежных странах:

Первая модель – бюджетная, характеризуется значительной (исключительной) ролью государства в регулировании системы здравоохранения. Финансирование системы здравоохранения осуществляется из государственного бюджета, формирующегося средствами налоговых отчислений предприятий. Для населения страны медицинская помощь оказывается бесплатно (кроме небольшого перечня медицинских процедур).

Таким образом, государство выступает в роли главного покупателя и поставщика медицинских услуг, тем самым, обеспечивая удовлетворение основной части общественной потребности в услугах сферы здравоохранения и представляя их как общественное благо. В такой системе организации

²⁸ Ваттаниян Ф.Е., Ранецкая С.В. Финансирование здравоохранения в зарубежных странах. Здравоохранение. – 2005. – № 3. – С. 49-55.

здравоохранения рынок медицинских услуг находится на второстепенных ролях, как правило, под жестким контролем государства.²⁹

Таблица 1.1

Модели систем здравоохранения

Модель системы здравоохранения	История возникновения	Характеристика модели здравоохранения	Применение
Государственная (бюджетная)	Основоположником системы является У. Беверидж, разработавший в 1942 г. в Великобритании доктрину социального страхования, базирующуюся на идеях общенародной социальной солидарности	Система основана на финансировании из государственного бюджета. Используется три уровня социальной защиты, ответственность основных субъектов правоотношений распределяется по схеме: государство – предоставляет базовые гарантии социальной защиты всем слоям населения; работодатель – осуществляет социальное (профессиональное) страхование наемных работников (с частичным участием работников); работник – дополнительно реализует личное страхование	Великобритания, Греция, Дания, Ирландия, Италия, Испания, Португалия, Франция
Социально-страховая	Эту систему впервые в национальном масштабе ввел в Германии Отто фон Бисмарк в 1881 г.	В этой системе организации здравоохранения финансирование отрасли происходит главным образом за счет обязательного социального страхования на случай болезни. Отличительная особенность системы заключается в наличии независимых страховых фондов, управляемых государственными или частными страховыми компаниями, деятельность которых строго регламентируется государством	Австрия, Бельгия, Голландия, Нидерланды, Канада, Швейцария, ФРГ, Франция, Япония
Рыночная (частного страхования)	М. Портер в конце 70-х гг. XX в. и на протяжении всех последующих десятилетий развивал научное направление конкуренции	В рыночной модели здравоохранения медицинские услуги выступают в качестве любого другого товара, который можно купить или продать, применяя классические рыночные законы, не углубляясь в его социальную специфику	США

Источник: составлено автором.

²⁹ Кучеренко В.З. Проблемы реформирования здравоохранения в мировом масштабе. – М., 2011. – 185 с.

Государством регулируется процесс распределения ресурсов с использованием территориального принципа (каждый гражданин закрепляется за медицинской организацией, расположенной по месту своего жительства), стоимость медицинских услуг, оказываемых частнопрактикующими врачами и частными медицинскими организациями, возмещается.

Модель бюджетного финансирования системы здравоохранения в общенациональном значении впервые выработалась в СССР в 1930-е годы под руководством Н.А. Семашко.

В странах с рыночной экономикой бюджетная модель системы здравоохранения с принципами государственного финансирования впервые сложилась в Великобритании в 1942 году, инициатором выступил лорд У. Беверидж. В мировой практике сферы здравоохранения её стали называть бевериджской (национальной) системой здравоохранения.

Следует отметить, что на 90 % ресурсы системы здравоохранения Великобритании состоят из бюджетных средств, формируемых из налоговых платежей, на 7,5 % – формируются за счет взносов, отчисляемых работодателями и на 2,5 % – складываются из личных средств населения, вкладываемых в систему добровольного медицинского страхования.³⁰

Бюджетную модель организации системы здравоохранения используют в развитых странах со стабильной экономикой, таких как Великобритания, Греция, Дания, Ирландия, Италия, Испания. Португалия и Франция.

Достоинствами бюджетной модели ресурсного обеспечения системы здравоохранения, как нам кажется, являются:

- всеобщий охват населения медицинской помощью и доступность медицинских услуг для всех слоев общества;
- ориентация на меры профилактики заболеваний и достаточно широкий набор профилактических мероприятий;

³⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ. [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/whr/previous/ru/>. (дата обращения 12.01.2019).

- возможность сдерживания роста затрат в системе здравоохранения и государственный контроль со стороны органов власти;

- стабильность механизма финансирования и высокий уровень социальной защищенности населения.

К недостаткам модели можно отнести:

- низкие показатели индивидуальной ответственности людей за сохранность собственного здоровья;

- отсутствие конкурентной борьбы среди производителей медицинских услуг;

- риск падения качества медицинской помощи, вероятность игнорирования прав пациентов;

- сдерживание процесса внедрения инновационных технологий и методов лечения.

С целью решения проблем в функционировании бюджетной модели здравоохранения в Великобритании был осуществлен ряд реформ национальной системы здравоохранения. Теоретической основой послужила концепция внутреннего рынка, которую разработали ученые-экономисты: Энтховен А., Кулиер А., Поснетт Дж., Мейнард А. и Блур К.

Главной целью модели внутреннего рынка (квазирынка) ставилось создание конкурентной борьбы между стороной финансового обеспечения и поставщиками медицинских услуг, без вовлечения в конкурентную борьбу покупателей медицинских услуг (страховщиков).

При создании внутреннего рынка Национальная служба здравоохранения Великобритании объявила конкурс на размещение заказа по оказанию медицинской помощи. Частнопрактикующими врачами общей практики, которые являлись фондодержателями, стала приобретаться на конкурентной основе стационарная помощь у больниц (больничных трастов).

Первичную помощь в Великобритании было решено организовать, опираясь на принципы управляемой медицинской помощи, когда частнопрактикующими врачами общей практики, предоставляющими около

20 % стационарной помощи, заключались договоры с больницами по покупке у них стационарной помощи, которую оплачивали из собственных средств.

В итоге, больничным трастам, практически, был присвоен статус самоуправляемых организаций, ввиду того, что к их деятельности были установлены требования по формированию своего дохода самостоятельно за счет поступлений по заключенным договорам. Такое положение напоминает организационно-правовую форму некоммерческой организации «автономные учреждения», принятую не очень давно в России для реализации деятельности в социальной сфере и наделённую большим спектром прав, среди которых: право отчуждения имущества, получение банковских кредитов и пр.

Государственное регулирование заключалось в утверждении регламента и контроле соблюдения норм, механизмов и правил в сфере договорных отношений.

Очевидный положительный результат реформы состоял в расширении организационно-экономических методов управления. В условиях конкурентной борьбы за получение заказа, больницам приходилось изыскивать ресурсы по снижению цен в соответствии с затратами, выбирая экономически рентабельные управленческие и медицинские технологии.

Реформирование системы здравоохранения в 2000 году отменило обязательное требование по конкурсному размещению заказов, основанному на ценовом признаке, как факторе, который вызвал снижение качества оказания медицинских услуг. В ходе реформирования ценовая конкуренция утратила свою актуальность, уступив место утверждению единых национальных тарифов. Предполагалось, что благодаря единым тарифам, больничные трасты переключатся с подсчетов экономической выгоды на увеличение объёмов, доступности покупаемых услуг, тем самым повысив качество медицинских услуг.

Этот этап существенно повысил роль стандартов оказания медицинских услуг, как основного стимула, служащего для оценки качества и адекватной оплаты медицинских услуг.

Основываясь на общих теоретических подходах к характеристикам основных зарубежных систем здравоохранения, следует принимать во внимание фактор национальных особенностей в каждом государстве, независимо от выбираемой модели системы здравоохранения. В частности, при наличии недостатка бюджетной модели здравоохранения в виде вероятности снижения качества медицинских услуг, согласно рейтингу стран по эффективности систем здравоохранения, проводимому Фондом национального благосостояния, Великобритания, являющаяся оплотом бюджетной модели здравоохранения, держит лидерство по качественным показателям оказания медицинской помощи.³¹

Вторая модель системы здравоохранения – социально-страховая (система регулируемого страхования здоровья) использует нормы смешанной экономики, объединяя рынок медицинских услуг и развитую систему государственного регулирования с обеспечением социальных гарантий, предполагающих доступность медицинских услуг всем слоям населения. Она отличается, прежде всего, организованной системой обязательного медицинского страхования для всех категорий граждан страны вместе с определенным участием государства в финансировании страховых фондов. Государство, в этом случае, выступает гарантом удовлетворения общественно необходимой потребности в медицинских услугах большей части населения независимо от уровня доходов, при этом соблюдая рыночные принципы оплаты медицинской помощи. Рынок медицинских услуг удовлетворяет потребность населения сверх гарантированного объёма, обеспечивается свобода выбора и независимость пациентов. Благодаря многоканальной системе финансирования (из доходов страховых организаций, отчислений от фонда оплаты труда работающего населения, государственного бюджета) достигаются необходимая

³¹ Оганесян А.А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – М., 2015. – 163 с.

эластичность и устойчивость финансовой основы принципов социально-страховой модели.³²

Система обязательного медицинского страхования (ОМС), называемая также социально-страховой или системой регулируемого страхования, здоровья впервые была разработана в Германии в 1881 году, инициатором введения такой модели был О. Бисмарк. Медицинские услуги выступают в такой системе в виде смешанного общественного блага, а здоровое население является основным фактором развития экономики.

Данную социально-страховую модель применяют страны со стабильным механизмом финансирования системы здравоохранения, основанном, преимущественно, на страховых принципах, среди которых: Австрия, Бельгия, Голландия, Нидерланды, Канада, Швейцария, ФРГ, Франция, Япония. При этом конфигурацию социально-страховой модели определяют преобладающие факторы в системе: например, систему здравоохранения Франции отличает большая близость к рыночной модели, а систему здравоохранения Канады и скандинавских стран – сходство с государственной моделью.³³

Обязательным страхованием занимаются некоммерческие страховые организации, созданные в виде больничных касс – самоуправляемых независимых организаций, структуру которых определяет законодательство. Размер страховых взносов на медицинское страхование в странах, использующих эту модель, составляет 9-15 % от фонда оплаты труда в зависимости от состава и доходов застрахованных лиц.

Интерес функционирования социально-страховой модели здравоохранения представляет Германия. Органами управления системой здравоохранения каждого региона (земли) разрабатываются планы по развитию больничной сети и подразделяются на: стратегические и ежегодные. В

³² Пивень Д.В., Кицул И.С. Вокруг саморегулирования в здравоохранении. // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 3.

³³ Оганесян А.А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – М., 2015. – 163 с.

нормативно-правовых документах, регулирующих сферу охраны здоровья, жестко регламентируются правила, установленные для договорных отношений и закрепленные в Германском социальном кодексе, определяющем порядок заключения договоров, в которых только больницы, участвующие в программах по обеспечению качества медицинских услуг, могут выступать стороной договора. В регионах действуют программы оказания медицинской помощи для малоимущих граждан.

Системой обязательного медицинского страхования определяется, что в качестве совместно застрахованных, без оплаты дополнительных взносов, выступают все члены семьи застрахованного, в случае, если размер дохода на каждого не превышает величину установленного предела.

Для каждого практикующего врача установлено требование о страховании своей профессиональной ответственности. Когда наступает страховой случай, компенсацию пострадавшей стороне выплачивает не лечебное учреждение, а страховая компания врача, совершившего ошибку.

К достоинствам модели регулируемого страхования здоровья, по нашему мнению, можно причислить:

- эластичность, стабильность и многоканальность финансовых источников в социально-страховой медицине. В этой модели размеры ставок страховых взносов и соотношение долей размера взносов, оплачиваемых за счет работника и работодателя, определяется уровнем развития страны. В частности, в Германии средний размер ставок составляет 14,1 % от фонда оплаты труда, для граждан Франции – 13,6 %, для населения Австрии – варьируется от 6,5 % для фермеров до 11 % для граждан пенсионного возраста, для россиян – 5,1 %.

- отсутствие отрицательного отбора, обусловленное обязательностью страхования, обеспечивающее равные возможности по доступности медицинских услуг и позволяющее следовать принципу общественной солидарности путем ресурсного перераспределения между состоятельными и малоимущими слоями населения. В мировой практике прослеживаются

тенденции всеобщего охвата населения медицинской помощью на территории государств со страховой моделью системы здравоохранения;

- наличие многообразия форм собственности поставщиков медицинских услуг, способствующего оказанию медицинской помощи для стран, использующих модель страховой медицины на основе равновесного состояния между свободой выбора пациентом медицинской организации и потенциалом системы здравоохранения;

- отлаженное ценообразование на медицинские услуги, обусловленное автономией страховых организаций и регулируемое посредством высокой степени участия круга социальных партнеров в процессе управления;

- контроль над качеством и объемами медицинских услуг, расходами на их оказание со стороны, которая осуществляет финансирование этих расходов;

- гарантированный объем бесплатного набора медицинской помощи.

Недостатками страховой модели системы здравоохранения являются:

- содержание большого административного аппарата;

- сложная система расчетов с медицинскими учреждениями;

- высокие затраты на организацию страховой инфраструктуры.

Третья модель системы здравоохранения – частного страхования, предполагает предоставление медицинских услуг, в основном, на принципах платности, где финансовыми источниками являются сами потребители медицинских услуг. В этом случае отсутствует единая система государственного медицинского страхования. В роли главного инструмента удовлетворения потребностей в медицинской помощи выступает рынок медицинских услуг. Обеспечение медицинской помощью той части населения, которую не покрывает рынок медицинских услуг (малообеспеченных слоев населения, учащихся, пенсионеров, безработных) осуществляет государство, разрабатывая и осуществляя финансирование общественных программ по оказанию медицинской помощи.

М. Портер разработал теорию международной конкуренции, определяющей развитие современных торговых рынков, в том числе и рынка

медицинских услуг. Для медицинских услуг, как для любого другого товара, продающегося и покупающегося по классическим законам рынка, работает принцип «спрос рождает предложение».

Наиболее ярко эта модель представлена в системе здравоохранения США, в которой организация здравоохранения основана на частном рынке медицинских услуг, который дополняют государственные программы, определяющие медицинское обслуживание малообеспеченных граждан («Medicaid») и пенсионеров («Medicare»).

³⁴

Систему частного здравоохранения характеризует недоступность единой системы государственного медицинского страхования и оказание медицинских услуг, главным образом, на условиях платности, источником финансового обеспечения являются средства самого потребителя медицинских услуг.

Классический пример государства, в котором развита система частного здравоохранения, представляют США, наличие элементов рыночной системы можно также увидеть в ЮАР и Южной Корее. В США медицинское страхование осуществляется на добровольной основе и, преимущественно, работодателями. Необходимо подчеркнуть, что обязанность страховать работников не является обязательной, так, не у всех американских служащих имеется такая страховка. Пакет медицинских страховых программ для компаний в США распространяется, в основном, на работников предприятий и не охватывает страхованием членов семей, исключение составляют неработающие жены и дети в возрасте до 18-19 лет. В сумме страхового взноса на долю работодателя приходится 70 %, а на работника – 30 %.

³⁵

Около 85 % американцам приходится приобретать полисы индивидуального частного медицинского страхования, гражданам США предоставляется свобода выбора врача и клиники. Медицинская помощь для

³⁴ Оганесян А.А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – М., 2015. – 163 с.

³⁵ Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ. [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/whr/2010/ru/>. (дата обращения 12.01.2019).

людей пожилого возраста в США финансируется из налоговых поступлений в федеральный бюджет по государственной программе «Medicare». Что касается социального страхования – оно осуществляется за счет поступлений от специальных налогов, которые взимаются в равных долях с работодателя и работников.

Медицинское обслуживание малообеспеченных граждан выделено в отдельную государственную программу «Medicaid» и осуществляется на средства федерального бюджета и также финансируется медицинскими учреждениями.

Планирование объёмов медицинских услуг на федеральном уровне не предполагается, обеспечивается незначительный объём помощи через общественные клиники, контролируемые муниципальными и окружными департаментами охраны здоровья.

Положительными чертам частной модели здравоохранения, на наш взгляд, следует считать:

- обширный выбор медицинских услуг, покрываемый системой страхования;
- высокий уровень качества медицинской помощи;
- широкий выбор специалистов и медицинских организаций, а также высокая оплата труда медицинского персонала;
- стимулирующее значение конкурентной борьбы между поставщиками медицинских услуг;
- высокая степень научных исследований и большой масштаб внедрения инновационных методов и технологий.

Следует подчеркнуть тот факт, что на долю граждан выпадает достаточно существенная часть расходов за медицинское обслуживание (30 %), поэтому считают рыночную модель системы здравоохранения механизмом регулирования, позволяющим снизить расходы, поскольку, когда работник сам частично оплачивает свое лечение, то он, гораздо серьезнее относится к своему здоровью и, как следствие, реже обращается за медицинской помощью.

Тем не менее, как это ни противоречиво, основные недостатки применяемой в США модели здравоохранения, следующие:

- высокая стоимость лечения;
- лимитированный доступ к медицинским услугам социально незащищенных слоев населения, в результате получается неполный охват населения медицинским обслуживанием.

Механизмы оплаты труда врачей и формирование ценообразования на медицинское обслуживание вызывают избыточное предложение медицинских услуг, т. е., приводят к перепроизводству медицинских услуг и, соответственно, способствуют росту издержек, далее происходит рост цен на медицинские услуги и рост расходов в системе здравоохранения. По данным Росстата, американская система здравоохранения является одной из затратных в мире.

Всемирной организацией здравоохранения рекомендуется на сохранение здоровья населения затрачивать не меньше 6-6,5 % ВВП. Наряду с этим, международные эксперты считают, что доля расходов, превышающая такой порог, нуждается в определенных мерах, направленных на сдерживание расходов на сферу здравоохранения.³⁶ В таблице 1.2 представлены данные о доле расходов на систему здравоохранения некоторых государств.

Таблица 1.2

Объём расходов на систему здравоохранения (в % к ВВП), 2017 г.

Наименование государства	Расходы на здравоохранение (по оценке ВОЗ)
Россия	3,1
Австрия	7,8
Бельгия	8,6
Венгрия	4,8
Германия	9,4
Греция	5,0
Италия	6,7

³⁶ Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы // Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. / Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь мир», 2002. – 252 с.

Нидерланды	8,6
Великобритания	7,9
Франция	8,7
Канада	7,7
Швейцария	8,5
Швеция	9,2
Япония	9,1
США	8,5

Источник: Рассчитано автором по материалам Статистического сборника «Россия и страны мира. 2018»./Росстат. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/world18.pdf. (дата обращения: 24.01.2019).

Стремление реформировать систему здравоохранения США впервые возникло у президента Билла Клинтона ещё в 1993 году. Но существующие институциональные отличительные черты страны не позволили реализовать задуманное. Главная причина неэффективности предпринятых попыток заключалась в отсутствии мотивации у сторон системы здравоохранения (врачей, пациентов, страховых компаний) к снижению затрат наряду с повышением качества медицинской помощи. В стране свободного бизнеса не представлялось в рамках национального масштаба ограничить права и свободу выбора без изменения законодательных норм.

В 2010 году правительство Барака Обамы разработало новую редакцию закона «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»,³⁷ тем не менее, её не поддержала партия республиканцев. Возражения оппонентами были представлены следующие: «США – страна свободного предпринимательства, и в ней не должно быть никакого государственного регулирования цен, поскольку это может привести к национализации здравоохранения и социализму, а богатые и средний класс не должны платить дополнительные налоги для покрытия стоимости медицинского страхования незастрахованным». Результатом этих дебатов важнейшую норму этого закона

³⁷ Основные положения реформы здравоохранения изложены на официальном сайте Министерства здравоохранения США. [Электронный ресурс] URL: <https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/>. (дата обращения 10.10.2018).

– обязанность каждого гражданина быть застрахованным – признали неконституционной. Однако постановление Верховного суда США в июне 2012 года эту норму всё же утвердило (с 2013 года), а остальные принципы реформы начали свое действие с 2014 года.³⁸

Ключевые положения, направленные на реформирование системы здравоохранения в США, находятся в соответствии с теоретическим аспектам концепции регулируемой конкуренции, разработчиком которой выступил американский экономист А. Энтховен. Суть этой концепции заключается в обязательности медицинского страхования для всего населения страны; в регулировании тарифов страховых взносов со стороны государства посредством запрета страховым компаниям отказывать в приобретении страховой программы или не производить выплаты на основании дискриминационного признака (пол, состояние здоровья, уровень доходов и другие параметры, кроме возраста) и ценообразования на медицинские услуги путем формирования страховых планов, предлагаемых на страховых биржах, позволяя сделать осознанный выбор гражданами; введении обязательной публикации больницами стоимости услуг и публичного обоснования в случае повышения страховых премий и т. д.³⁹

Снижение объёма расходов государства, направляемых на финансирование государственных программ системы здравоохранения, предполагается в результате введения стандартов качества лечения, прекращения дублирования процедур, слияния диагностики и процесса лечения.

Отметим, что реформа системы здравоохранения, проводимая в США, позволяет наряду с сохранением существующих основ модели платной медицины без радикальных изменений, в то же время устранить часть провалов

³⁸ Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2012, № 5.

³⁹ Оганесян А.А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. - М., 2015. 163 с.

рынка путем выстраивания условий к работодателям и страховщикам, создавая открытую рыночную площадку для продажи страховых планов.

Планируется 90 % средств, которые необходимы для финансирования положений реформы, выделить из федерального бюджета, что составит 940 млрд. долларов за период 10 лет. Такие затраты, направленные на снижение расходов на государственные программы здравоохранения, по расчетам экспертов, через 10 лет, позволят сократить дефицит федерального бюджета США на 1 трлн. долларов.⁴⁰

Следует отметить, что Всемирной организацией здравоохранения рекомендуется для использования социально-страховая система, в виду того, что на современном этапе именно социально-страховая система организации здравоохранения является наименее затратной с позиции финансирования и достаточно эффективной при грамотной организации системы здравоохранения.

На наш взгляд, в условиях глобализации мировых процессов происходит унификация национальных систем здравоохранения: страны всё чаще используют элементы социально-страхового типа системы здравоохранения, оставляя в некоторых случаях место для государственного вмешательства и рыночного механизма.

Однако в качестве одной из проблем в механизме медицинского страхования выступает конкуренция между страховыми компаниями за пациентов. В такой ситуации лицам, имеющим хронические заболевания, пенсионерам, детям и беременным женщинам, ввиду высокого риска наступления страховых случаев, страховые полисы оформляются неохотно.

Именно поэтому изучение опыта функционирования зарубежных моделей организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг, позволит российским экспертам выработать свою модель системы

⁴⁰ Основные положения реформы здравоохранения. Официальный сайт Министерства здравоохранения США. [Электронный ресурс] URL:<https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/>. (дата обращения 10.10.2018).

здравоохранения, которая сможет получить эффективную реализацию на российском рынке медицинских услуг.

Изучение зарубежного опыта формирования и развития рынка медицинских услуг на примере трех основных моделей системы здравоохранения в некоторых государствах, позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Сложно четко выделить преимущественные стороны одной модели системы здравоохранения по отношению к другой, тем не менее, в результате проведенного исследования, очевидно, что все зарубежные системы здравоохранения сталкиваются с проблемами роста общих медицинских затрат, пытаясь найти идеальное решение по их эффективному использованию без потери качества и доступности медицинских услуг. При этом совершенно очевидно, что ни при рыночной, ни при государственной модели в отдельности невозможно добиться оптимального сочетания эффективности и справедливости медицинского обслуживания, что, в итоге, является импульсом для поиска новых решений, воплощения в жизнь новых реформ, способных интегрировать достоинства рыночных и государственных механизмов управления системой здравоохранения и нивелировать их негативные стороны.

2. Не существует единой позиции в отношении интенсивности конкуренции в системе здравоохранения. Однако доказано, что конкурентная борьба способствует росту качества медицинской помощи, повышая уровень общественного здоровья.

3. Функционирование систем здравоохранения разных стран и происходящие в них реформы по оптимизации модели в современных условиях позволяют проследить две схожие тенденции: 1) стирание грани между государственной и бюджетно-страховой моделями системы здравоохранения, как следствие – слияние государственной в бюджетно-страховую модель. Наряду с этим, в страховой составляющей преобразованной модели осуществляется не только обязательное, но и добровольное страхование, привнося в новую модель черты, присущие частной системе здравоохранения;

2) возрастание роли государства в области здравоохранения с позиции достижения экономической эффективности и социального равенства в процессе предоставления медицинских услуг⁴¹.

Учитывая вышеизложенное переходим к анализу современного этапа развития рынка медицинских услуг Краснодарского края Российской Федерации.

⁴¹ Максимова-Ладина Н.И. Современные тенденции развития систем здравоохранения за рубежом // Труды СГА, 2010. № 3. С. 101-117.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Современные тенденции развития рынка медицинских услуг

В соответствии с законодательством Российской Федерации, в настоящее время российский рынок медицинских услуг состоит из следующих сегментов:

- 1) государственного;
- 2) муниципального;
- 3) частного.

В российской системе здравоохранения существует возможность медицинского обслуживания населения, как в частных медицинских структурах, так и в государственных организациях.⁴²

Для осуществления медицинской деятельности могут создаваться медицинские организации коммерческой и некоммерческой организационно-правовой формы.

Коммерческая организация представляет собой юридическое лицо, ставящее своей основной целью деятельности получение прибыли, в то время как при создании некоммерческой организации не преследуется цель по извлечению прибыли и доход не распределяется между участниками.⁴³

В качестве учредителя коммерческой или некоммерческой медицинской организации могут выступать:

- государственная структура власти;
- муниципальный орган власти;
- физические лица или юридические лица (одно или несколько).

Для создания медицинской организации, действующей с целью извлечения прибыли, используют форму унитарного предприятия (которое может быть государственным или муниципальным) или хозяйственного

⁴² П. 11 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. (дата обращения: 10.03.2019).

⁴³ П. 1 ст. 50 Гражданского кодекса Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 28.03.2017). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/. (дата обращения: 27.12.2018).

общества (при количестве участников более 50 – в виде акционерного общества (АО) или общества с ограниченной ответственностью (ООО)).

Для унитарного предприятия характерны следующие особенности:

1) у организации отсутствует имущество на праве собственности, всё имущество находится в собственности у учредителя (у муниципалитета или в ведении государства), а для осуществления медицинской деятельности необходимое имущество временно закрепляют за такой медицинской организацией на правах хозяйственного ведения либо на правах оперативного управления;

2) финансовое обеспечение не зависит от сметных показателей, поэтому у предприятия повышается эффективность управления ресурсами, позволяя не ограничивать размер заработной платы, устанавливая стимулирующую составляющую для сотрудников.

Особенность всех коммерческих медицинских структур состоит в том, что им предоставлена возможность оказывать наиболее востребованные и прибыльные услуги, не включая в свой перечень услуг коммерчески невыгодные виды медицинской помощи.

Для деятельности некоммерческих медицинских организаций характерна специальная правоспособность, определяющаяся целями создания организации и выбранной организационно-правовой формой. Основную цель некоммерческой медицинской организации составляет деятельность, направленная на охрану здоровья населения. Ведение коммерческой деятельности в некоммерческих организациях допускается в рамках деятельности, соответствующей цели её создания.⁴⁴ В частности, некоммерческим медицинским организациям допускается оказывать приносящие доход платные медицинские услуги, не включенные в программу обязательного медицинского страхования.

⁴⁴ П. 1 ст. 24 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О некоммерческих организациях». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8824/. (дата обращения: 27.12.2018).

Большую распространённость получила форма некоммерческой медицинской организации в виде государственного (муниципального) учреждения.

В таблице 2.1 приведена структура организаций медицинской сферы по формам собственности на примере амбулаторно-поликлинических организаций (по последним опубликованным данным Росстата).

Таблица 2.1

Медицинские организации по формам собственности в РФ за период 2012-2016 гг., %

Число амбулаторно-поликлинических организаций / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Всего:	100	100	100	100	100
Государственной формы собственности	72,7	72,0	72,2	75,5	74,1
Негосударственной формы собственности	22,7	23,5	25,0	22,1	23,6
- из них организации частной формы собственности	20,3	21,2	22,6	20,2	21,9
Амбулаторно-поликлинические отделения немедицинских организаций всех форм собственности	4,6	4,5	2,8	2,4	2,3

Источник: Рассчитано автором по материалам Статистического сборника «Здравоохранение в России. 2017». / Росстат. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf. (дата обращения: 24.12.2018).

Большая часть медицинских организаций в качестве учредителя имеет государство, за период с 2012-го по 2016-й годы можно наблюдать небольшой рост на 1,4 % организаций государственной формы собственности и на 1,6 % увеличение организации частной формы собственности за счет сокращения амбулаторно-поликлинических отделений немедицинских организаций.

В качестве преимущества у некоммерческих медицинских организаций в сравнении с коммерческими, можно выделить государственную поддержку, которую оказывают органы государственной власти и органы местного

самоуправления в отношении деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций, в том числе – медицинских.⁴⁵

Однако для государственных медицинских учреждений, несмотря на ряд преимуществ, как нам кажется, можно выделить следующие недостатки:

1) сложность создания эффективной системы рационального распределения материальных ресурсов, которая обусловлена установлением учредителем ограничения по распоряжению ресурсами учреждения при ведении им экономической деятельности;

2) невозможность создания дополнительных стимулов для введения новых медицинских технологий, способствующих снижению расходов по определенным бюджетным статьям, из-за финансирования учреждения строго по сметным показателям;

3) наличие субсидиарной ответственности государства по обязательствам медицинского учреждения создает условия для положения иждивенца.

Наличие самостоятельности в вопросах разработки новых видов медицинских услуг стимулирует проявлять активность частные медицинские организации, способствуя зарабатыванию средств, которые можно направить на закупку инновационного оборудования и увеличение оплаты труда, ставя в зависимость от конечных результатов деятельности. Тем не менее, коммерческим медицинским структурам, если они хотят эффективно пользоваться имеющимися ресурсами, необходимо наладить грамотное управление медицинской организацией и использовать правильные методы повышения эффективности. В то же время, ограниченность ресурсов, имеющихся у коммерческих медицинских организаций, не должно негативно сказываться на культуре обслуживания и качестве оказания медицинских услуг.

Растущая конкуренция на рынке медицинских услуг, подталкивает медицинские организации вводить в действие новые виды медицинского обслуживания. Самостоятельность частных медицинских организаций

⁴⁵ Ст. 31.1 п. 1. Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О некоммерческих организациях». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8824/. (дата обращения: 27.12.2018).

способствует повышению показателей локальной (в пределах своей организации) эффективности оказания медицинских услуг и, благодаря конкурентной борьбе за государственные заказы, росту достижений структурной (в масштабах всей системы здравоохранения) эффективности.

Частные медицинские организации в системе российского здравоохранения составляют всё ещё весьма небольшую долю. Динамика структуры платных услуг населению в сфере здравоохранения и отдыха в Российской Федерации представлена в таблице 2.2 (по последним опубликованным данным Росстата).

Таблица 2.2

Структура платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха в РФ
за период 2012-2016 гг., %

Платные услуги населению	2012	2013	2014	2015	2016
Всего	7,5	8,1	8,5	9,0	9,0
из них:					
- медицинские	5,5	6,0	6,4	6,6	6,6
- санаторно-оздоровительные	1,3	1,2	1,2	1,4	1,4
- услуги физической культуры и спорта	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8
- социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2

Источник: Рассчитано автором по материалам Статистического сборника «Платное обслуживание населения в России. 2017». / Росстат. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf. (дата обращения: 24.12.2018).

Данные, представленные в таблице 4, показывают возрастающую в последнее время роль частного сектора медицинских услуг в системе здравоохранения (на 1,3 %) в общем объёме платных услуг, оказываемых населению.

Рассматривая современные тенденции развития рынка медицинских услуг можно отметить, что по сравнению с другими потребительскими рынками, существенно просевшими в предыдущие три года, сфера платных медицинских услуг оказалась устойчивой к турбулентности. По мнению авторов отчета «Российский рынок частной медицины 2018», подготовленного

«РБК Исследования рынков»,⁴⁶ в кризисный период 2016-2018 годов падения рынка платных медицинских услуг, несмотря на снижение реальных доходов населения и существенный рост цен, не произошло.

Так, в 2015-2016 годах рынок продолжал расти в пределах инфляции, оставаясь количественно на уровне 2014 года. За период 2017 года объём рынка платных медицинских услуг вырос на 14,1 млрд. руб. по сравнению с предыдущим годом (или на 1,9 %) и достиг 746,5 млрд. руб.

Объём сектора частных клиник по итогам 2017 года без добровольного медицинского страхования увеличился на 2,9 % по сравнению с 2016 годом и составил 485,7 млрд. руб. Последние несколько лет доля частных клиник в структуре рынка платных медицинских услуг динамично увеличивалась и в 2017 году достигла 32 %. Сегодня более половины работающих на российском рынке частных сетевых клиник – многопрофильные, они создаются как аналог традиционной поликлиники с набором услуг всех основных врачебных специализаций.

Оптимизация государственных медучреждений, а также увеличение доли платных услуг и при этом низкий уровень сервиса в государственном секторе – стали ключевыми факторами роста рынка частных медицинских услуг. Многие россияне были вынуждены либо эпизодически, либо полностью переключаться на услуги частных медицинских учреждений.

Отметим, что с 2013 года государственные больницы и поликлиники официально получили право на оказание платных услуг. Именно поэтому в систему платных медицинских услуг стало вовлекаться фактически всё экономически активное население. Согласно результатам опроса «РБК Исследования рынков», 9 % респондентов с доходом свыше 75 тыс. руб. в

⁴⁶ Тематическое приложение к ежедневной деловой газете РБК, 28 сентября 2018, № 167 (2891). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2018/09/28>. (дата обращения: 24.12.2018).

месяц обслуживаются только в частных клиниках. Полностью перешли на обслуживание в частных клиниках только 4 % участников опроса.⁴⁷

Среди потребителей платных медицинских услуг уже сегодня представлены россияне всех групп по уровню дохода. Почти четверть клиентов частных клиник – люди со среднемесячным заработком менее 20 тыс. рублей, что в целом соответствует общероссийскому распределению населения по уровню дохода. Для граждан с таким уровнем зарплаты принципиальное значение имеет наличие полиса обязательного медицинского страхования – более 32 % респондентов заявили, что просто не обойдутся без него. Сокращение реальных доходов не позволяет гражданам отказываться от бесплатной медицинской помощи.

При этом полис ОМС сегодня – пропуск к услугам частного рынка. В результате либерализации государственной программы страхования к ней подключились уже около 40 % российских частных клиник, 10 % из них специализируются на обслуживании пациентов ОМС, доля которых в пациентопотоке клиник превышает 30 %.

Для последних нескольких лет характерно значительное влияние на рынок медицинских услуг тенденций современного времени: увеличение количества новых направлений в медицине, появление инновационных методик и внедрение цифровых технологий. В здравоохранении происходят процессы размытия границ, способствующих открытию дверей для контакта с различными дисциплинами, дающими качественный толчок к развитию рынка медицинских услуг. Организация лечебного процесса и мониторинг состояния человека происходят при участии искусственного интеллекта и носимых устройств, которые становятся привычными средствами.

С помощью таких инструментов медицина способна значительно подняться на новую качественную ступень, стать более персонализированного направления, принимать меры не только по борьбе с последствиями болезней,

⁴⁷ Тематическое приложение к ежедневной деловой газете РБК, 28 сентября 2018, № 167 (2891). [Электронный ресурс] URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2018/09/28>. (дата обращения: 24.12.2018).

но и оказывать воздействие на причины возникновения заболеваний, аккумулируя большое количество данных, которые необходимы для изучения причинно-следственных связей для успешного оказания медицинской помощи.

Частный сектор рынка медицинских услуг в последние годы расширяет свои масштабы достаточно высокими темпами (15-20 % в год), поэтому эксперты Счетной палаты, проводя проверку реализации мероприятий в системе российского здравоохранения, предполагают, что эти тенденции могут свидетельствовать о постепенном замещении бесплатного медицинского обслуживания платным.⁴⁸ В проведенном РБК исследовании, посвященном вопросам замещения коммерческим сектором государственных услуг в сфере здравоохранения, составлен рейтинг крупнейших российских частных медицинских организаций.

По результатам исследования, аналитики РБК отметили, что объем российского рынка платных медицинских услуг совсем невелик: доходы 25 самых крупных частных медицинских структур чуть превосходит 1 млрд. евро, составляя в рублях 77 млрд., а вместе частные медицинские организации не достигают и 17 % от общей выручки рынка медицинских услуг.⁴⁹

Согласно исследованию Аналитического центра Vademecum, результаты ежегодного рейтинга крупнейших многопрофильных клиник России представлены в таблице 2.3.

Совокупная выручка частных медицинских компаний России в 2017 году составила 117,4 млрд. рублей. Это на 14 % больше аналогичного показателя 2016 года и почти вдвое превышает темпы роста рынка (на уровне 8 %).

Региональным поликлиникам на прежних (или незначительно увеличившихся) площадях удалось в расчете на 1 кв. м выручить больше, чем в 2016 году, – порядка 138 тыс. рублей против 115 тыс. рублей. Чуть больше стали зарабатывать и региональные стационары – 78 тыс. рублей против

⁴⁸ Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации. [Электронный ресурс] URL: <http://www.sch.gov.ru>. (дата обращения: 27.12.2018).

⁴⁹ Официальный сайт РБК. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rbc.ru>. (дата обращения: 27.12.2018).

73 тыс. рублей в 2016 году. В высоко конкурентной Москве эти показатели несколько сократились. Столичные поликлиники зарабатывали с 1 кв. м в 2017 году 117 тыс. рублей (131 тыс. рублей в 2016 году), клиники со стационарами – 146 тыс. рублей (155 тыс. рублей в 2016 году).

Таблица 2.3

Рейтинг крупнейших частных медицинских компаний России

№ п/п	Название клиники (сети)	Выручка в 2017 г., млн. руб.	Выручка в 2016 г., млн. руб.	Динамика роста, %	Доля ОМС в структуре выручки	Количество точек на конец 2017 г.
1	Мать и дитя	13 755	12 179	13	7	34
2	Медси	11 670	9 409	24	11	29
3	ЕМС	10 732	9 557	12,3	9	6
4	СМ-Клиника	4 993	4 435	12,6	0	12
5	Скандинавия (Ава-Петер)	4 641	4 351	6,7	н/д	18
6	Национальная медицинская сеть	3 536	2 897	22,1	8	39
7	Medswiss	3 525	2 903	21,4	0	7
8	Клиника академика Ройтберга (ОАО «Медицина»)	3 318	3 350	-1	8	1
9	Будь здоров	3 105	3 090	0,5	0	10
10	АО «Семейный доктор»	2 535	2 393	5,9	0	19

Источник: Составлено автором по материалам «ТОП-100 частных многопрофильных клиник по выручке в 2017 году». [Электронный ресурс] URL: https://vademec.ru/download/100_2.pdf. (дата обращения: 18.12.2018).

Межрегиональным операторам пришлось сложнее – вне зависимости от типа услуг (поликлиника или стационар) выручка на 1 кв. м составляла 89-90 тыс. рублей, это меньше чем в 2016 году, когда этот показатель был на уровне 131 тыс. рублей. В рейтинге первые места заняли: «Мать и дитя» (выручка 13,8 млрд. рублей в 2017 году), «Медси» (11,7 млрд. рублей), «ЕМС» (10,7 млрд. рублей), «СМ-Клиника» (4,99 млрд. рублей), «Скандинавия» (4,6 млрд. рублей), «Национальная медицинская сеть» (3,54 млрд. рублей), Medswiss (3,52 млрд. рублей), Клиника академика Ройтберга (3,3 млрд. рублей), «Будь здоров» (3,1 млрд. рублей) и «Семейный доктор» (2,5 млрд. рублей).

По прогнозам экспертов, предполагается рост легального сегмента рынка медицинских услуг темпами, опережающими наращивание объемов рынка платной медицинской помощи, в целом, обусловленными сокращением «теневое» сектора рынка, темпы роста которого могут варьироваться в диапазоне 13-17 % по сравнению с 12-15 % рынка, в общем.

Вместе с тем, платная медицинская помощь является достаточно новым явлением для системы российского здравоохранения. Коммерческий сектор медицинских услуг слабо ориентирован на лечение сложных патологий, поэтому пациентам с онкологическими заболеваниями и другими тяжелыми случаями приходится обращаться за лечением в федеральные центры или ехать за медицинской помощью в зарубежные клиники.

Если обратиться к статистике сектора добровольного медицинского страхования, то можно заметить, что его объем всего 110 млрд. рублей, по сравнению с рынком бесплатного медицинского обслуживания, как полагают эксперты, во много раз превышающего и доходящего до 1 700 млрд. рублей.⁵⁰

Однозначные оценки размера «теневое» сектора не приводятся, экспертами выдвигаются различные данные, которые отличаются в разы. Так, по результатам исследования РБК.research, размер нелегальных платежей за медицинские услуги («благодарность» в карман врачам и другому медицинскому персоналу) достигает порядка 80-130 млрд. рублей. «Теневой» сектор рынка медицинских услуг значителен и сегментирован: различают благодарность (в ситуации, когда по окончании успешного лечения пациент полагает своей обязанностью поблагодарить специалиста) и вымогательство (если пациента обязывают заплатить за процедуру врачу). Аналогичная ситуация по вымогательству существует и в сегменте государственного платного медицинского обслуживания, в некоторых случаях пациента вынуждают оплачивать бесплатные услуги.

⁵⁰ Официальный сайт РБК. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rbc.ru> (дата обращения 10.12.2018).

В качестве причин существования «теневого» сектора рынка платных медицинских услуг, можно выделить: нечеткость формулировок в программах государственных гарантий, недостаточная конкретизация по вопросу получения медицинских услуг и отсутствие у населения четкого понимания, какие услуги и при каких условиях оказываются в рамках объёма гарантированного бесплатного медицинского обслуживания, предоставляемого согласно механизму обязательного медицинского страхования. Неурегулированность вопросов баланса между государственными гарантиями и их конкретизацией способствует формированию платности в системе обязательного медицинского страхования.

С 2013 года предоставление платных медицинских услуг официально стало возможным в муниципальных поликлиниках, и мнения россиян в этом вопросе по-прежнему различаются: большинство считают, что данные действия со стороны государства негативно влияют на государственную медицину. Услуги становятся платными и, следовательно, недоступными для большей части населения страны, а качество их оказания не улучшается. Врачей с узкой специализацией по-прежнему мало, работа в лечебно-профилактических учреждениях организована неэффективно (например, появляются «окна» в течение рабочего дня).

Медицинские организации могут участвовать в оказании различных видов медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Они могут оказывать амбулаторно-поликлинические услуги населению по подушевым тарифам, участвовать в предоставлении высокотехнологичной помощи (ВМП), оказывать услуги экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Однако, как правило, оказание амбулаторно-поликлинических услуг по обязательному медицинскому страхованию экономически невыгодно частным медицинским организациям, так как существующие государственные тарифы по данному виду медицинской помощи не только не позволяют достаточно заработать, но даже не полностью покрывают себестоимость оказываемых

услуг. Из-за этого, сотрудничество с государством в рамках ОМС выгодно только в случаях оказания ВМП или услуг ЭКО.

Тем не менее, число клиник, оказывающих амбулаторно-поликлинические услуги в рамках обязательного медицинского страхования, несмотря на их недостаточную привлекательность для медицинских организаций, оказалось равным числу клиник, предоставляющих услуги ЭКО (по 18 %). ВМП остается самым популярным видом услуг в системе оказания помощи по ОМС среди частных клиник (27 %) ⁵¹ (рисунок 3).

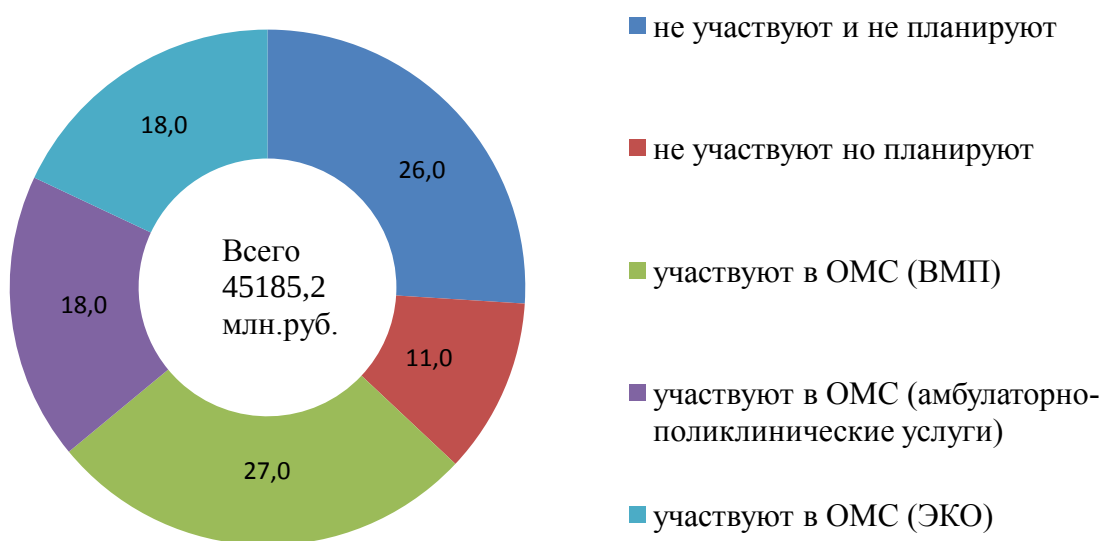


Рисунок 3- Участие клиник в системе обязательного медицинского страхования по видам услуг

Источник: Исследование рынка коммерческой медицины в России за 2016-первую половину 2017 годов. [Электронный ресурс] URL: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/\\$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf). (дата обращения 22.12.2018).

Доля клиник, которые не участвуют и не планируют входить в систему обязательного медицинского страхования, наиболее высока (33 %) среди медицинских организаций, ведущих свою деятельность только в городах федерального значения (56 % от всех клиник). Такие клиники также чаще всего

⁵¹ Исследование рынка коммерческой медицины в России за 2016-первую половину 2017 г. [Электронный ресурс] URL: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/\\$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf). (дата обращения 22.12.2018).

оказывают ВМП и услуги ЭКО. Однако некоторые клиники имели сложности с получением квот по данным видам медицинской помощи в 2016-2017 годах, отмечая, что занимаются амбулаторно-поликлиническим обслуживанием по ОМС только для того, чтобы выйти на рынок ВМП и ЭКО, так как предоставление поликлинических услуг по подушевым тарифам невыгодно, в отличие от оказания ВМП и услуг ЭКО.

Клиники премиум-сегмента участвуют или планируют принять участие в системе оказания помощи по обязательному медицинскому страхованию только в части оказания ВМП или услуг ЭКО. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание представители данного сегмента не рассматривают из-за того, что их собственные тарифы не соответствуют установленным государством тарифам на ОМС.

Среди клиник бизнес-сегмента доля участвующих в системе обязательного медицинского страхования меньше, чем в премиум-сегменте. Более того, доля клиник, не желающих присоединяться к системе ОМС, в данном сегменте максимальна (36 %). Подавляющее большинство представителей этого сегмента оказывают или хотели бы оказывать ВМП или услуги ЭКО. Участники бизнес-сегмента отмечали слишком маленькие квоты (в части оказания услуг ВМП), снижение государственных тарифов и рост числа проверок и штрафных санкций, что делает для них маловероятной возможность заработать на участии в системе ОМС.

Среди массового сегмента отмечается большее количество клиник, оказывающих амбулаторно-поликлинические услуги в системе обязательного медицинского страхования, предложение таких услуг позволяет без значительных затрат на рекламу привлечь и удержать новых пациентов.

Учитывая все эти тенденции, рынок медицинских услуг вызывает большой интерес со стороны бизнеса. По данным Forbes, за первую половину 2017 года было инвестировано 3,5 миллиарда долларов в 188 компаний, работающих в секторе здравоохранения, что, безусловно, является отличным стимулом к развитию.

Поэтому становится очевидным, что будущее российской системы здравоохранения состоит в развитии сектора частной медицины, в котором должны взаимодействовать все формы собственности и механизмы, включая и государственно-частное партнерство. Современные тенденции развития рынка медицинских услуг ориентированы на привлечение коммерческих структур для создания комфортной среды потребителям медицинских услуг путем участия в обязательном медицинском страховании. Число коммерческих медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования имеет тенденцию к росту, составляя в настоящее время почти 30 %.⁵²

Так, в 2016 году в медицинских организациях частной формы собственности по сравнению с 2012 годом количество пациентов, получивших медицинские услуги в стационарных условиях, увеличилось на 240 %. К услугам негосударственной скорой медицинской помощи прибегали почти в 40 раз чаще, чем ещё четыре года назад. Можно отметить и тенденцию к расширению спектра медицинских услуг, который предлагается предпринимательскими структурами.⁵³

Благодаря достижению баланса интересов государства и частного сектора на рынке медицинских услуг, можно ожидать повышения доступности и уровня качества медицинских услуг.

Рынок медицинских услуг, формируемый частными медицинскими структурами, функционирует по законам бизнеса, заставляя не только крупные компании, но и предприятия, относящиеся к среднему и малому медицинскому бизнесу, ставить в качестве своей основной цели обеспечение эффективной деятельности и повышение прибыльности. Показатели эффективности деятельности организаций в медицинской сфере определяются эффективным управлением ресурсами, которые используются в здравоохранении. Задача менеджмента в системе здравоохранения ставится так управлять процессами,

⁵² Стадченко Н. Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения. [Электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/news/>. (дата обращения 31.01.2019).

⁵³ Там же.

чтобы способствовать снижению показателей заболеваемости и смертности населения при использовании направляемых ресурсов. Очевидно, что частным медицинским структурам в реалиях сегодняшнего времени приходится искать баланс между обеспечением эффективной деятельности при недостаточном финансировании, в условиях ограниченных ресурсов и сохранением культуры обслуживания, наряду с качеством оказания медицинских услуг.

По мнению экспертов, главный фактор роста объёма платных медицинских услуг, как и ранее, заключается в ненадлежащем качестве бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках программ госгарантий: «Недостаточность финансового обеспечения негативным образом будет сказываться на функционировании системы здравоохранения и приведет к уменьшению доступности бесплатной медицинской помощи для населения Российской Федерации и снижению её качества. Могут появиться очереди и листы ожидания на оказание плановой специализированной медицинской помощи по тем профилям, где очередность отсутствовала. Отдельные ресурсоемкие виды ВМП могут стать практически недоступными для части населения. Медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения будут наращивать объёмы платных медицинских услуг, заменяя ими бесплатную медицинскую помощь. Сложившаяся ситуация отрицательным образом будет сказываться на достижении показателей, утвержденных государственной программой «Развитие здравоохранения». Право граждан на бесплатную медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не будет обеспечено в полном объёме».⁵⁴

Несмотря на перспективы дальнейшего развития рынка платных медицинских услуг, медицинская помощь на платной основе всё ещё недоступна большинству россиян, которые не имеют возможности

⁵⁴ Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (разработан Минэкономразвития России). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_282738/. (дата обращения: 22.12.2018).

пользоваться услугами платной медицины регулярно. Обращения в частные медицинские структуры пока ещё имеют разовый характер, постоянно услугами платного сектора медицины пользуются считанные проценты граждан страны, в то время, как остальным приходится совмещать обращения в бесплатные государственные медицинские учреждения и частные медицинские организации.

В качестве общих тенденций рынка платных медицинских услуг, по нашему мнению, можно выделить: расширение профиля медицинской помощи, оказываемой частными медицинскими организациями, дальнейший процесс формирования и укрупнения сетей медицинских организаций и создания филиалов. Единичные медицинские кабинеты в ближайшее время во многих городах страны заменят крупные многопрофильные медицинские центры. Особенно интенсивным становлением рынка платных медицинских услуг будут отличаться крупнейшие и крупные города нашей страны.

В сложившейся ситуации следует подчеркнуть специфическую особенность российских частных медицинских структур, заключающуюся в том, что в частном секторе медицины, как правило, ведут приемы врачи, имеющую высокую квалификацию из государственных медицинских организаций. Значительной части специалистов приходится совмещать деятельность в государственных учреждениях медицины с практикой в частных медицинских клиниках, получая высокий доход от частных приемов с большим практическим опытом в государственных учреждениях, обусловленным колоссальным потоком пациентов, в том числе с исключительными случаями.

Врачи в настоящее время имеют возможность использовать личный опыт в медицинской области для лечения пациентов коммерческих медицинских структурах, что объясняется востребованностью среди пациентов и в частных медицинских организациях успешных специалистов. Следует также подчеркнуть взаимосвязь между доходом врача и качеством его жизни: состоявшийся и укрепивший свои жизненные позиции врач с большей

ответственностью подходит к вопросам здоровья пациентов, назначает необходимое количество анализов и проводит тщательное обследование.

Необходимо отметить, что в настоящее время финансирование бесплатной медицины для россиян осуществляют коммерческие организации и государство. Предприятиями отчисляются в Фонд обязательного медицинского страхования взносы в размере 5,1 % от начисленной заработной платы каждого сотрудника, однако все ещё во многих организациях по-прежнему выплачивается «серая» зарплата, выведенная из-под налогообложения. В то же время, государственная политика не направлена на увеличение расходов на систему здравоохранения, сокращая размер финансирования уже несколько лет подряд. При реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в ближайшие три года существуют риски недостаточности финансирования в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем показателей распространенности и заболеваемости злокачественными новообразованиями. Об этом говорится в заключении Счетной палаты на проекты бюджетов внебюджетных фондов на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годы⁵⁵.

Анализ современных тенденций развития рынка медицинских услуг, позволяет сделать нам следующий вывод: коммерческие медицинские структуры на российском рынке медицинских услуг составляют всё ещё весьма небольшую долю, что обусловлено жесткими требованиями к участию в государственно-частном партнерстве с использованием системы обязательного медицинского страхования и низкими тарифами на возмещение расходов.

2.2. Факторы, влияющие на развитие рынка медицинских услуг

На развитие рынка медицинских услуг оказывают влияние факторы, характерные для рынков в других сферах: спрос, предложение, цена, конкуренция. Как известно, рыночные отношения характеризуются свободным

⁵⁵ Официальный сайт Министерства Финансов Российской Федерации: <http://www.minfin.ru/ru/performance/budget/index.php>. (дата обращения: 18.12.2018).

ценообразованием, свободой выбора со стороны потребителя и наличием конкуренции среди производителей. Ценовой механизм является средством достижения эффективного распределения ресурсов. С помощью уровня цены (при её свободном формировании) производителю предоставляется необходимая экономическая информация о масштабах предложения и спроса, выражающихся в предпочтениях потребителей, степени заполнения рынка и размере издержек.

Если рассматривать медицинские услуги с позиции производства, то услуги в сфере здравоохранения складываются в результате деятельности производителей медицинских услуг, которая направлена на поддержание и укрепление здоровья. За счет получения медицинских услуг удовлетворяются как индивидуальные потребности человека, так и потребности общества в целом. Таким образом, медицинским услугам присуще свойство социально значимого блага, они удовлетворяют человеческую потребность в медицинской помощи, в сохранении и укреплении здоровья.

Ввиду того, что медицинские услуги являются одновременно и частным благом – при потреблении одним лицом они не могут быть потреблены другим, и общественным – при предоставлении одному человеку, они приобретают доступность для других людей без дополнительных затрат. Медицинские услуги имеют свою особенность, они отличаются от обычного товара, для производства и потребления которого учитывается соотношение спроса и предложения, ввиду того, что величину объёма полученной медицинской помощи нельзя ставить в зависимость только от уровня платежеспособности индивида.

Исследование и подробное изучение специфических свойств рынка медицинских услуг было проведено ещё в 1963 году экономистом американского происхождения К. Дж. Эрроу в работе «Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения».⁵⁶ В частности, неэффективность

⁵⁶ Kenneth J. Arrow. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review, 1963. Vol. 53 . – P. 941-973.

медицинского рынка, обусловлена наличием «провалов относительно страхования от неопределённостей», потребители, делая свой выбор относительно качества медицинской помощи, не застрахованы от ошибок. По мнению К. Дж. Эрроу, именно врач помогает с решением проблемы неопределенности по отношению к плохо информированному пациенту, устанавливая диагноз и определяя необходимый для приобретения объём услуг. С другой стороны, у врачей существуют экономические интересы, которые могут способствовать избыточному объёму предложения медицинских услуг и навязыванию спроса, порождая затратный характер в системе здравоохранения.

Однако, ввиду того, что состояние здоровья граждан – важнейшая характеристика уровня социально-экономического развития страны, являющаяся одним из достояний трудовых ресурсов общества, на рынок медицинских услуг оказывает влияние и фактор вмешательства государства, путем государственного регулирования через механизм обязательного медицинского страхования (ОМС) и обеспеченность кадровыми ресурсами, влияющими на доступность и качество медицинских услуг.

Факторы, влияющие на развитие рынка медицинских услуг, представлены в таблице 2.4.

Остановимся более подробно на двух последних факторах, играющих важнейшую роль для формирования и развития рынка медицинских услуг – государственное регулирование и кадровый потенциал.

Роль государства по выполнению функций регулирования, организации и финансового обеспечения гарантированного бесплатного объёма медицинской помощи для граждан России и законодательного закрепления порядка оказания платных медицинских услуг, во многом, зависит от специфики потребляемых обществом медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями различных форм собственности на основании заданий органов управления системы здравоохранения, территориальных фондов ОМС или частных инвесторов.

Факторы, влияющие на развитие рынка медицинских услуг

№ п/п	Фактор	Формирование	Влияние
1	Цена – денежное выражение стоимости медицинской услуги	Формируется по затратному принципу, в соответствии с которым в цену медицинской услуги включаются затраченные на её оказание ресурсы (рабочая сила, медикаменты, материалы, оборудование и пр.)	Увеличение себестоимости любого из ресурсов приводит к немедленному росту цен на медицинские услуги
2	Спрос – объём медицинских услуг, которые желают и могут приобрести потребители (пациенты) в конкретный период времени и по установленной цене	Формируется всеми людьми в независимости от половой принадлежности, возраста, образования и уровня жизни. Спрос на медицинскую помощь возникает в период эмбрионального развития и заканчивается в старости	Определение объёма медицинских услуг в решающей степени принадлежит специалисту (врачу), а не (потребителю) пациенту
3	Предложение – объём медицинских услуг, которые могут быть оказаны в медицинской организации	Формируется в зависимости от цены: рост цены производителей способствует предложению пациентам большего объёма и ассортимента медицинских услуг, снижение цены – сужает объём производимых медицинских услуг	Определяет количество специалистов, стоимость медицинских услуг, качество медицинских услуг
4	Конкуренция – отношения между производителями медицинских услуг по вопросам установления цен и ассортимента медицинских услуг, а также между потребителями при формировании цен и объёма медицинских услуг на рынке	Может выражаться в предложении большого количества и ассортимента услуг, не всегда высокого качества, то есть упор может делаться не на качество, а на количество	Существуют ограничения выхода на рынок медицинских услуг, возможны ситуации, близкие к естественной монополии
5	Государственное регулирование – координация деятельности субъектов рынка медицинских услуг для поддержания и укрепления здоровья граждан, сокращения заболеваемости населения, увеличения продолжительности жизни людей	Предъявляются специальные требования к осуществлению медицинской деятельности	Преобладание на рынке государственных и некоммерческих медицинских организаций
6	Кадровый потенциал – ресурсообразующий фактор рынка медицинских услуг	Играют главную роль в формировании и развитии отрасли здравоохранения, отличаются наиболее высокими показателями рентабельности и экономическим эффектом, получаемым обществом по отношению к сохранению человеческого потенциала	Способствует улучшению доступности медицинской помощи и повышению качества оказываемых медицинских услуг

Источник: составлено автором.

Медицинская помощь, оказываемая на возмездной основе, выступает одним из элементов эффективной работы системы здравоохранения в Российской Федерации.

Реализация обеспечительных функций в сфере здравоохранения и выполнение сопутствующих в медицинской сфере услуг, оказываемых на основании договоров с поставщиками ресурсного обеспечения и работ, при использовавшемся ранее механизме, происходили за счёт возмещения государством расходов производителям медицинских услуг с использованием смет, предполагающих бюджетное (сметное) финансирование затратных обязательств. С 2011 года финансирование по бюджетным сметам было заменено субсидиями, объём которых рассчитывается как произведение ставок медицинских услуг на нормативные затраты, которые связаны с оказанием единицы объёма медицинских услуг.

Используемый в настоящее время механизм, основанный на планировании размеров субсидий, предусмотренных государственным заданием, включая гарантированный объём медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, для медицинских организаций несет риски «выпадающих» расходов, которые связаны с обеспечением условий для получения населением доступных и качественных медицинских услуг.

С 2014 года в российской практике управления системой здравоохранения, для соответствия статистических показателей международным стандартам, начат процесс формирования новых медико-экономических основ медицинских и других сервисных услуг, индивидуально потребляемых и оказываемых на возмездной основе.

Необходимо отметить, что начиная с 2001 года, индикатором программ, направленных на социально-экономическое развитие страны и регионов, выступает стоимостный показатель «объём платных услуг населению», выражающийся в денежном эквиваленте объёма услуг, оказанных резидентам и гражданам Российской Федерации и других государств, которые потребляют те или иные виды услуг на территории России. В качестве производителей услуг

выступают юридические лица всех форм собственности и граждане, осуществляющие предпринимательскую деятельность.

Следовательно, объём платных медицинских услуг, определяемых в соответствии с классификатором услуг и занятий, подлежит статистическому учету и считается платным, если услуги являются объектом купли-продажи. Оплату медицинских услуг может производить как лично потребитель (за услуги, оказанные пациенту или члену семьи), так и работодатель (за услуги в рамках договора с медицинской организацией или договора добровольного медицинского страхования при участии страховой медицинской организации).

Разработка нового содержания индивидуально потребляемых услуг отрасли здравоохранения является актуальной темой, лежащей в настоящее время в сфере обоснования масштабов государственных гарантий и объёмов платных услуг при получении медицинской помощи, предоставляемой на иных условиях и сверх определенных государством для граждан, стандартов.

Многие медицинские организации оказание медицинской помощи на платной основе рассматривают в виде дополнительного источника покрытия расходов, в том числе, и для выплаты стимулирующих компенсаций медицинским работникам по программам «дорожная карта» и в условиях использования «эффективных контрактов».

Одним из лицензионных требований при ведении медицинской деятельности и для частных медицинских структур, и в отношении некоммерческих медицинских предприятий, установленным Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»,⁵⁷ является обязательное наличие у руководителя организации, оказывающий услуги медицинского характера,

⁵⁷ Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_128742/ (дата обращения: 29.12.2018).

дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Вместе с тем, существующие программы подготовки по этой специальности составлены с ориентацией в сторону государственных и муниципальных нужд и не учитывают современные требования в условиях быстро меняющихся обстоятельств на медицинских рынках и особенности функционирования медицинских организаций при растущей конкуренции и использовании инновационных достижений в сфере управления.

Частные медицинские организации функционируют в рыночных условиях, а программы, по которым ведут обучение медицинские вузы, в полной мере не удовлетворяют вызовам времени ни по содержанию программ подготовки, ни по формам образовательного процесса. Так, для прохождения дополнительного профессионального обучения и получения сертификата по направлению «организация здравоохранения и общественного здоровья», руководитель коммерческого медицинского микропредприятия, находящегося в маленьком городе, должен бросить свою работу и отлучиться на несколько месяцев для поездки в областной центр и пройти очное обучение в медицинском институте. Хотя в настоящее время получили практическую апробацию, международную аккредитацию и признание программы по менеджменту, рассчитанные на дистанционные методы образовательного процесса.

Современные условия всё больше склоняют руководителей частных медицинских структур к пониманию, что эффективное управление компанией требует наличия знаний по управлению организацией, кадрами, финансовыми ресурсами, поэтому им приходится самостоятельно находить образовательные организации и программы, предоставляющие обучение современному менеджменту в соответствии с требованиями коммерческих организаций.

Большую часть коммерческих медицинских структур составляют организации в форме обществ с ограниченной ответственностью, регулируемых Федеральным законом от 08.02.1998 года № 14-ФЗ «Об

обществах с ограниченной ответственностью»,⁵⁸ который определяет порядок назначения и методы деятельности единоличного исполнительного органа общества. В соответствии с законодательством, компетенции единоличного исполнительного органа (в лице генерального директора, управляющего или президента) распространяются, главным образом, на организационную, хозяйственную и финансовую обязанности по управлению предприятием.

В частных медицинских структурах, относящихся к субъектам крупных масштабов бизнеса, руководитель (директор) и главный врач (начальник медицинской части), зачастую, разделяют функции по следующему принципу: руководитель занимается организационно-экономической и финансовой частью управления, а главный врач – несет ответственность за организацию и осуществление процесса лечения. Что касается, малого бизнеса и микропредприятий – все функции управления объединены в одну должность директора с функциями главного врача.

При таком положении, управление небольшими частными медицинскими структурами радикально отличается от менеджмента в государственных и муниципальных ЛПУ, в которых главный врач является, по сути, распорядителем с предусмотренным большим штатом заместителей, которые занимаются различными аспектами деятельности медицинской организации.

Так же, положение «О лицензировании медицинской деятельности» не содержит требований ко всем сотрудникам организации, из категории руководителей, об обязательном высшем медицинском образовании, дополнительном профессиональном образовании и наличии сертификата специалиста по направлению «организация здравоохранения и общественного здоровья». По нашему мнению, требованиям к образованию руководителям частных медицинских структур в настоящее время необходим пересмотр с учетом специфики оказания платных медицинских услуг.

⁵⁸ Федеральный закон от 08.02.1998 № 14-ФЗ (ред. от 23.04.2018) «Об обществах с ограниченной ответственностью». [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17819/. (дата обращения: 29.12.2018).

Последние годы в Министерстве здравоохранения Российской Федерации характеризуются проведенной большой законотворческой работой, однако, состав существующей законодательной базы по порядку лицензирования медицинской деятельности в нашей стране всё ещё не соответствует международным стандартам, требуя непрерывного совершенствования.

В качестве основополагающих принципов системы лицензирования медицинской деятельности можно выделить: единый порядок лицензирования, четкие лицензионные требования и условия, законность при процедуре лицензирования.

Лицензирование в сфере здравоохранения имеет две принципиальные отличительные черты:

1) критерии, определяющие лицензионный порядок видов медицинских услуг, имеют прямую взаимосвязь с показателями состоянием здоровья населения;

2) медицинская деятельность, требующая лицензирования, имеет социальную значимость для общества.

Исходя из этого, государственное регулирование в сфере здравоохранения использует законодательные и разработанных на их основе, подзаконные акты. В виду того, что под лицензированием подразумевается некое ограничение на законодательном уровне ведения деятельности при оказании медицинских услуг, методы и формы контроля со стороны государства в медицинской сфере должны быть четко прописаны и одинаковыми на всей территории Российской Федерации.

Тем не менее, как нам кажется, при определении порядка лицензирования, необходимо разграничить лицензионные требования для медицинских организаций, осуществляющих медицинское вмешательство, и медицинских структур, оказывающих узкий перечень медицинских услуг. Так, для государственных и муниципальных лечебных учреждений, где руководит работой главный врач, который назначается учредителем в лице региональных или муниципальных властей, требование о высшем медицинском образовании,

дополнительном профессиональном образовании и наличие сертификата специалиста по направлению «организация здравоохранения и общественного здоровья» справедливо. Подобное требование по отношению к коммерческим медицинским организациям, как правило, осуществляющим не только медицинскую деятельность, но и другие виды услуг, определяемые уставом организации, требует пересмотра.

Для эффективного управления частной медицинской организацией, необходимо проводить мониторинг финансовых планов и анализ маркетинга в организации. Проверка на соответствие расходов доходам является ещё одним элементом эффективно работающей коммерческой медицинской организации. Эффективная система управления медицинской организацией строится с помощью правильного учета и распределения внутренних и внешних ресурсов.

Для оценки эффективности управления медицинской организацией следует, прежде всего, провести анализ управления персоналом, составляющего основную часть внутренних ресурсов предприятия (по последним опубликованным данным Росстата) (таблица 2.5).

Таблица 2.5

Численность работников здравоохранения в организациях РФ по формам собственности за период 2012-2016 гг., %

Численность работников здравоохранения / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Всего	100	100	100	100	100
в том числе по формам собственности:	65,5	73,8	78,3	81,7	82,9
- государственная					
- муниципальная	26,8	18,1	11,9	7,9	5,9
- частная	6,0	6,3	7,9	8,4	9,3
- собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
- смешанная российская	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
- иностранная, совместная российская и иностранная	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7

Источник: Статистический сборник «Здравоохранение в России. 2017». / Росстат. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf. (дата обращения: 24.12.2018).

Частные медицинские структуры имеют в своем штате небольшую часть работников сферы здравоохранения (6,0-9,3 %), однако можно наблюдать рост численности специалистов, работающих в сегменте частного бизнеса за период 2012-2016 годы на 3,3 %. Для большинства частных медицинских организаций (93 %) величина численности сотрудников менее 100 человек.⁵⁹

Оказание медицинских услуг могут осуществлять специалисты, с наличием среднего, высшего, послевузовское и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения указанных в лицензии работ (услуг), профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с наличием медицинского образования), поэтому в системе здравоохранения очень малое количество (0,1 %) кадров, у которых отсутствует основное общее образование, такой персонал, как правило, занят хозяйственным обслуживанием в медицинской организации (по последним опубликованным данным Росстата) (таблица 2.6).

Таблица 2.6

Распределение численности занятых в здравоохранении в РФ по уровню образования за период 2012-2016 гг., %

Занятые в сфере здравоохранения / Годы	2012	2013	2014	2015	2016
Всего	100	100	100	100	100
в том числе имеют образование:					
- высшее	32,5	34,2	33,7	34,5	34,9
- среднее профессиональное по программе подготовки специалистов среднего звена	45,3	44,7	45,8	45,5	45,0
- среднее профессиональное по программе подготовки квалифицированных рабочих (служащих)	8,5	8,1	8,2	8,1	8,4
- среднее общее	11,1	10,7	10,0	9,7	9,8
- основное общее	2,5	2,1	2,2	2,1	1,9
- не имеют основного общего образования	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

Источник: Статистический сборник «Здравоохранение в России. 2017». / Росстат. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf. (дата обращения: 24.12.2018).

⁵⁹ Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. – 2013, № 4. – С. 100.

Как свидетельствуют данные таблицы 2.6, уровень образования занятых в сфере здравоохранения в последние годы имеет тенденцию к росту: растёт число специалистов, имеющих высшее образование (на 2,4 %) и снижается доля специалистов, имеющих только основное общее образование (на 0,6 %).

Давая оценку уровню квалификации врачей, которые работают в государственных и коммерческих медицинских организациях, необходимо проводить сопоставление структуры работающих специалистов согласно наличию у них квалификационных категорий. Так, для государственного сектора здравоохранения значение удельного веса врачей высшей категории (29 %) в два раза превышает аналогичные данные в частном секторе (14 %).⁶⁰ Такое положение можно объяснить тем, что при решении о присвоении специалистам квалификационных категорий, учитывается их стаж работы, несмотря на то, что уровень профессиональных знаний и навыков для врачей высшей и первой категорий почти не имеет различий. Следует подчеркнуть, что врачей, имеющих высшую и первую категории в частной сфере медицинских услуг значительно больше по сравнению с государственной системой: 61 % в частном секторе против 47 % в государственном, а с отсутствием профессиональной категории – меньше: 31 % в частном секторе по сравнению с 48 % в государственном. Таким образом, коммерческие медицинские структуры привлекают на работу, главным образом, опытных специалистов, уровень наивысшей квалификации которых ещё официально не признан.

Показатели состояния здоровья населения зависят от функционирования национальной системы здравоохранения, на уровень развития которой, в большой мере, оказывает влияние существующий механизм финансового обеспечения.

⁶⁰ Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. – 2013. – № 4. – С. 101.

В настоящее время источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья служат: бюджетные средства, средства системы обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан в различном соотношении.⁶¹

Таким образом, наличие определенных особенностей в сфере здравоохранения не позволяет рыночным механизмам управлять эффективно рынком медицинских услуг. Основными факторами, отличающими рынок медицинских услуг от других рынков и влияющими на его формирование и развитие, являются – государственное регулирование и кадровый потенциал. Потребность регулирования рыночного механизма производства и распределения медицинских услуг вызвана и наличием таких обстоятельств, что очень часто лицам с низким уровнем дохода наиболее необходима медицинская помощь. Расходы на систему здравоохранения предполагают необходимость вложений в кадровый потенциал данной сферы, которые складываются не только из непосредственных расходов на подготовку квалифицированных медицинских работников, но и на создание педагогических условий и средства профессионального самоопределения специалистов сферы медицинских услуг.

2.3. Становление и развитие рынка медицинских услуг в Краснодарском крае Российской Федерации

Краснодарский край Российской Федерации является самой южной частью России с административным центром в городе Краснодаре. В крае имеется самая широкая в стране палитра, как отдыха, так и лечения.

⁶¹ Ст. 82 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 06.03.2019). [Электронный ресурс] URL: <http://base.garant.ru/12191967/11/>. (дата обращения 10.03.2019).

Численность населения Краснодарского края сегодня составляет 5 603 420 человек. Регион занимает 3-е место среди субъектов Российской Федерации по численности жителей, уступая только Москве и Московской области. Плотность населения в Краснодарском крае составляет 74,23 чел./км². Процент городского населения – 54,88 %. В крае уровень урбанизации в целом ниже, чем в среднем по России (74,43 %).

К наиболее крупным городам Краснодарского края относятся: Краснодар – 881,5 тыс. чел., Сочи – 411,5 тыс. чел., Новороссийск – 270,8 тыс. чел., Армавир – 190,9 тыс. чел., Ейск – 84,3 тыс. чел., Кропоткин – 79,2 тыс. чел.⁶²

Краснодарский край относится к одному из наиболее привлекательных для проживания субъектов Российской Федерации. В Приложении 2 представлены основные социально-экономические показатели Юга России в лице Южного федерального округа, Северо-Кавказского федерального округа и Краснодарского края.

Из таблицы приложения 2 видно, что доля Краснодарского края по показателю площади территории в Российской Федерации в 2016 году составила только 0,44 %. При этом вклад региона в валовый внутренний продукт в 2015 году составлял 3 % (т. е. почти в 7 раз больше доли по площади территории). Примерно такую же долю составили в 2016 году основные фонды в экономике и инвестиции в основной капитал. Доля края по численности населения в Российской Федерации в 2016 году составила 3,79 %. Доля Краснодарского края в обороте организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг составила 8,79 %, а доля малых предприятий в выручке от реализации товаров и услуг здравоохранения и предоставления социальных услуг – 1,8 %.

⁶² Статистический сборник «Регионы России. Социально-экономические показатели, 2018». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/region/reg-pok18.pdf (дата обращения 28.01.2019).

Доля Краснодарского края по площади территории в 2016 году составила 16,86 % в Южном Федеральном округе. При этом вклад края в валовый региональный продукт ЮФО в 2016 году был равен 42,41 % (т.е. в 2,5 раза выше доли площади территории).

Чуть ниже вклад края в основные фонды в экономике в 2016 году – 38,6 %, инвестиции в основной капитал – 38,63 %. Доля края по численности населения в ЮФО составила 33,91 %.

Доля Краснодарского края в обороте организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг ЮФО 67,5 %, а доля малых предприятий в выручке от реализации товаров и услуг здравоохранения и предоставления социальных услуг – 22,2 %.

Оборот организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг Краснодарского края превысил аналогичный показатель Северо-Кавказского федерального округа.

Доля малых предприятий Краснодарского края в выручке от реализации товаров и услуг здравоохранения и предоставления социальных услуг – 44,8 %.

В Краснодарском крае в 2016 году доля расходов населения на здравоохранение в среднем составляла 3,5 %. Чуть выше данный показатель был в Южном федеральном округе и Российской Федерации (3,6 %). В Северо-Кавказском федеральном округе этот показатель составил 3,0 %. В целом отмечается тенденция роста затрат населения на здравоохранение.

В таблице 2.7 представлен объём платных медицинских услуг в регионе (по последним опубликованным данным Росстата).

Объём платных медицинских услуг, предоставляемых населению Краснодарского края, имеет тенденцию роста. В 2016 году по сравнению с предыдущим периодом объём платных медицинских услуг вырос в 1,093 раза или на 9,26 %.

**Объём платных медицинских услуг населению (в фактически действовавших
ценах)**

Регион / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Российская Федерация:					
Объём платных услуг населению, млн. руб.	6036839	6927482	7467521	8050808	8636277
Объём платных медицинских услуг населению, млн. руб.	332026	415649	477921	531353	572445
Доля медицинских услуг в объёме платных услуг населению, %	5,5	6,0	6,4	6,6	6,63
Краснодарский край:					
Объём платных услуг населению, млн. руб.	241536	315014	360832	408126	446299
Доля Краснодарского края в общем объёме платных услуг, %	4,0	4,55	4,83	5,07	5,17
Объём платных медицинских услуг населению, млн. руб.	9476	11727	17712	19899	21742
Доля Краснодарского края в общем объёме платных медицинских услуг, %	2,85	2,82	3,71	3,75	3,80
Доля медицинских услуг в объёме платных услуг населению Краснодарского края, %	3,92	3,72	4,91	4,88	4,87

Источник: Рассчитано автором по материалам Статистического сборника «Регионы России. Социально-экономические показатели, 2018». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/region/reg-pok18.pdf; Статистического сборника «Здравоохранение в России, 2017» [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf; Статистического сборника «Платное обслуживание населения в России, 2017». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf. (дата обращения 28.01.2019).

Доля Краснодарского края в общем объёме платных медицинских услуг Российской Федерации составила в 2016 году 3,8 %. Доля медицинских услуг в общем объёме платных услуг населению Краснодарского края в 2016 году была равна 4,87 %, что ниже аналогичного показателя по Российской Федерации, который составил в 2016 году 6,63 %. Рынок медицинских услуг Краснодарского края, с активным развитием доли платной медицины, охватывает всё больше рыночного пространства, чему способствует открытие новых специализированных и многопрофильных медицинских клиник и кабинетов частнопрактикующих врачей. Отмечаются тенденции ежегодного роста числа жителей, обращающихся именно за платными медицинскими

услугами, что обусловлено как улучшением благосостояния населения края, так и осознанием здоровья нации как приоритетной ценности. С достоверностью оценить рынок медицинских услуг в Краснодарском крае на сегодняшний день проблематично, т. к. доля «теневого» сегмента достаточно велика, однако исследование состояния и развития конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг в Краснодарском крае за 2016 год, позволило опросить 174 организации, предоставляющие медицинские услуги. В результате опроса выявлены наиболее важные факторы конкурентоспособности на рынке медицинских услуг: по мнению большинства 69 % (120) – это высокий уровень качества предоставляемых медицинских услуг, на втором месте 13 % (23) – низкая цена на услуги, 8 % (14) респондентов сообщили об уникальности услуг, и часть опрошенных 7 % (13) отметили доверительное отношение с клиентами.⁶³

Наиболее популярными мерами для повышения конкурентоспособности, предпринимаемые организациями, которые осуществляют свою деятельность на рынке медицинских услуг, в течение последних трёх лет стали:

- проведение обучения персонала (90 организации);
- покупка машин и технологического оборудования (76 организаций);
- приобретение технологий, патентов, лицензии, ноу-хау (31 организация);
- новые способы продвижения продукции (маркетинговые стратегии) (31 организация);
- мероприятия по сокращению затрат на производстве (20 организаций).

Оценивая уровень конкуренции на рынке медицинских услуг, 46 % (75) представителей бизнеса считают, что для сохранения лидирующих позиций на рынке медицинских услуг необходимо с регулярностью раз в год или чаще разрабатывать мероприятия, направленные на повышение конкурентоспособности своих услуг: введение системы скидок или проведение

⁶³Мониторинг состояния и развития конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг в Краснодарском крае за 2016 год. [Электронный ресурс] URL: http://economy.krasnodar.ru/standart-razvit-konkurencii/files/rezult_2016.pdf (дата обращения 28.01.2019).

акций на определенные виды услуг, повышение качества предоставляемых услуг, расширение перечня сопутствующих услуг.

Однако 29 % (47) респондентов считает что, для поддержания позиций бизнеса на рынке меры, направленные на повышение конкурентоспособности услуг, могут реализовываться время от времени с периодичностью один раз в 2-3 года, в то время, как 17 % (28) ответили, что такие меры не являются необходимостью.

Количество конкурентов представители рынка медицинских услуг оценили следующим образом: 44 % (76) говорят об увеличении конкурентов на 4 и более; 29 % (50) отметили незначительное число конкурентов от 1-го до 3; 15 % (27) заявили о большом числе конкурентов; остальные затруднились с оценкой примерного количества конкурентов.

За последние три года на рынке медицинских услуг число конкурентов увеличилось – так считают 39 % (68) респондентов, 31 % (54) опрошенных говорят, что число конкурентов не изменилось, 2 % (3) поставили отметку в графе о сокращении конкурентов на рынке, а 28 % (49) затруднились ответить на данный вопрос.

По мнению представителей рынка медицинских услуг наиболее сильное влияние на изменение числа конкурентов на рынке оказывает появление новых российских медицинских компаний.

Наиболее существенными препятствиями для расширения действующего бизнеса, по мнению предпринимателей, является нехватка финансовых средств (так высказалось 76 человек из 174). На втором месте стоят высокие транспортные издержки. Так считают 74 респондента, 24 заявили о «насыщенности рынка сбыта».

Среди населения Краснодарского края 67 % опрошенных сообщают об избыточном и достаточном количестве услуг на медицинском рынке. Однако стоит заметить, что удаленность медицинского учреждения от дома или работы потребителей играет существенную роль при выборе места лечения. И, исходя

из этого, 30 % сообщили о недостаточном количестве услуг, а 3 % и вовсе считают, что рынка медицинских услуг нет совсем.

В настоящее время возрастает значимость для пациентов сервиса, профессионализма врачей и медицинского персонала, гарантий обслуживания, ассортимента дополнительных услуг. На основании этого потребители и оценивали удовлетворенность качеством медицинских услуг в Краснодарском крае. 17,1 % (5713) считают качество предоставляемых медицинских услуг в крае низкого уровня качества, 12 % (4226) оценивают качество услуг как среднее, 54 % (17993) потребителей отмечают высокий уровень качества предоставляемых услуг и 16,9 % (5625) опрошенных не удовлетворены полностью.

Таблица 2.8

Средние цены и индекс потребительских цен на отдельные виды медицинских услуг в Краснодарском крае

Виды услуг / Год	2013	2014	2015	2016	2017
Средние цены на конец года, руб.					
Первичный прием к врачу-специалисту, за одно посещение	472,16	511,16	516,55	542,06	607,87
Лабораторные анализы (общий анализ крови), за один анализ	235,98	243,4	273,06	283,54	281,55
Физиотерапевтическое лечение, процедура	120,73	127,19	131,94	145,14	155,55
Лечебный массаж, сеанс	217,66	216,32	225,8	243,63	257,19
Индекс потребительских цен (на конец года, в процентах к декабрю предыдущего года)					
Первичный прием к врачу-специалисту, за одно посещение	102,05	108,26	102,53	110,93	110,78
Лабораторные анализы (общий анализ крови), за один анализ	110,27	103,15	114,91	101,82	101,56
Физиотерапевтическое лечение, процедура	100	105,35	109,5	112,28	106,03
Лечебный массаж шейно-грудного отдела, сеанс	100	99,38	109,95	103,92	104,1

Источник: Мониторинг состояния и развития конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг в Краснодарском крае за 2016 год. [Электронный ресурс] URL: http://economy.krasnodar.ru/standart-razvit-konkurencii/files/rezult_2016.pdf (дата обращения 28.01.2019).

За рассматриваемый период отмечался рост цен на медицинские услуги. Наибольший рост выявлен в 2014 году – 109,1 %. Наименьший показатель роста

отмечался в 2013 году. В 2017 году индекс потребительских цен на медицинские услуги составил 105,87 %. В таблице 2.8 показаны средние цены и индекс потребительских цен на отдельные медицинские услуги в Краснодарском крае.

Рассмотрим реализацию обязательного медицинского страхования в рамках государственно-частного партнерства на региональном уровне на материалах Краснодарского края, который находится на четвертом месте (3,6 %), после городов Москва (8,2 %) и Санкт-Петербург (3,7 %) и Московской области (5,2 %), по численности застрахованных (таблица 2.9).

Таблица 2.9

Численность лиц, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования на 01.01.2018 г.

Субъекты Российской Федерации	Численность застрахованных, чел.	Численность застрахованных, %
Российская Федерация	146333659	100
Центральный федеральный округ	39306898	26,9
в т.ч.:		
- Московская область	7643552	5,2
- г. Москва	12277497	8,4
Северо-Западный федеральный округ	14142837	9,7
в т.ч.:		
- г. Санкт-Петербург	5613344	3,8
Южный федеральный округ	15926848	10,9
в т.ч.:		
- Краснодарский край	5427517	3,7
Северо-Кавказский федеральный округ	8993181	6,1
Приволжский федеральный округ	29635531	20,3
Уральский федеральный округ	12562583	8,6
Сибирский федеральный округ	19509898	13,3
Дальневосточный федеральный округ	6214832	4,2

Источник: рассчитано автором на основе данных Официального сайта Фонда ОМС. [Электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/analyst-ratings/>. (дата обращения 20.12.2018).

Данные статистики свидетельствуют: по состоянию на 1 января 2018 года на территории Краснодарского края проживает 5 603 420 человек, из них 5 427 517 человек или 97,4 % являются застрахованными лицами в системе обязательного медицинского страхования и прикреплены к страховым

медицинским организациям, осуществляющим обязательное медицинское страхование в Краснодарском крае (рисунок 4).

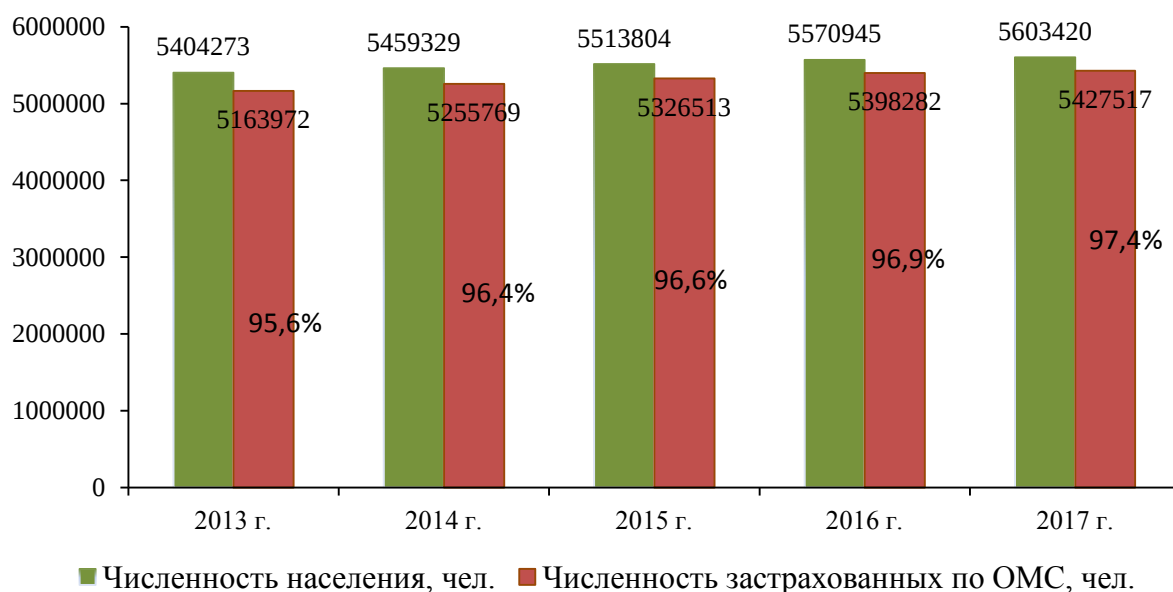


Рисунок 4- Динамика изменения уровня застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования Краснодарского края за период 2013-2017 гг.

Источник: Информационно-аналитическая справка «О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования Краснодарского края по итогам 2017 года». [Электронный ресурс] URL: http://www.kubanoms.ru/_files/111/itogi_2017.pdf. (дата обращения 24.12.2018).

В 2017 году численность застрахованных лиц увеличилась по сравнению с 2016 годом на 29 235 чел. или на 0,5 %. Увеличение произошло за счет основной причины – миграционного прироста населения, в среднем в месяц численность увеличивалась на 2,4 тыс. человек.

Численность неработающих граждан края, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, по состоянию на 1 апреля 2017 года составила 3 548 тыс. человек или 65,7% от общей численности застрахованных (5 396 тыс. человек).

В региональном сегменте застрахованных наблюдается снижение количества лиц в категории «работающие» в общей численности застрахованных – с 66,0 % в 2012 году до 62,8 % в 2017 году (рисунок 5).

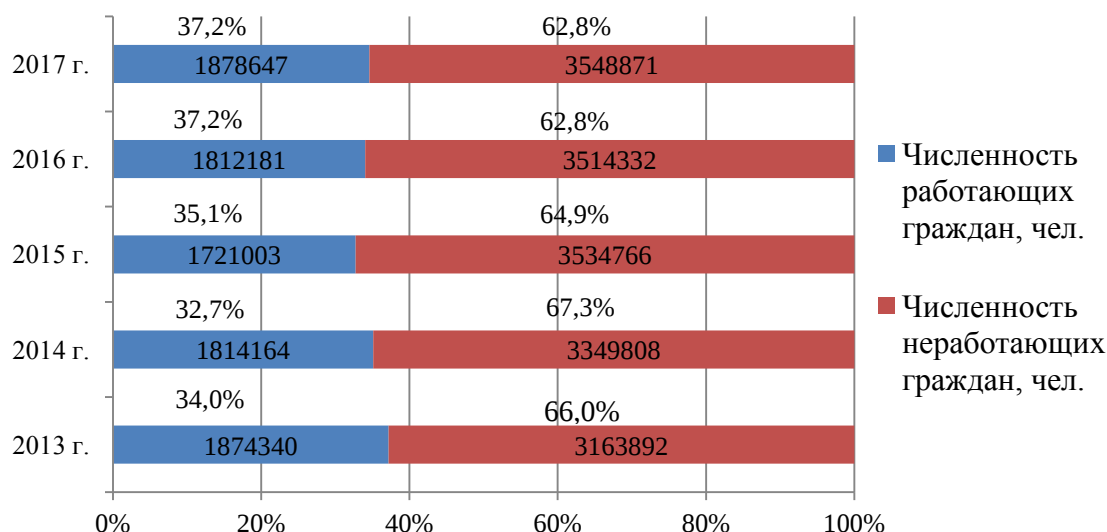


Рисунок 5- Динамика изменения структуры застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования Краснодарского края за период 2013-2017 гг.

Источник: Информационно-аналитическая справка «О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования Краснодарского края по итогам 2017 года». [Электронный ресурс] URL: http://www.kubanoms.ru/_files/111/itogi_2017.pdf. (дата обращения 24.12.2018).

В 2015-2017 годах осуществляли ОМС на территории Краснодарского края пять СМО: ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Краснодарский филиал «Сибирь»; Филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Краснодар-Медицина»; Филиал АО ВТБ Медицинское страхование в Краснодарском крае; ООО «Муниципальная страховая компания г. Краснодара-Медицина»; АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»; Филиал ООО «Медицинская страховая компания «Максимум».

Исследование современного состояния рынка медицинских услуг Краснодарского края позволяет выявить состояние конкуренции в сфере здравоохранения на современном этапе и ряд ключевых проблем, создающих барьеры для развития рынка медицинских услуг.

На наш взгляд, повышению конкурентоспособности организаций здравоохранения и формированию конкурентной среды на рынке медицинских услуг в Краснодарском крае могут способствовать:

- 1) интеграционное взаимодействие субъектов региональной медицинской сферы;
- 2) формирование медицинских кластеров;
- 3) использование механизма государственно-частного партнерства в развитии системы здравоохранения;
- 4) развитие потенциала частной медицины.

Реализация интеграционного потенциала системы медицинских услуг Краснодарского края позволит:

- повысить эффективность использования основных и оборотных средств медицинских организаций;
- улучшить результативность трудового потенциала;
- снизить затраты и оптимизировать финансовые результаты при оказании медицинских услуг;
- оптимизировать процессы управления.

Возможные интеграционные процессы в системе здравоохранения могут быть представлены следующим видами интеграции на уровне:

- организаций, осуществляющих деятельность по оказанию медицинских услуг;
- сфер профессионального образования и здравоохранения;
- организаций здравоохранения и коммерческих структур;
- государственной (муниципальной) и частной собственности в системе здравоохранения;
- организаций медицинского страхования и системы здравоохранения;
- организаций сферы здравоохранения с предпринимательскими структурами других отраслей;
- зарубежных практик медицинского менеджмента в российскую систему здравоохранения;
- информационных и телекоммуникационных технологий и системы здравоохранения;

- системы здравоохранения и страхования профессиональной ответственности;
- системы здравоохранения с системой стандартизации качества медицинских услуг;
- новых технологий в систему здравоохранения.

Таким образом, в настоящее время на территории Краснодарского края происходит активное становление и развитие широкого спектра интеграционных процессов, как в сфере здравоохранения, так и на рынке медицинских услуг.

Анализ современного состояния рынка медицинских услуг в Краснодарском крае показал, что объём платных медицинских услуг, предоставляемых населению Краснодарского края, имеет тенденцию роста. Проблемы конкуренции на рынке медицинских услуг во многом обусловлены барьерами входа на рынок медицинских услуг, среди которых: порядок лицензирования медицинской деятельности; жесткие требования и правила осуществления медицинской деятельности; дискриминация негосударственных медицинских организаций при распределении объёмов медицинских услуг между участниками Территориальных программ обязательного медицинского страхования; ограниченное бюджетное финансирование медицинских организаций и рост цен на лекарственные препараты, медицинское оборудование, расходные материалы; коррупция; давление санэпидслужбы; несовершенство законодательства; непредсказуемость нормативов; высокие ставки налоговых отчислений.

Несмотря на существующие барьеры, осознание ценности здоровья человека, повышение благосостояния граждан страны, развитие информационных технологий, появление новых инновационных методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации привлекают на рынок медицинских услуг Краснодарского края новых поставщиков медицинских услуг.

Дальнейшему развитию конкуренции на рынке медицинских услуг будет способствовать реализация интеграционного потенциала системы медицинских услуг, в том числе на основе государственно-частного партнерства и кластерной организации региональной системы медицинских услуг. Основной целью интеграции является достижение конкретного экономического результата – повышение конкурентоспособности медицинских организаций и услуг, которые оказывают эти организации.

ГЛАВА 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Регулирование рынка медицинских услуг

Существующие нормативно-правовые акты Правительства Российской Федерации дают право государственным бюджетным и автономным учреждениям, при осуществлении в качестве основной уставной деятельности в медицинской сфере, получать доход от оказания платных медицинских услуг, который может быть освобожден от уплаты налога на прибыль при выполнении ряда условий, регулируемых налоговым законодательством.

Следует сказать, что на этапе становления находятся практические механизмы государственно-частного партнерства в контексте выстраивания стратегии и тактики оказания платных услуг в системе обязательного медицинского страхования, требует активной проработки порядок формирования программ в системе добровольного медицинского страхования.

Ведение медицинской деятельности, будь то предоставление бесплатной медицинской помощи по программам госгарантий или оказание платных медицинских услуг, согласно утвержденному прейскуранту, регулируется законодательством Российской Федерации, требуя строго соблюдения работниками медицинской сферы, в том числе и ряда приказов Минздрава и Минздравсоцразвития. Часто, несмотря на законодательно установленные правила, права пациентов, обращающихся за получением медицинской помощи, нарушаются медицинскими организациями. Отсутствие стандартов качества оказания медицинской помощи, незаконная медицинская деятельность – стали главными причинами, которые ведут к массовым врачебным ошибкам.

Вопросы медицинского права обеспечивают защиту прав пациентов, которые пострадали от врачебных ошибок или получили инвалидность, координируют судебно-медицинскую экспертизу, медико-социальную экспертизу, военно-врачебную экспертизу, экспертизу временной нетрудоспособности, определяют степень утраты профессиональной трудоспособности и размер возмещения вреда здоровью (морального вреда).

В то же время медицинской деятельности необходимо юридическое сопровождение для защиты от произвола лицензирующих и контролирующих органов, потребительского экстремизма пациентов, а также для получения достоверной информации в области законодательства в сфере здравоохранения.

Здравоохранение является отраслью профессиональной деятельности и одновременно отраслью национальной экономики, сочетающей единство цели и значения выполняемых функций, состоящих в охране здоровья, и применяемых способов достижения цели, определяющих технологии лечения, медицинские технологии, которой требуется регулирование. Таким образом, современному рынку медицинских услуг и его объектам также требуется государственное регулирование.

В общественном устройстве имеются четыре сектора отрасли здравоохранения, в которых роль государства является приоритетной:

1) политика в области здравоохранения, важнейшие решения которой необходимо принимать на высоком государственном уровне, в виду того, что выбор основных ценностей оказывает влияние на многие аспекты общественной жизни;

2) стратегические решения, касающиеся ресурсов здравоохранения и аналогичные вопросы инфраструктурного характера относительно персонала (подготовки, проверки и лицензирования), крупного капитального строительства, приобретения дорогостоящего оборудования и деятельности в области исследований и развития, так как эффективное использование ограниченных ресурсов определяет дальнейшее развитие всей системы;

3) меры регулирования общественной безопасности – контроль центральными органами вопросов регулирования относительно новых лекарственных препаратов и методов лечения, а также процедуры лицензирования поставщиков медицинских услуг;

4) вопросы мониторинга, оценки и анализа состояния здоровья граждан и работы служб системы здравоохранения.

Для регулирования сферы медицинских услуг применяются различные методы управления:

1. Административные методы, которые вырабатывают вышестоящие органы управления. Эти методы требуют обязательного исполнения и более присущи государственному сектору здравоохранения, объекты которого находятся в собственности у государства. Административным методам свойственны регулирующие влияния, которые формируются законами, постановлениями, правилами, нормами, распоряжениями, приказами, направленными сверху вниз. Следовательно, регулирование деятельности объектов и субъектов на рынках медицинских услуг осуществляется через создание нормативно-правовой базы, принимаемой на основании складывающейся ситуации в обществе, а также в условиях, обусловленных экологическими катастрофами, эпидемиями и другими форс-мажорными обстоятельствами. Устанавливаемые на государственном уровне стандарты, нормы, правила и порядки предполагают обязательное исполнение всеми производителями медицинских услуг, в независимости от их мнения и желания, и если, установленные меры не исполняются, виновные лица наказываются государством.

2. Экономические методы, присущие рыночному регулированию. Такие методы основываются на материальной заинтересованности участников рынка медицинских услуг по достижению своих целей и более всего подходят для негосударственного сектора медицинских услуг, объекты которого относятся к частной собственности или арендуются. Экономические методы строятся на анализе затрат ресурсного обеспечения охраны здоровья населения, изучении складывающихся спроса и предложения в сфере медицинских услуг, выявлении причин заболеваемости граждан и тенденций трансформации механизмов и инструментов системы здравоохранения на макроуровне и на микроуровне, опираясь на результаты исследования рынков и потребителей. Воздействия в форме управления и регулирования устанавливаются соглашениями, контрактами, договорами в виде обязательств, условий и т. д. Для

экономических методов регулирования характерны: высокая гибкость, возможность быстрой отладки и установления взаимосвязи между итогами деятельности участников этой сферы и масштабами поощрения или наказания.

3. Социально-психологические методы, основанные на моральном стимулировании, убеждении и опирающиеся на морально-этические общественные нормы, среди которых: взаимопонимание, взаимоуважение и взаимодействие. Они строятся на межличностных отношениях и использовании социально-психологических закономерностей развития личности и трудовых коллективов. Социально-психологические методы нашли применение как в государственном, так и в негосударственном секторах здравоохранения. Мотивация целеориентированной, эффективной, результативной деятельности объектов и субъектов рынка медицинских услуг, которая нацелена на повышение объёмов и улучшение качества медицинских услуг, удовлетворяющих потребности пациентов, способна с помощью внешнего воздействия преобразоваться в собственную волю производителей медицинских услуг, ослабляя при этом неблагоприятный эффект от принуждения.

Целью регулирования рынка медицинских услуг ставится взаимосвязанная деятельность его участников, обеспечивающая поддержание и укрепление здоровья граждан, сокращение заболеваемости, увеличение продолжительности жизни населения. Управление государственным сектором медицинских услуг направлено на обеспечение граждан медицинскими услугами на принципах общедоступности и охрану общественного здоровья, под которой подразумевается предотвращение болезней, увеличение продолжительности жизни и обеспечение умственного и физического здоровья населения, эффективная жизнедеятельность людей, обеспечиваемая предпринимаемыми в обществе организованными усилиями по оздоровлению окружающей среды, борьбой с инфекциями, обучением граждан правилам личной гигиены, организацией врачебной и медицинской помощи для ранней диагностики и профилактики заболеваний.

Регулирование представляется оправданным только в тех случаях когда, во-первых, можно с полным основанием предположить, что оно позволяет выполнить поставленные задачи и, во-вторых, когда при регулировании исключаются какие-либо серьезные негативные экономические и финансовые последствия для состава и качества оказываемых медицинских услуг. С целью решения этих задач, механизмы и инструменты регулирования должны быть достаточно гибкими и применяться с учетом большого числа различий. Различия, имеющие технический, географический и демографический характер и не выходящие за границы ограничений, определяемых национальными нормативно-правовыми актами, присущи демократическому обществу. Крайне важно отметить, что эффективному регулированию сопутствуют мониторинг и оценка конечных результатов, в то время как объём затраченных ресурсов отступает на второй план. Также достижению эффективности процесса регулирования способствуют тщательно разработанные меры, опирающиеся на принципы конкуренции.

Оказание платных медицинских услуг в Российской Федерации регламентируют нормативно-правовые документы (Приложение 3).

В качестве основных документов, регулирующих оказание платных медицинских услуг, выступают Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей». К сожалению, специальные законы, регулирующие рынок платных медицинских услуг в настоящее время не разработаны.

Актуальный вопрос, возникающий при оказании платных медицинских услуг населению, представляет собой договор о предоставлении платных медицинских услуг, признаваемый публичным договором, при котором медицинская организация обязана оказать услуги по характеру её деятельности

в отношении каждого, кто обратился за медицинской услугой.⁶⁴ Отказ медицинской организации заключить договор, имеющей возможность предоставить потребителю (пациенту) соответствующие услуги, не допускается. Помимо этого, оказание медицинской организацией предпочтения одному лицу перед другим в отношении заключения договора не разрешается.⁶⁵ На основании п. 16 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее – Правила), договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

Согласно п. 20 Правил, в случае, если в процессе оказания платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, медицинская организация обязана предупредить об этом пациента (заказчика) и получить его согласие.

Осуществление медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности»⁶⁶ возможно только при наличии лицензии. Помимо положений этого закона, вопросы, связанные с лицензированием медицинской деятельности, определяются Постановлением Правительства «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности»⁶⁷ и Постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности».⁶⁸

⁶⁴ П. 1 ст. 426 Гражданского кодекса РФ. [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁶⁵ П. 3 ст. 426 Гражданского кодекса РФ, Определение Конституционного Суда РФ от 06.06.2002 г. № 115-О. [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁶⁶ Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 30.10.2018) «О лицензировании отдельных видов деятельности». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_113658/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁶⁷ Постановление Правительства РФ от 21.11.2011 № 957 (ред. от 10.11.2018) «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122062/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁶⁸ Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в

Выдачу лицензии на осуществление медицинской деятельности осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (Департамент здравоохранения).

К соискателям лицензии на осуществление медицинской деятельности и к лицензиатам, при осуществлении ими медицинской деятельности, предъявляются лицензионные требования различного объема и содержания: для лицензиатов объем таких требований выше, чем к соискателям лицензии.

Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований несет административную ответственность. Содержание полного перечня грубых нарушений лицензионных требований определяется Постановлением Правительства РФ «О лицензировании медицинской деятельности», размер санкций за медицинскую деятельность при отсутствии лицензии установлен КоАП РФ.⁶⁹

Лицензирующие органы вправе осуществлять контроль над соблюдением лицензионных требований в порядке, который устанавливается Федеральным законом «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»⁷⁰, с учетом особенностей, которые установлены законодательством «О лицензировании медицинской деятельности».⁷¹ В

частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_128742/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁶⁹ Ч. 1 ст. 6.2., ч. 2 ст. 14.1., ч. 1 ст. 19.20 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 18.03.2019). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/. (дата обращения: 20.03.2019).

⁷⁰ Федеральный закон от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ (ред. от 03.08.2018). «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_83079/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁷¹ Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 (ред. от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)).

процедуру контроля включены, в том числе, мероприятия проведения проверок по соблюдению порядков оказания медицинской помощи, которые утверждены Минздравом России, и процедуры по осуществлению мер внутреннего контроля над качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Росздравнадзором ведется сводный реестр лицензий на медицинскую деятельность, в который входят и лицензии, выданные органами исполнительной власти в субъектах Российской Федерации согласно переданным полномочиям.

Далее рассмотрим условия допуска врача к медицинской деятельности по основной медицинской специальности и по дополнительной, указанной в Номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации.

Статьей 41 Конституции Российской Федерации определено, что каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Эти положения находят своё отражение в статье 18 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,⁷² в которой делается акцент на том, что медицинская помощь, помимо доступности, должна отвечать ещё и такому критерию как «качество медицинской помощи», представляющему собой совокупность характеристик, определяющих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора мер профилактики, методов диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинских услуг, степень достижения поставленного результата при лечении.

В настоящее время обеспечение качества медицинской помощи на российском рынке медицинских услуг осуществляется через государственную координацию порядков оказания и стандартов медицинской помощи, а также,

[Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_128742/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁷² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. (дата обращения: 10.03.2019).

требований, которым должны соответствовать лица, такую помощь оказывающие.

Согласно статье 100 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», право ведения медицинской деятельности в Российской Федерации до 1 января 2026 года имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста.⁷³

Таким образом, на сегодняшний день, чтобы быть допущенным к профессиональной деятельности медицинский работник должен отвечать двум критериям:

- 1) иметь соответствующее медицинское образование (подтверждаемое полученным дипломом государственного образца);
- 2) иметь сертификат специалиста.

На основании пункта 1.2 Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»,⁷⁴ к перечню должностей специалистов с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врачам) относятся врачи-специалисты, в списке которых поименованы врачи разных специальностей. Таким образом, названная Номенклатура должности всех врачей-специалистов (как родовую категорию) делит на определенные виды врачей по их специализации в соответствующей сфере медицины (акушерстве и гинекологии, педиатрии, неврологии, эндоскопии). Эту свою специализацию врач как раз и должен подтверждать соответствующим сертификатом.

⁷³ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. (дата обращения: 10.03.2019).

⁷⁴ Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 г. № 27723). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143980/. (дата обращения: 17.12.2018).

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»,⁷⁵ наличие сертификата специалиста по профессии свидетельствует о достижении его обладателем уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности. Лицам, получившим среднее или высшее профессиональное медицинское образование в Российской Федерации, сертификат выдается государственными образовательными или научными организациями в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности. Сертификат действует пять лет на территории Российской Федерации.

Сертификат выдается по специальностям, предусмотренным Приказом Минздрава России «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».⁷⁶ Следовательно, врачу-специалисту, осуществляющему различные виды медицинской деятельности, необходимо получать сертификат по каждой из специальностей.

Специфика медицинской деятельности такова, что для получения сертификата специалиста врачу необходим определенный уровень образования, не исчерпывающийся дипломом о высшем медицинском образовании. Первичная основная медицинская специализация врачей осуществляется через послевузовское профессиональное образование в форме интернатуры или (и) клинической ординатуры, подтверждаемое соответствующим дипломом

⁷⁵ Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н (ред. от 26.03.2016) «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144466/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁷⁶ Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (ред. 11.10.2016) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_188955/. (дата обращения: 17.12.2018).

(дипломами) об освоении основной профессиональной образовательной программы по определенной медицинской специальности.

Однако подобные формы профессионального образования – не единственные формы первичной медицинской специализации. В пункте 2 Приказа Минздравсоцразвития «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»⁷⁷ говорится, что в случае смены врачом-специалистом профиля специальности, которая требует специальной подготовки и квалификации, его назначают на должность врача-стажера на время прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки, в ходе которой будут получены специальные знания, умения и навыки, необходимые для самостоятельной работы врачом-специалистом, и выдан сертификат по специальности, соответствующей стажировке. Аналогичное положение закреплено и пунктом 4 Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»:⁷⁸ «профессиональная переподготовка проводится в обязательном порядке для работников, планирующих выполнение нового вида медицинской или фармацевтической деятельности». Однако врач может одновременно выполнять разные виды медицинской деятельности.

⁷⁷ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н (ред. 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/. (дата обращения: 17.12.2018).

⁷⁸ Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_134807/. (дата обращения: 17.12.2018).

Таким образом, анализ российских нормативных актов позволяет сделать вывод о том, что дополнительная врачебная специализация может быть получена медицинским работником через интернатуру, ординатуру или через профессиональную переподготовку. А в соответствии с пунктом 8 Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях», для профессионального образования, полученного в процессе профессиональной переподготовки, необходим нормативный срок подготовки свыше 500 часов при любой форме обучения. Поэтому, если у врача отсутствуют документы об окончании интернатуры, ординатуры или диплом о дополнительной профессиональной переподготовке в указанном объёме часов, то он объективно не является специалистом в этой сфере медицины, а, значит, не может получить соответствующий сертификат и не может быть допущен как врач к выполнению трудовых обязанностей по соответствующей специальности.

Понятие профессионализма медицинского работника включает не только знания, умения, принципы и правила поведения, но строится и на поддержании современного профессионального уровня, владения и критического восприятия информации, способности принимать обоснованные решения по отношению к пациентам, обладании высокими этическими принципами. Всё это требует от медицинского работника постоянного самосовершенствования. Профессиональный рост не является исключительно личным делом каждого работника, т.к. напрямую влияет на качество оказываемой медицинской помощи.

Действующее трудовое законодательство в этой связи возлагает определенные обязанности и на работодателя врача – медицинскую организацию. В Трудовом кодексе Российской Федерации указано, что «необходимость подготовки и переподготовки кадров для собственных нужд

работодатель определяет самостоятельно».⁷⁹ Однако федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации может быть установлено, что повышение квалификации является условием выполнения работниками определенных видов деятельности. В таких случаях работодатель обязан организовать обучение.

В частности, статьей 73 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», среди основных обязанностей медицинских работников называется обязанность «совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Соответствующие правовые акты Российской Федерации устанавливают обязанность повышения квалификации для медицинских работников не реже одного раза в пять лет в течение всей их трудовой деятельности. Значит, с такой периодичностью врач-специалист должен обучаться по дополнительным профессиональным программам по каждой из медицинских специальностей, постоянно подтверждая свою квалификацию и продляя свой сертификат (нормативный срок обучения – не менее 500 часов). Отсутствие документов, удостоверяющих такое обучение должно препятствовать допуску врача-специалиста к выполнению трудовых обязанностей.

Рассмотрев регулирование рынка медицинской деятельности в Российской Федерации, можно заключить, что:

1) целью регулирования рынка медицинских услуг является взаимосвязь деятельности его участников для поддержания и укрепления здоровья населения, сокращения заболеваемости, увеличения продолжительности жизни;

3) медицинская деятельность, которая осуществляется юридическими лицами всех организационно-правовых форм, а также индивидуальными

⁷⁹ Ст. 196 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 27.12.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/. (дата обращения: 27.12.2018).

предпринимателями, подлежит лицензированию в порядке, устанавливаемом Минздравом России;

4) для осуществления медицинской деятельности врач по каждой из реализуемых им специальностей в соответствии с Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации (хоть основной, хоть дополнительной) должен иметь следующие документы:

- документ о высшем медицинском образовании;
- диплом об окончании интернатуры, ординатуры или диплом о прохождении профессиональной переподготовки (со сроком обучения не менее 500 часов) как подтверждение первичной медицинской специализации;
- сертификат специалиста;
- документы о повышении квалификации специалиста (каждые 5 лет).

3.2. Приоритетные направления развития рынка медицинских услуг

Как было рассмотрено выше, интеграция коммерческих медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования на основе государственно-частного партнерства, способствует росту конкуренции за освоение ресурсов в системе обязательного медицинского страхования и заставляет частные клиники повышать качество обслуживания пациентов, проводить техническое переоснащение, тем самым, улучшая общее качество предоставления медицинских услуг.

Но на данный момент развитию государственно-частного партнерства сектора частных медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования препятствуют существующие проблемы, среди которых:

1) недостаток средств внутри самой системы обязательного медицинского страхования, обусловленный ухудшением экономической ситуации в стране и «теневой» занятостью во многих отраслях экономики. Недостаточность ресурсов в системе обязательного медицинского страхования зачастую приводит к возникновению конфликтов между региональными властями и

частными медицинскими организациями в вопросах объёма медицинских услуг, оказываемых пациентам;

2) отсутствие единой программы госгарантий, конкретизирующей объём медицинской помощи, в данный момент Территориальными программами государственных гарантий предусмотрена возможность каждому региону решать самостоятельно, на чем экономить.

У региональных фондов обязательного медицинского страхования существует возможность косвенно влиять на размер прибыли и возможность работать частным медицинским организациям в системе обязательного медицинского страхования, используя следующие рычаги:

- методы оплаты оказанных медицинских услуг;
- регулирование доступа в систему обязательного медицинского страхования;
- определение величины тарифа стоимости медицинской услуги.

По данным «РБК Исследования рынков»,⁸⁰ участие в программе обязательного медицинского страхования отягощается тарифами нерыночной стоимости, наличием дополнительной отчетности и проверок, сложностями по получению возмещения за уже оказанную медицинскую помощь. Постепенно меняя подход к тарифообразованию в системе обязательного медицинского страхования, можно увеличить привлекательность государственного медицинского обслуживания для коммерческих организаций, способствуя формированию государственных заказов на оказание медицинской помощи. Так, 55 % из числа респондентов хотели бы участвовать в системе обязательного медицинского страхования при внедрении соплатежей и изменении тарифов в сторону повышения.

По мнению экспертов, к устойчивому росту российского рынка платных медицинских услуг привела политика государства в сфере здравоохранения,

⁸⁰ Журнал РБК «Платные медицинские услуги», 2016 г., № 16. [Электронный ресурс] URL: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/%D0%A0%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%B9%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB/rbcplus_None_1.pdf. (дата обращения 29.12.2018).

направленная на сокращение расходов на медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования.

В создавшихся условиях необходимо принимать меры, направленные на повышение эффективности государственного здравоохранения.

Однако, несмотря на то, что в борьбе за пациентов государственные лечебные учреждения проигрывают, на рынок ценообразования платных медицинских услуг продолжают заметно воздействовать. В частности, оборудованные за счет государственных ресурсов кабинеты магнитно-резонансной томографии и операционные, сбивают цены на рынке медицинских услуг, не давая им повышаться.

Платные медицинские услуги, которые оказывают государственные лечебные организации, способствуют снижению доступности бесплатной медицинской помощи. Очевидно наличие явного конфликта интересов: с одной стороны, медицинское учреждение, оказывая платные услуги, зарабатывает средства, в том числе и на ремонт помещений для обслуживания пациентов, с другой стороны – используя оборудование, предназначенное для реализации программы государственных гарантий (оказания бесплатной медицинской помощи), быстрее его изнашивает с целью извлечения прибыли. К тому же, получается, что пациенты, которые платят за медицинское обслуживание в государственном учреждении, получают такие же услуги, как и предъявляя полис обязательного медицинского страхования. Пациент, решивший воспользоваться платными услугами в государственной клинике, скорее всего, столкнется с очередями и прочими особенностями сервиса бесплатной медицины. Тем не менее, именно ценовым фактором часто определяется решение пациента в пользу государственной или частной клиники.

В течение ряда лет в Российской Федерации используются различные показатели и критерии для оценки эффективности деятельности организаций в системе здравоохранения, их специалистов и руководителей. Но основным результатом эффективности остается оценка качества оказываемых медицинских услуг. В меньшей мере ведется учет финансово-экономических

результатов и оценивается качество управления ресурсами медицинских организаций.⁸¹

Поэтому, рассматривая приоритетные направления развития рынка медицинских услуг, в целом, рассмотрим вопросы качества медицинских услуг, оказываемых в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Согласно данным «РБК Исследования рынков», государственный сектор медицинских услуг в целом отличает низкий процент удовлетворенности пациентов качеством полученных услуг. Полностью довольны медицинским обслуживанием, полученным в государственных медицинских организациях, только 6 % респондентов, ещё 30,4 % – остались при положительном впечатлении, имея некоторые нарекания.

Используя данные Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), рассмотрим мнения российских граждан на состояние системы здравоохранения страны и удовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи.⁸² Низкое качество медицинских услуг и непрофессионализм медицинского персонала отмечаются пациентами в числе основных причин недовольства российским здравоохранением. Результаты опроса Всероссийского центра исследования общественного мнения (ВЦИОМ) показали, что большая часть россиян отзываются о государственных поликлиниках и больницах негативно.

Следует выделить и перспективы развития частных медицинских услуг, связанные с совершенствованием механизма обязательного медицинского страхования, которые поспособствуют, наряду с увеличением финансовых ресурсов, и повышению качества медицинских услуг.

Основная особенность страховых медицинских организаций, действующих в российской сфере обязательного медицинского страхования,

⁸¹ А.А. Сайтгареева, С.С. Бударин, О.А. Волкова. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах. Вестник Росздравнадзора, № 6, 2015. Электронный ресурс] URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2017/2/17/1487339538.32298-1-3494.pdf>.

⁸² Портал ВЦИОМ. [Электронный ресурс] URL: <http://wciom.ru/>. (дата обращения 23.02.2016).

заключается в неконкурентном характере их деятельности. Действующее законодательство обязывает страховые медицинские организации заключать договоры на оказание и оплату медицинской помощи со всеми медицинскими организациями, которые внесены в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.⁸³ По программам обязательного медицинского страхования предоставляется всем застрахованным гражданам единый перечень услуг. Поэтому ценовая конкуренция в условиях бесплатного для населения страхования так же невозможна. В результате установленных ограничений страховые медицинские организации, до определенной степени, утратили статус квалифицированного покупателя медицинских услуг. Основная функция страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования сейчас заключается в оплате счетов медицинских организаций, т. е. исключительно техническое обслуживание процесса приобретения медицинской помощи.

В случае предоставления возможности всем медицинским организациям и индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, на основе государственно-частного партнерства участвовать в системе обязательного медицинского страхования и внедрении личных медицинских счетов, осуществлять контроль стоимости, объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинского обслуживания медицинскими организациями по Территориальным программам обязательного медицинского страхования, будут страховые медицинские организации. По всей видимости, расширение круга медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании приведет к увеличению нагрузки на страховые медицинские организации.

Вместе с тем, пациенты, почувствовав, что напрямую оплачивают стоимость медицинских услуг, будут внимательно изучать перечень

⁸³ Ст. 39 п. 5 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 10.03.2019).

медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальных программ обязательного медицинского страхования и станут более заинтересованы в приобретении также и полисов добровольного медицинского страхования, так как по программы по ДМС охватывают более широкий спектр медицинских услуг. Таким образом, для страховых медицинских организаций предлагаемые автором направления развития сектора частных медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства не принесут значительных изменений в направлениях и объемах деятельности страховых медицинских организаций.

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что в рамках программы госгарантий необходимо предусмотреть бесплатное предоставление следующих видов медицинской помощи:

- 1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной;
- 3) скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной;
- 4) паллиативной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями.
- 5) медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

В нашем исследовании необходимо отметить, что уже с 1 января 2015 года всем гражданам России, проходящим лечение в государственных учреждениях системы здравоохранения, доступна информация о размере средств, выделяемых на оказание медицинской помощи. Разработка механизмов по внедрению форм для индивидуального информирования застрахованных лиц о перечне и стоимости медицинских услуг находится в ведении Минздрава и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) по поручению Президента Российской Федерации.

Так, с 1 сентября 2015 года в рамках пилотного проекта по информированию населения, система начала работу в семи субъектах Российской Федерации, предоставив информацию о стоимости лечения пациентам 320 медицинских организаций. Уже к 1 декабря 2015 года к проекту были подключены почти 2 тыс. медицинских организаций из 46 субъектов Российской Федерации. В настоящее время процедура информирования стала доступной гражданам по всей стране.

С помощью данной инициативы можно сформировать у граждан объективное представление об объемах затрат государства на медицинскую помощь и предотвратить случаи коррупции в виде вознаграждения медицинским работникам.

Помимо этого, полученная информация предполагает стимулирование медицинских организаций к повышению дисциплины по отношению к качественному и достоверному учету оказанных услуг, позволяя грамотно планировать и прогнозировать, тем самым, повышая эффективность затрат в сфере здравоохранения.

Кроме того, разработчики проекта полагают, его внедрение поспособствует формированию у граждан более ответственного отношения к личному здоровью и регулярному прохождению профилактических осмотров. Целью проекта ставится повышение важности социального аспекта: граждане, зная реальную стоимость высокотехнологичной помощи, не будут воспринимать её как само собой разумеющееся. Ведь государством покрываются серьезные суммы в рамках лечения: так, процедура стентирования коронарного сосуда стоит от 112 тыс. рублей, установки сердечного клапана – более 200 тыс. рублей, а пересадки почки – более 800 тыс. рублей. Поэтому у россиян должно быть представление о том, как государство заботится о здоровье своих граждан.

Таким образом, личный медицинский кабинет является ключевым инструментом информирования о стоимости медицинского обслуживания. С помощью такого сервиса граждане смогут самостоятельно контролировать

медицинскую организацию, оказавшую услуги. Ведь, если пациент увидит набор процедур, которые ему на самом деле не оказывались, он имеет право написать жалобу в свою страховую медицинскую организацию. Страховым медицинским организациям предоставлены необходимые рычаги воздействия на медицинские организации по контролю качества и объёма медицинской помощи.

Вместе с тем, страховым медицинским организациям должны быть созданы пункты в медицинских организациях для того, чтобы пациентам, не имеющим доступа к электронному кабинету и не владеющим компьютером, иметь возможность получить в таких пунктах необходимую информацию.

По нашему мнению, приоритетным направлением развития рынка медицинских услуг может стать введение медицинских накопительных счетов для формирования, накопления средств для оплаты медицинских услуг. Так, с помощью использования накопительного метода медицинского страхования можно достичь следующие результатов:

1) получить высокую степень заинтересованности и непосредственного участия граждан в индивидуальном медицинском страховании, которое обязательно для всех категорий жителей страны;

2) прозрачность формирования стоимости медицинской помощи, сдерживание роста цен на медицинские услуги и товары;

3) контроль расходов медицинской направленности со стороны самих застрахованных, легальность платежей и стандартизации медицинской помощи;

4) возможность свободного выбора медицинской организации и специалиста при получении медицинской помощи;

5) социально ориентированную налоговую политику, обусловленную внедрением экономической и юридической ответственности, как со стороны работодателей, так и со стороны работников и членов их семей за сохранение и поддержание личного здоровья;

6) внедрение в обществе принципа «социального капитала»;

7) устранение дублирования расходов, эффективное использование финансовых ресурсов сферы здравоохранения, увеличение их объема в расчете на одно застрахованное лицо;

8) повышение престижа профессии в медицинской сфере, заработной платы и правовой защищенности медицинских работников;

9) использование безналичной формы оплаты услуг, координирование денежной массы и сдерживание инфляционного эффекта;

10) формирование реального платежеспособного спроса, позволяющего обеспечить процесс постоянного технического перевооружения отрасли и внедрение передовых медицинских технологий.

Действие накопительного метода страхования понятно и логично, ведь, существующая система добровольного медицинского страхования связывает человека с конкретным местом работы и, в случае увольнения, застрахованное лицо теряет право на получение медицинской помощи в рамках заключенного полиса, в то время как медицинский накопительный счет будет принадлежать гражданину пожизненно.

В рамках технологии медицинских накопительных счетов предполагается осведомленность гражданина об уровне квалификации медицинской организации и медицинских работников, перечне оказываемых медицинских услуг и их качестве.

Использование системы медицинского накопительного счета искореняет мотивацию в выплате «серой» зарплаты, с которой не производятся отчисления, социальные взносы отчисляются на личный медицинский счет работника, активизируя его участие в контроле по пополнению счета, средствами которого можно оплачивать медицинские услуги, т. е., фактически, получать медицинскую помощь бесплатно в рамках программы государственных гарантий и в соответствии со стандартами качества.

При введении системы медицинских накопительных счетов у медицинских работников появляется гарантия полноценной и своевременной

выплаты заработной платы, повышая ценность рабочего места и способствуя росту уровня медицинского обслуживания.

Предполагается увеличение объёма финансовых ресурсов сферы здравоохранения в связи с объединением обязательного и добровольного медицинского страхования и сокращением объёма платных медицинских услуг «теневое» сектора.

Посредством системы медицинских накопительных счетов ожидается реальное снижение коррупции, в частности, при осуществлении закупок медицинского оборудования и лекарственных средств.

Следует подчеркнуть, что система медицинских накопительных счетов способна повысить финансовую доступность медицинской помощи социально незащищенным слоям населения (детям, безработным, пенсионерам и др.). По сути, введение системы медицинских накопительных счетов сродни возврату к бесплатному медицинскому обслуживанию, созданию условий по обеспечению платежеспособности пациента, финансированию и персонифицированию государственных гарантий, возможности реализовать права граждан на получение квалифицированной медицинской помощи независимо от финансового положения и места жительства, что в условиях современной России очень актуально.

Например, в США, внедрение подобной системы начато ещё в 2004 году и было вызвано давлением возрастающих расходов на сферу здравоохранения. Благодаря доступности, простоте и личной заинтересованности граждан, можно наблюдать эффективность новой формы медицинского страхования. Так, только за первые четыре года 5 млн. американских граждан, прежде всего, работающих, из которых 30 % ранее вообще не пользовались медицинским страхованием, на добровольных началах открыли медицинские накопительные счета. Темпы роста таких счетов самые высокие среди продуктов, предлагаемых банками. Для медицинского накопительного счета средний остаток составляет 1800 долл., а для обычного расчетного счета – в среднем 550 долл. Медицинские накопительные счета в США являются единственным

социальным продуктом, позволяющим проводить электронные операции между различными секторами: страховым, инвестиционным, банковским и др.

Направления роста эффективности оказания медицинской помощи в Краснодарском крае с помощью реализации интеграционного потенциала за счет развития системы медицинского страхования в своей работе рассматривает И.П. Ковалева.⁸⁴ Однако на момент проведения указанного исследования (2013 год) введенный в действие с 2011 года механизм медицинского страхования в Российской Федерации не был четко отлажен. Тем не менее, попавшие под процесс реформирования взаимоотношения медицинских организаций и страховых компаний позволяют частично решать накопившиеся проблемы в сфере здравоохранения. При этом, благодаря длительному зарубежному опыту развития системы медицинского страхования, доказана его эффективность.

В настоящее время в России ведется разработка новой модели социально-экономического развития страны, предусматривающая использование системного подхода для развития отраслей народного хозяйства.

Однако вопреки всем заверениям по поводу бесплатности медицинской помощи, всё ещё не удастся избежать социально опасного перекоса в сторону платности медицинских услуг. Граждане остаются по-прежнему в экономически не защищенном положении и не могут участвовать в контроле стоимости получаемых медицинских услуг, их количества и качества. Наряду с этим всё острее встает проблема недостаточного финансирования отрасли здравоохранения, вызывающая у граждан справедливые претензии к качеству медицинского обслуживания, стоимости новых современных медикаментов, недостатку высокотехнологичных медицинских услуг и т. д.

Тем не менее, обсуждаемая в настоящее время в правительстве идея снижения общего размера страховых взносов, отчисляемых работодателями в

⁸⁴ Ковалева И.П. Развитие региональной системы медицинских услуг на основе межфирменной интеграции и государственно-частного партнерства. Дис. ... канд. экон. наук / И.П. Ковалева. – Майкоп, 2013. [Электронный ресурс] URL: http://www.adygnet.ru/sites/default/files/disser_kovaleva_i_p.pdf. (дата обращения: 02.09.2017).

государственные внебюджетные фонды: Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), Фонд социального страхования (ФСС) и Пенсионный фонд с 30 до 22 % (ранее 21 %) от фонда оплаты труда с одновременным повышением ставки налога на добавленную стоимость (НДС), которая бы позволила компенсировать выпадающие доходы бюджетной системы,⁸⁵ может вызвать дальнейший рост платности медицинских услуг.

Таким образом, с учетом особенностей функционирования социальной сферы в Российской Федерации, положительного зарубежного опыта и ошибок, существует возможность поэтапного введения системы накопительного страхования в сфере здравоохранения, далее – создание целостной системы социальных накопительных счетов, действующих, например, на государственное обеспечение в системе социального и пенсионного страхования, занятости населения.

3.3. Разработка механизма взаимодействия участников рынка медицинских услуг

Разработка механизма взаимодействия участников рынка медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства с использованием инструмента обязательного медицинского страхования заключается в поиске оптимальной траектории развития коммерческой медицинской организации, которая гарантировала бы обеспечение медицинской помощи высокого качества в соответствии с законодательством наряду с эффективностью коммерческого предприятия, осуществляющего, как услуги, включенные в программу госгарантий, так и платные медицинские услуги.

Медицинские организации на начальном этапе реформы здравоохранения с её рыночной ориентацией не были готовы к изменению мотивации выработки управленческих решений с позиции рационализации, высокого качества медицинских услуг, экономической эффективности, что обусловлено рядом

⁸⁵ Официальный сайт РБК. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rbc.ru/economics/15/03/2017/58c9371b9a7947ea964b2cf1>. (дата обращения 29.12.2018 г.).

факторов – низкой мотивацией и стимулированием труда, несовершенством законодательной базы и связывающих нормативных документов, отсутствием предпринимательства в сфере здравоохранения.

По нашему мнению, государственно-частное партнерство на основе использования инструмента обязательного медицинского страхования базируется на предоставлении возможности всем медицинским организациям и индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, участвовать в системе обязательного медицинского страхования.

Существующая схема взаимодействия всех участников рынка медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования представлена на рисунке 6:

Круг участников обязательного медицинского страхования представлен: территориальными фондами ОМС; страховыми медицинскими организациями (СМО); медицинскими организациями (МО).

В настоящее время допуск к работе по обязательному медицинскому страхованию предоставлен только структурам, осуществляющим деятельность в медицинской сфере и включенным в профильный реестр. Как и государственные медицинские учреждения, частные клиники получают денежные средства по тарифам, утвержденным в программах государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемых законодательной властью. Вступая в систему обязательного медицинского страхования, большинство собственников частных клиник ожидали, что смогут покрыть за счет государственных средств свои расходы, надеясь сделать свои услуги более доступными и повысить продажи. Но для большинства частных медучреждений такая система компенсаций слишком невыгодна: в негосударственных клиниках услуги стоят на 60-70 % дороже, чем обозначено в тарифах программы госгарантий, рассчитанной на государственные учреждения системы здравоохранения.

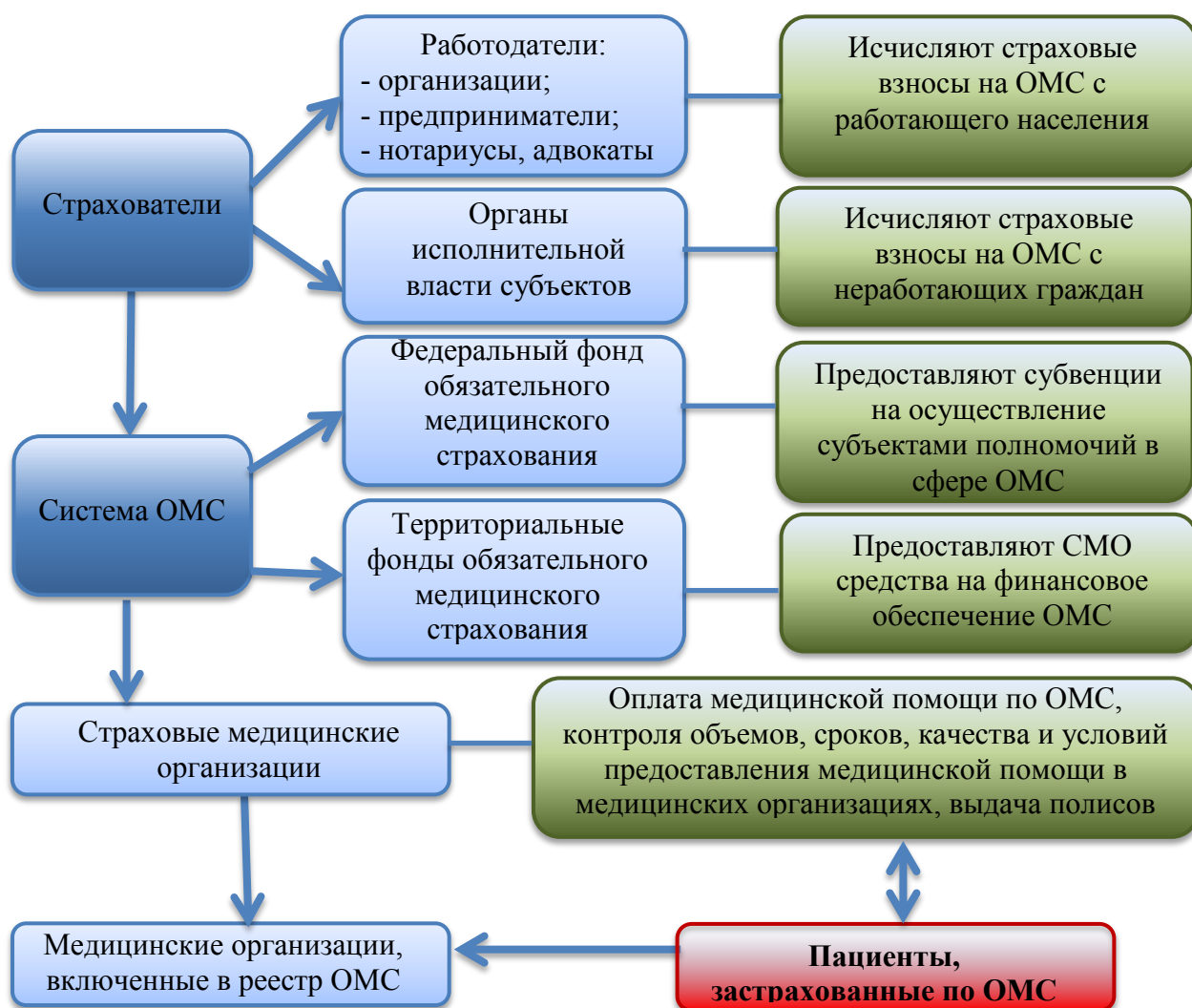


Рисунок 6 - Существующая схема взаимодействия участников рынка медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования в РФ
Источник: составлено автором.

В качестве субъектов обязательного медицинского страхования, согласно действующему законодательству,⁸⁶ выступают: застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд.

Поэтому, ведение деятельности не в убыток в системе обязательного медицинского страхования частным медицинским организациям и индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, может быть реализована при прямых оплатах от застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения.

⁸⁶ Ст. 9 Федерального Закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 11.03.2019).

Классификация форм участия населения в оплате медицинской помощи, предложенная зарубежными исследователями,⁸⁷ наряду с прямыми платежами, частным страхованием и соплатежами населения, выделяет медицинские накопительные (депозитные) счета, предполагающие покрытие расходов на медицинское обслуживание средствами, отложенными ранее самим пациентом или перечисленными его работодателем. Такой механизм участия граждан в оплате медицинских услуг является относительно новым. Накопительные счета создаются персонально на каждого гражданина. Работникам (и их работодателям) ставится в обязанность регулярное перечисление на счета определенной доли доходов. Финансирование оказанных медицинских услуг должно осуществляться с персональных счетов больных. При этом государство может также принимать участие в оплате медицинской помощи посредством различных программ. Остатки средств на счете умершего должны наследоваться его родственниками.

Предварительная накопительная система финансовых средств для оплаты медицинской помощи приближает накопительные счета к частному страхованию, которое, всё же, основано на создании солидарного объединения для застрахованных членов. В то время, как накопительные счета основываются на принципе индивидуального обеспечения, выражающегося в том, что пациент может оплачивать медицинскую помощь только со своего счета, а перечисленные им накопления должны использоваться для покрытия расходов на собственное лечение. Реализация предлагаемого механизма позволит повысить эффективность всей системы здравоохранения путем формирования персональной ответственности за произведенные расходы на личное лечение и повышения внимания к сохранению и поддержанию здоровья.

Разнообразие форм участия граждан в оплате медицинских услуг в различной степени способствует преодолению провалов на рынке медицинских

⁸⁷Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. / Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2002. – 352 с.

услуг и лекарств. Использование накопительных счетов призвано решить проблемы морального риска, характерные для каждого вида страхования. Неформальная оплата медицинских услуг позволяет сгладить некоторые дефекты, присущие государственной системе здравоохранения, однако не дает страховку от рисков, характерных для прямых платежей. Следует отметить, что ни одной из рассмотренных форм участия граждан в оплате медицинских услуг не удастся полностью нейтрализовать риски. Кроме того, если вводимой оплате не удастся решить поставленных задач, то это, чаще всего, связано с недостаточным государственным регулированием или наличием особенностей отправных условий реформ при внедрении той или иной формы.

Механизм использования для медицинского страхования индивидуальных медицинских накопительных счетов позволяет, наряду с контролем за средствами, поступающими и расходующимися на личном накопительном медицинском счету гражданина, развивать чувствительность пациентов к цене потребляемых медицинских товаров и услуг, снижать его подверженность моральному риску и способствовать сокращению масштабов потребления.⁸⁸

Главная проблема отечественной системы здравоохранения заключается в неэффективном использовании средств, направляемых на медицинское обеспечение. Работающие граждане фактически четырежды платят за медицинскую помощь (налоговые платежи, зачисляемые в бюджетную систему Российской Федерации; отчисления страховых взносов на обязательное медицинское страхование; уплата страховой премии работодателями или самими работниками на добровольное медицинское страхование и личные средства). В то же время, отчисления в фонд медицинского страхования за неработающих граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляются в размерах, меньших, чем за работающих. В итоге, при существующих источниках финансирования, у

⁸⁸ Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. / Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2002. – 352 с..

граждан, как работающих, так и неработающих, отсутствует индивидуальная ответственность за расходы на собственное лечение и заинтересованность в сохранении здоровья, а не лечении наступившего заболевания.

Немаловажным фактором, негативно влияющим на эффективность системы здравоохранения, выступает отсутствие эффективного механизма привлечения внебюджетных финансовых ресурсов в отрасль здравоохранения, которые бы выступали дополнительным стимулом повышения количества и качества медицинских услуг, делая их доступными и бесплатными для всех слоев населения.

Прежняя патерналистская система основным источником финансирования отрасли определяла механизм «деньги навстречу пациенту», при котором государством осуществлялись закупки, строительство и обеспечение системы здравоохранения, а пациенты эти ресурсы только «потребляли». Поэтому и принципы планирования формировались не из расходов на количество пациентов, получивших медицинскую помощь, а на объёмные показатели, которые постоянно увеличивали затраты ресурсов, при этом не оценивая показатели эффективности и результативности их использования.

Введение системы обязательного медицинского страхования в стране стало попыткой внедрить принципы «деньги направляются за пациентом», повысить авторитет граждан при получении медицинских услуг и увязать объём финансовых ресурсов медицинских организаций с количеством обслуженных пациентов и проведенных манипуляций.⁸⁹

В настоящее время применяются оба принципа одновременно, но пациент, по-прежнему, далек от механизма оплаты медицинских услуг, если не оплачивает их за счет собственных средств, и не может лично контролировать

⁸⁹ Гришин В.В. Медицинские накопительные счета механизм эффективного управления и финансирования охраны здоровья граждан. / Право и управление XXI в., 2008, № 2(7). [Электронный ресурс] URL: <http://pravo.mgimo.ru/razdely/upravlenie/medicinskie-nakopitelnye-scheta-mehanizm-effektivnogo-upravleniya-i>. (дата обращения: 29.12.2018).

качество медицинской помощи, оказываемой в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Нормативно-подушевое финансирование медицинских организаций из бюджета привело к тому, что многие государственные медучреждения занимаются приписками, заполняя карточки и реестры на пациентов, которые фактически не обслуживались.

Концепцией развития отрасли здравоохранения предусматривается осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств и не рассматривается пациент в качестве центрального звена.⁹⁰

Многие из давно назревших проблем в сфере здравоохранения и медицинского страхования можно решить с помощью введения системы персональных медицинских счетов.

На современном этапе экономического развития России решить проблему эффективного инструмента социальной политики страны можно с помощью социальных накопительных счетов – медицинских, пенсионных, образовательных, юридических, ипотечных и других, используемых как для оплаты полученных услуг, так и для накопления средств.⁹¹

Обратимся к работам доктора экономических наук, Заслуженного экономиста Российской Федерации, помощника Председателя Счетной палаты Российской Федерации Гришина В.В., описывающим механизм и перспективы внедрения медицинских накопительных счетов (МНС) с целью эффективного

⁹⁰Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/. (дата обращения: 29.12.2018).

⁹¹Гришин В.В. Медицинские накопительные счета механизм эффективного управления и финансирования охраны здоровья граждан. / Право и управление XXI в., 2008, № 2(7). [Электронный ресурс] URL: <http://pravo.mgimo.ru/razdely/upravlenie/medicinskie-nakopitelnye-scheta-mehanizm-effektivnogo-upravleniya-i>. (дата обращения: 29.12.2018).

управления и финансирования охраны здоровья граждан.⁹² В основу предложенной автором системы МНС положен ранее не применявшийся механизм финансирования, при котором средства размещаются на именном счете гражданина и могут расходоваться на оплату медицинских услуг.

В этом случае пациенту предоставляется право самостоятельно осуществлять и контролировать оплату полученных медицинских услуг. При этом, источники финансирования для каждой категории граждан могут быть разные, но пациент становится платежеспособным, выступает активным участником в системе медицинского обеспечения и имеет возможность контролировать качество медицинских услуг и их объём.

За основу предлагаемой автором системы медицинских накопительных счетов предлагается взять ранее не используемый принцип «деньги с пациентом», который реализуется путем размещения средств на именном счете гражданина и личного расходования на оплату медицинских услуг. В этом случае пациент становится главной движущей мощью развития сферы здравоохранения, сущность взаимодействия которой заключается в контакте пациента и врача, имеет реальные экономические полномочия, будучи платежеспособным и может юридически защищать свои права.

По мнению В.В. Гришина, накопительные счета будут способствовать реальному воплощению заявленной социальной политики: «человек будет главным объектом вложений со стороны государства», являясь реальным механизмом решения стратегической задачи – значительного увеличения среднего класса в стране.

Мы полностью согласны с мнением В.В. Гришина, что государство при помощи системы накопительных счетов наделит гражданина платежеспособностью, позволит легализовать процесс оплаты услуг, выведя из теневого развития платность в медицине.

⁹² Медицинские накопительные счета механизм эффективного управления и финансирования охраны здоровья граждан. – Журнал «Право и управление. XXI век». Изд-во: Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации (Москва). 2008, № 2. – С. 37-42.

В продолжение разработок В.В Гришина и с целью совершенствования организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства с использованием инструмента обязательного медицинского страхования, нами предлагается всем медицинским организациям и индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, участвовать в системе обязательного медицинского страхования. Считаем целесообразным расширить возможности использования медицинского накопительного счета в условиях дефицита средств и разработать механизм взаимодействия граждан с территориальными фондами обязательного медицинского страхования для выделения средств на свое лечение с их последующим возвратом.

Механизм взаимодействия участников рынка медицинских услуг на основе медицинских накопительных счетов предлагается следующий (рисунок 7):

1. Присвоение каждому гражданину, проживающему на территории России, личного медицинского счета (ЛМС), на котором будут формироваться средства для расходов на медицинские нужды. ЛМС должны представлять собой целевые финансовые счета, списание средств с которых допускается только на определенные направления расходов, в данном случае – расходов на оплату медицинского обслуживания, приобретение лекарственных средств и медицинских товаров. Так как с финансовой точки зрения, надежность и стабильность банковской системы Российской Федерации под вопросом, ведение ЛМС должно осуществляться территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

2. Выдача владельцу ЛМС личной медицинской карточки для осуществления расчетов по оплате врачебного приема и других медицинских услуг, в том числе на дому (с использованием мобильного терминала). Карточка должна выполнять функции страхового медицинского полиса и являться магнитным носителем истории болезни пациента.



Рисунок 7. Предлагаемая схема взаимодействия участников рынка медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства и накопительных счетов
Источник: составлено автором.

В России уже ведется выдача застрахованным гражданам электронных медицинских полисов с магнитными чипами.

В силу того, что личной медицинской карточкой можно будет оплатить исключительно медицинскую помощь и медикаменты в аптечных организациях (товары, имеющие оздоровительный и гигиенический характер), возможно

наделением этих функций существующих электронных медицинских полисов с магнитными чипами. Следовательно, можно выдавать электронную личную медицинскую карточку, объединяющую в себе: личный медицинский счет, полис медицинского страхования, электронную историю болезни и платежный документ, которым пациент сможет производить оплату медицинских услуг.

Все медицинские полисы в настоящее время, в том числе, и электронные, можно получить бесплатно, поэтому выдача личной медицинской карточки также должна осуществляться бесплатно, в дальнейшем взимать плату можно только при её утере. Полномочия по выдаче пластиковых медицинских полисов (личной медицинской карточки) следует оставить страховым организациям, имеющим право на выдачу медицинских полисов.

3. Создание каждому гражданину личного медицинского кабинета (ЛМК) на специальном портале. В личном медицинском кабинете должна содержаться история записи к специалистам, поставленные диагнозы, информация о полученных медицинских услугах и их стоимости. С помощью ЛМК гражданин должен иметь возможность записаться на прием к специалисту и оценить работу поликлиники. Отображаемые в ЛМК сведения должны быть доступны для ознакомления круглосуточно без взимания платы и иных ограничений, а информация должна предоставляться в доступной, наглядной и понятной форме. Функции по организации и функционированию ЛМК должны быть также переданы территориальным фондам ОМС, которые при отображении информации в ЛМК и её обновлении должны обеспечивать соблюдение требований законодательства Российской Федерации о персональных данных и их защиту.

Следует отметить, что в 2016 году Минздравом начата работа по реализации приоритетного национального проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий».⁹³ Данный приоритетный проект был утвержден

⁹³ Распоряжение Правительства РФ от 19.07.2017 № 1526-р «О внесении изменений в перечень услуг, утв. Распоряжением Правительства РФ от 25.04.2011 № 729-р».

Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам и начнет реализовываться поэтапно до 2025 года. Одно из ключевых мероприятий – создание личного кабинета пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных муниципальных услуг (ЕПГУ). Использование информационных технологий, как специалистами, так и пациентами, позволит сократить время, затрачиваемое на диагностику, обеспечивая методологическую поддержку в принятии решений, что положительно скажется на работе организации и лечении граждан.

Считаем, что и описанный автором сервис «личный медицинский кабинет» и «личный кабинет пациента» служат одной цели, поэтому их можно объединить.

4. Источниками формирования денежных средств, аккумулирующихся на личных медицинских счетах, для следующих категорий граждан будут:

- для индивидуальных предпринимателей и для наемных работников компаний всех форм собственности – страховые взносы, отчисляемые согласно установленным тарифам с фонда оплаты труда (для работников), с дохода (для предпринимателей);

- для государственных служащих, военнослужащих и лиц, работающих на контрактной основе, выполняя работу для государственных целей – доходы государственного федерального бюджета;

- для иностранных граждан и трудовых мигрантов – личные средства, сформированные собственными доходами и сбережениями;

- для детей (до 18 лет), неработающих пенсионеров, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования, безработных граждан, которые зарегистрированы в соответствии с законодательством о занятости – средства местных бюджетов за счет налоговых отчислений.

- для всех категорий граждан – средства ДМС, включающиеся в состав расходов для налогообложения прибыли предприятий в сумме, не превышающей 6 % от фонда оплаты труда.⁹⁴

Предлагается производить перечисления сумм на ЛМС из средств государства, определенных законодательством для льготных категорий граждан, например, обеспечение лекарственными средствами и другими адресными выплатами.

Также гражданин будет иметь право внести личные средства на свой счет или счет родственников (в частности, детей) для оплаты услуг и товаров в рамках медицинского обслуживания без ограничения источников.

Средства на ЛМС, включая поступление и расходование, не должны облагаться налогами.

5. На остаток средств, находящихся на ЛМС должны ежемесячно начисляться проценты, процентная ставка должна быть плавающая и рассчитываться в зависимости от времени нахождения средств на счете.

Помимо начислений процентов на остаток на счете, нужно предусмотреть возможность инвестирования свободных средств в крупные проекты с гарантированной прибылью (наподобие инвестирования средств пенсионных накоплений⁹⁵), что сможет принести дополнительный доход и поспособствует усилиям государства в развитии инфраструктуры.

Собственно, понятие «накопительный счет» будет иметь смысл только в ситуации, когда денежные средства на нем имеют защиту от инфляции, а накопления растут в реальном выражении, поэтому, доходность от накоплений должна превышать инфляционные процессы. Меры, принимаемые

⁹⁴П. 16 ст. 255 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая)» от 05.08.2000 № 117-ФЗ (ред. от 29.07.2017). [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=LAW&n=218209&dst=4294967295&req=doc&rnd=285391.60936926#0>. (дата обращения 20.09.2017).

⁹⁵Гл. 9 Федерального закона от 24.07.2002 № 111-ФЗ (ред. от 03.08.2018). «Об инвестировании средств для финансирования накопительной пенсии в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37863/. (дата обращения 27.12.2018).

государством, в этом направлении позволяют надеяться на реальное выполнение намеченных показателей.

В настоящее время наметилась тенденция по сохранению гражданами своего здоровья, совпадая с усилиями государства в социальной сфере. Опыт функционирования системы обязательного медицинского страхования показывает, что часть средств по итогам года будет оставаться на счетах граждан. Таким образом, здоровые граждане и граждане, следящие за своим здоровьем, имеют возможность через несколько лет накопить определенную сумму на ЛМС.

К тому же, собственные средства, с личного счета, потраченные на сохранение и поддержание собственного здоровья, надежнее любого аргумента помогут эффективнее всего убедить соотечественников в том, что здоровье – это главная личная ценность, способствуя стимулированию самосохранительного поведения граждан.

Следовательно, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию лицо сможет полагаться не только на обязательства государства в медицинской сфере, но и рассчитывать на свои социальные накопления, имея возможность передавать средства ЛМС по наследству членам семьи.

6. В случае отсутствия (недостатка) средств на ЛМС, гражданин вправе обратиться в территориальный фонд ОМС с заявлением о выделении средств на свое лечение с последующим возвратом средств и начисленных на них процентов. Лимиты и сроки погашения (возврата) средств должны устанавливаться территориальными фондами ОМС, исходя из возраста застрахованного, его стажа работы за последние несколько лет и заработной платы.

При этом, процентная ставка за пользование средствами должна быть равна ставке, начисляемой на остаток средств, находящихся на счете. Территориальные фонды ОМС не должны зарабатывать, выделяя, фактически, средства других застрахованных граждан. Доход территориальных фондов

ОМС может формироваться только за счет превышения выделенных средств (за счет собственных ресурсов) над поступлениями.

7. Возложить контроль стоимости, объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями по Территориальным программам обязательного медицинского страхования на страховые медицинские организации.

При этом, стоимость услуг, получаемых пациентами по обязательному медицинскому страхованию, не должна отличаться в большую сторону от стоимости услуг, оказываемых на платной основе. Медицинские организации должны предоставлять по запросу экспертов информацию, необходимую для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и экспертизы стоимости медицинской помощи. С этой целью стоит обязать все медицинские организации создать собственные сайты (как установлено законодательно для образовательных организаций⁹⁶), тем более, что в настоящее время, практически, все медицинские организации, как частные, так и государственные, имеют сайты с целью рекламы своих услуг.

Контролировать цены на медицинские услуги для физических лиц, оплачивающих услуги за наличный расчет позволяют и внесенные с 01.07.2017 года изменения о переходе на новую контрольно-кассовую технику (ККТ).⁹⁷ Новый порядок обеспечивает передачу информации в режиме онлайн о каждом расчете на сервер Инспекции ФНС. С помощью такой технологии осуществляется контроль исчисления и своевременности уплаты налогов и сборов, автоматически выявляются нарушения, что делает незаконные манипуляции с выручкой бессмысленными.

⁹⁶ Ст.ст. 28-29 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 03.08.2018). «Об образовании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/. (дата обращения: 20.09.2017).

⁹⁷ Федеральный закон от 22.05.2003 № 54-ФЗ (ред. от 25.12.2018). «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_42359/. (дата обращения 27.12.2018).

Приведем прогнозные значения экономической эффективности введения механизма участников рынка медицинских услуг на основе накопительных счетов в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Прогнозные значения экономической эффективности механизма
взаимодействия участников рынка медицинских услуг

Показатель / Год	2020	
	Значение	Примечание
Население, тыс. чел.	146 793,7	по данным Росстата, 2018 г.
Трудоспособное население, тыс. чел.	76 223,2	по данным Росстата, 2018 г.
Численность занятых, тыс. чел.	75 268,8	по данным Росстата, 2018 г.
Среднемесячная начисленная заработная плата, руб.	55 569	по данным Росстата, 2018 г.
Нетрудоспособное население и незанятые, тыс. чел.	71 524,9	Расчет: 146 793,7 - 75 268,8
Фонд оплаты труда трудоспособного населения в мес., тыс. руб.	4 182 611 947,2	Расчет: 55 569 x 75 268,8
Страховые взносы в ФОМС с занятого населения в мес., тыс. руб.	213 313 209,3	Расчет: 4 182 611 947,2 x 5,1 %
Страховые взносы с нетрудоспособного/незанятого населения в мес., тыс. руб.	55 986 145,5	Расчет: 18 864,60 x 0,4285* x 1,162** x 71 524,9 / 12
Страховые взносы всего в мес., тыс. руб.	269 299 354,8	Расчет: 213 313 209,3 + 671 833 746,1
Сумма страховых взносов на 1 занятого чел. в год, руб.	34 008,0	Расчет: 213 313 209,3 / 75 268,8 x 12
Сумма страховых взносов на 1 нетрудоспособного/незанятого чел. в год, руб.	9393,0	Расчет: 55 986 145,5 / 71 524,9 x 12
Средние подушевые нормативы финансирования по ОМС на 1 чел. в Краснодарском крае в год, руб.	11 209,3	Устанавливаются Территориальными программами госгарантий
Среднее значение размера страховых взносов на 1 чел. в год, руб.	22 014,5	Расчет: 269 299 354,8 x 12 / 146 793,7
Экономический эффект, %	96,4	Расчет: (22 014,5 – 11 209,3) x 100 / 11 209,3

Источник: рассчитано автором

Примечание: * – коэффициент дифференциации (среднее значение для субъектов РФ); ** – коэффициент удорожания (на 2020 г. равен 1,162).

Таким образом, как показывают расчеты, на финансирование стоимости медицинских услуг в рамках программ государственных гарантий направляется только около 50 % от суммы собираемых налогов на обязательное медицинское страхование. При этом, существует ущемление работающего населения, ведь подушевые нормативы финансирования по обязательному медицинскому страхованию не зависят от статуса, размера заработной платы и возраста человека. Ведь, один гражданин может в течение своей жизни не обращаться за медицинской помощью, предусмотренной системой обязательного медицинского страхования, при этом вынужден тратить собственные средства на приобретение платных медицинских услуг, а на лечение другого – могут расходоваться средства, превышающие подушевые нормативы финансирования.

Следовательно, совершенствование организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг, на наш взгляд, зависит от модернизации системы медицинского страхования, механизм реализации которой должен соответствовать экономическим и социальным вызовам современного времени и способствовать расширению государственно-частного партнерства. В частности, позволять самим потребителям (пациентам) участвовать в контроле стоимости получаемых медицинских услуг, их количества и качества.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

На основе проведенного исследования механизма организации и экономического функционирования рынка медицинских услуг выявлены особенности формирования и развития современной системы здравоохранения в России, свидетельствующие, что российский рынок медицинских услуг представлен государственными и муниципальными медицинскими учреждениями и коммерческими медицинскими структурами. Большая часть объёма медицинских услуг принадлежит государственным медицинским учреждениям, участвующим в системе обязательного медицинского страхования, и не более трети объёма рынка медицинских услуг приходится на сектор коммерческих медицинских организаций. Финансовые потоки в сектор платных медицинских услуг поступают, в основном, за счет оплаты медицинского обслуживания средствами граждан. В частности, определено, что проблемы развития рынка частной медицины характеризуются повышенным интересом при обсуждении вопросов реформирования российской системы здравоохранения, объясняемым проводимой государством политикой значительного снижения финансирования бесплатного медицинского обслуживания населения в рамках ОМС.

В процессе разработки и обоснования приоритетных направлений совершенствования организационно-экономического механизма развития рынка медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства с использованием системы обязательного медицинского страхования, автором введено понятие личного медицинского счета (ЛМС).

Автором уточнено понятие медицинской услуги, как общественно-социального блага, производство и потребление которой происходит в результате взаимодействия участников рынка медицинских услуг и сущность медицинской услуги, заключающаяся в восстановлении и поддержании здоровья граждан как национального достояния. Определены особенности медицинской услуги: при осуществлении медицинской деятельности

предъявляются специальные требования к медицинской организации и к уровню квалификации исполнителя медицинской услуги.

В ходе работы выявлены теоретические подходы к формированию и развитию рынка медицинских услуг, представляющего собой единый национальный механизм, построенный на принципах доступности, соответствия стандартам медицинских услуг для потребителя и социально-экономической эффективности при использовании ресурсов для государства. На фоне стремительного сокращения доли государственной помощи системе здравоохранения и уменьшению перечня бесплатных медицинских услуг в рамках программ госгарантий, в секторе платных медицинских услуг, на наш взгляд, ожидается дальнейшее развитие. Однако рынок платных медицинских услуг в настоящее время слабо охвачен механизмом государственно-частного партнерства, выступающего ключевым элементом современной модели системы здравоохранения.

Исследование опыта использования зарубежных моделей организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг выявили две схожие черты: 1) стирание грани между государственной и бюджетно-страховой моделями системы здравоохранения, способствующее слиянию государственной и бюджетно-страховой моделей и осуществление в новой модели не только обязательного, но и добровольного страхования, что объединяет её с частной системой здравоохранения; 2) усиление государственного регулирования в области здравоохранения для достижения экономической эффективности и социального равенства при предоставлении медицинских услуг.

Анализ современного этапа развития рынка медицинских услуг позволил выявить резервы, имеющиеся в сфере здравоохранения: предоставление возможности всем медицинским организациям и индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, функционировать на рынке медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства в форме обязательного медицинского

страхования с участием прямых оплат от застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения существенно расширит масштабы и увеличит объёмы медицинских услуг на отечественном рынке.

Исследование рынка медицинских услуг на региональном уровне (на материалах Краснодарского края Российской Федерации) показало, что, несмотря на наличие некоторых проблем в виде дефицита медицинских кадров, территориальной дифференциации доступности и качества медицинской помощи и высокой нагрузки на первичное звено здравоохранения, в крае система здравоохранения является одной из самых развитых и имеет все необходимые элементы системы здравоохранения. Рынок медицинских услуг Краснодарского края характеризуется активным развитием доли платных услуг, охватывая всё больше рыночного пространства благодаря открытию новых специализированных и многопрофильных медицинских клиник и кабинетов частнопрактикующих врачей. Наиболее существенными препятствиями для расширения действующего рынка медицинских услуг, по мнению автора, является нехватка финансовых средств.

В работе установлено, что совершенствование организационно-экономического механизма рынка медицинских услуг напрямую зависит от модернизации системы медицинского страхования, механизм реализации которой должен соответствовать экономическим и социальным вызовам современного времени и способствовать расширению государственно-частного партнерства. Потребители (пациенты) должны участвовать в контроле стоимости получаемых медицинских услуг, их количества и качества с использованием системы медицинских накопительных счетов (ЛМС), механизм введения которых позволит создать условия по обеспечению платежеспособности потребителей медицинских услуг, финансированию и персонифицированию государственных гарантий, возможности реализовать права граждан на получение квалифицированной медицинской помощи независимо от финансового положения, статуса и места жительства.

Автором предложен механизм взаимодействия участников рынка медицинских услуг в рамках государственно-частного партнерства с использованием индивидуальных медицинских накопительных счетов, который позволяет контролировать средства, поступающие и расходуемые на личном счету, развивать чувствительность пациентов к стоимости медицинских услуг, снижать подверженность к моральному риску, способствовать сокращению обращений в медицинские организации.

Считаем целесообразным дальнейшую проработку возможности использования медицинского накопительного счета в условиях дефицита средств и разработку механизма взаимодействия граждан с территориальными фондами обязательного медицинского страхования для выделения средств на свое лечение с их последующим возвратом.

Практическое применение результатов диссертационного исследования позволяет решить проблему эффективности механизмов социальной политики страны с помощью социальных накопительных счетов – медицинских, пенсионных, образовательных, юридических, ипотечных и других, используемых как для оплаты полученных услуг, так и для накопления средств граждан.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абубакиров, А.С., Амонова, Д.С., Ананченкова, П.И., Зудин, А.Б., Снегирева, Ю.Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Монография. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2019.
2. Абубакиров, А.С., Ананченкова, П.И. Зарубежный опыт организации ОМС граждан. // Бюллетень ННИИ общественного здоровья им.Н.А.Семашко, 2018, № 6.
3. Александрова, О.Ю., Груздева, И.В. Модель реформирования муниципальной системы здравоохранения. // Экономика здравоохранения, 2013, № 9. – С. 17-26.
4. Александрова, О.Ю., Шаталов, О.А., Рябов, С.М. Организационно-правовые последствия изменения полномочий в сфере охраны здоровья граждан (анализ в процессе эволюции и в свете нового законодательства). // Экономика здравоохранения, 2011, № 9-10. – С. 54.
5. Амонова, Д.С., Расулова, Л.Н. Особенности трудовых отношений и анализ уровня конфликтности в сотовых компаниях Таджикистана. // Труд и социальные отношения, 2018, № 4. С. 85-97.
6. Амонова, Д.С., Рахматов, А.С. Предпринимательство и особенности управления трудом в условиях рынка. // Вестник университета (Российско-Таджикский (Славянский) университет), 2016, Т. 1, № 2 (53). – С. 119-124.
7. Аналитический обзор РБК «Обзор платных медицинских услуг и здорового образа жизни 2015». [Электронный ресурс] URL: http://marketing.rbc.ru/reviews//medicine2013/chapter_1_1.shtml.
8. Аналитический обзор РБК «Российский рынок частной медицины 2015». [Электронный ресурс] URL: <http://marketing.rbc.ru/research/562949995346226.shtml>.
9. Ананченкова, П.И. Деятельность бизнес-субъектов на рынке услуг медицинского туризма. // Бюллетень ННИИ общественного здоровья им.Н.А.Семашко, 2018, № 7.

10. Ананченкова, П.И. Оздоровительный и СПА-туризм: мировые тренды развития, // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2019, № 4.
11. Ананченкова, П.И. Сущность и содержание внутрифирменного обучения персонала. // Труд и социальные отношения, 2013, № 8. С. 125-130.
12. Ананченкова, П.И. Человеческие ресурсы в системе обеспечения предприятия. // Труд и социальные отношения, 2013, № 12. С. 3-12.
13. Бабкин, А.В. Специальные виды туризма. – М.: Феникс, 2008. – 250 с.
14. Баранов, И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг. [Электронный ресурс] URL: <http://www.seinstitute.ru/Files/Z6-p207-241.pdf>.
15. Баранцева, О.В. Источники финансирования медицинских услуг в современной России: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.10. – Ростов-на-Дону, 2001. – 172 с.
16. Бастиа, Ф. Экономические гармонии. Избранное. / Ф. Бастиа; Предисл. Г.Г. Сапова; Пер. с фр. Ю.А. Школенко. – М.: Эксмо, 2007. – 1197 с.
17. Беляев, Ю.М., Черненко, Э.М. Организационно-экономическое обеспечение современных стандартов медицинских услуг в зарубежных странах. // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 5: Экономика, 2012, № 1.
18. Бердникова, Е.Ф. Развитие кластеров медицинских инноваций. // Вестник Казанского технологического университета, 2013, № 7.
19. Бирюков, В.В., Гаврилов, А.Н., Иванов, С.А. и др. Формирование новых экономических отношений в России: государственные и рыночные механизмы регулирования. // Санкт-Петербургская академия управления и экономики. – Санкт-Петербург, 2010.
20. Бургонов, О.В. Образование и наука как факторы инновационного развития России. // В сборнике: Роль образования в формировании экономической, социальной и правовой культуры. – Сборник научных трудов.

Комитет по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга, 2014. – С. 21-25.

21. Варнавский, В.Г., Клименко, А.В., Королев, В.А., и др. Государственно-частное партнерство: теория и практика. // Институт государственного и муниципального управления Государственного университета-Высшей школы экономики, Центр ГЧП Внешэкономбанка. – Москва, 2010.

22. Веницкий, Д.В. Конкурентная среда как характеристика рынка негосударственных медицинских услуг. // Вестник Тамбовского университета. – Сер. Гуманитарные науки, 2008, № 4.

23. Винокурова, А.М. Институциональные изменения в сфере здравоохранения / А.М. Винокурова. // Институциональные изменения в сфере социально значимых услуг / Т.Д. Бурменко и др. – Иркутск, Изд-во БГУЭП, 2013. – С. 131-142.

24. Войцехович, Б.А., Редько, А.Н., Лебедева, И.С. Руководство к практическим занятиям «Организация и экономика предпринимательской деятельности в организации». / Учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Краснодар, 2015.

25. Войцехович, Б.А., Шапошников, Н.Н., Сахарова, П.Б. Здравоохранение как социальная функция государства. // Психология. Экономика. Право, 2013, № 4. – С. 106-114.

26. Вялков, А.И., Бобровницкий, И.П., Рахманин, Ю.А. и др. Пути совершенствования организации здравоохранения в условиях растущих экологических вызовов безопасности жизни и здоровью населения. В книге: Здоровье здорового человека Научные основы организации здравоохранения, восстановительной и экологической медицины. Руководство. – Москва, 2016. – С. 158-164.

27. Вялков, А.И., Мартынич, С.Н. Модель мониторинга формирования инновационных компетенций кадрового состава научной медицинской

организации, ориентированного на создание критически важных технологий. // Социальные аспекты здоровья населения, 2015. – С. 22.

28. Галанова, Г.И. Демографические вызовы России системе национального здравоохранения. // Менеджер здравоохранения, 2011, № 3. – С. 32-42.

29. Гата, А.С., Пантелеева, Е.В. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения. // Здравоохранение, 2012, № 10. – С. 16-34.

30. Герасимов, П.А. Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.14. – Москва, 2015. – 185 с.

31. Гильманов, А.А. К вопросу «Стратегия 2020» в сфере здравоохранения. // Сборник тезисов всероссийской научно-практической конференции «Общественное здоровье и здравоохранение XXI века: Проблемы, пути решения, подготовка кадров». 3-4 октября 2012 года. – Москва, С. 134-137.

32. Гильманов, А.А. Конкуренция на рынке медицинских услуг. Реальность. Перспективы. // Сборник научных трудов «Сбережение экономически активного населения – важнейшее условие модернизации и обеспечения благополучия страны». – Казань, 2011. – С. 77-80.

33. Гражданский кодекс Российской Федерации (ред. от 03.08.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/.

34. Григорьева, Н.С. Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий. // Государственное управление. Электронный вестник, 2015, № 51. – С. 34-55.

35. Григорьева, Н.С. Реформа здравоохранения в России: политика и управление. // Государственное управление. Электронный вестник, 2012, № 30. – С. 1.

36. Григорьева, Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. – Москва, 2013. – 344 с.

37. Гриднев, А.А., Ананченкова, П.И. Кадровый консалтинг для малого бизнеса: основные услуги и виды деятельности. // Путеводитель предпринимателя, 2013, № 20. – С. 70-76.

38. Гриднев, О.В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.03 / Гриднев Олег Владимирович; [Место защиты: Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН]. – Москва, 2015. – 48 с.

39. Губина, М.А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.14. – Санкт-Петербург, 2009. – 180 с.

40. Гурдус, В.О., Клименко, Г.Я., Кича, Д.И. и др. Моделирование и прогнозирование здоровья населения и стратегии управления здравоохранением. – Воронеж, 2014. – 170 с.

41. Гусева, С.Л. Реформирование системы управления многопрофильной поликлиникой: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.03 / Гусева Светлана Леонидовна; [Место защиты: Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ]. – Москва, 2012. – 46 с.

42. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ. [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/whr/2010/ru/>.

43. Драчева, Е.Л., Христов, Т.Т., Яворская, А.О. Страноведение. Германия. Италия. Финляндия. – М.: Книгодел, 2012. – 310 с.

44. Журавлева, Л.Б. Курортное дело с основами курортологии. Сочинский государственный университет туризма и курортного дела, Факультет туристского бизнеса, изд-во СГУТ и КД, Сочи, 2008. – 628 с.

45. Журнал РБК «Платные медицинские услуги», 2016 г., № 16. [Электронный ресурс] URL: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin>

/%D0%A0%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%B9%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB/rbcplus_None_1.pdf.

46. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 29.07.2018) «О защите прав потребителей». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/.

47. Зудин, А.Б. Научное обеспечение реформирования здравоохранения России. Дис. ... д-ра. мед. наук / А.Б. Зудин. – Москва, 2017. [Электронный ресурс] URL: http://nrph.ru/images/assets/files/disser/2017/zudin/zudin_dissertacziya.pdf.

48. Зудин, А.Б., Ломакина, Н.А. Общественное здоровье и система здравоохранения: тенденции развития государственного и частного сектора: монография. – М.: ИИЦ «АТиСО», 2016. – 137 с.

49. Зудин, А.Б., Ломакина, Н.А. Приоритетные направления реформирования системы здравоохранения. // Ученые записки Российской академии предпринимательства «Роль и место цивилизованного предпринимательства в экономике России». – Москва., 2016. – Вып. 46 – С. 163-170.

50. Зудин, А.Б., Щепин, В.О. Глобальные вызовы для российского здравоохранения. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – Москва, 2016. – Вып. 5. – С. 42-47.

51. Зудин, А.Б., Щепин, В.О. Типологизация национальных систем здравоохранения как фактор траектории реформирования. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – Москва, 2016. – Вып. 4. – С. 32-42.

52. Зудин, А.Б., Щепин, В.О. Тренды в развитии глобального здравоохранения. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – Москва, 2016. – Вып. 5. – С. 34-41.

53. Исследование рынка коммерческой медицины в России за 2016-первую половину 2017 г. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/\\$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf).

54. Канаева, О.А., Невзорова, Е.П. Реформа в здравоохранении: на пути к рынку. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 5. Экономика, 1993, № 2. – С. 3-10.

55. Ковалева, И.П. Развитие региональной системы медицинских услуг на основе межфирменной интеграции и государственно-частного партнерства. Дис. ... канд. экон. наук / И.П. Ковалева. – Майкоп, 2013. [Электронный ресурс] URL: http://www.adygnet.ru/sites/default/files/disser_kovaleva_i_p.pdf.

56. Ковалевский, М.А. Проблемы формирования российского регионального законодательства в сфере здравоохранения. // Известия высших учебных заведений. Правоведение, 2003, № 3 (248). – С. 75-88.

57. Ковалевский, М.А. Конституционно-правовой режим медицинской помощи. // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, 2008, № 4. – С. 3.

58. Ковалевский, М.А., Ковалевский, С.М. Система правовых институтов защиты от несчастных случаев на производстве как модель юридической защиты от современных медицинских рисков. // Страхование право, 2013, № 1-2 (58-59). – С. 15-29.

59. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 18.03.2019). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/.

60. Колоколов, Г.Р. Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность. «ЮРАЙТ», 2007, 173 с.

61. Колоколов, Г.Р. Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность. – «ЮРАЙТ», 2007. – 173 с.

62. Колосницина, М.Г., Шейман, М.М. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ ВШЭ, 2009. [Электронный ресурс] URL: <https://www.hse.ru/news/science/8078875.html>.

63. Конституция Российской Федерации. (ред. от 21.07.2014). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/.

64. Кохова, И.В., Белогруд, И.Н. Формирование благоприятных условий для ускорения развития въездного медицинского туризма. // Управление экономическими системами: электронный научный журнал, 2018. – № 6.

65. Кучеренко, В.З. Проблемы реформирования здравоохранения в мировом масштабе. – Москва, 2011. – 185 с.

66. Кучеренко, В.З. Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения. // Экономика здравоохранения, 2011, № 3. – С. 5-11.

67. Кучеренко, В.З., Алексеева, В.М., Афанасьева, Е.Ю. и др. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения / Учебник / Москва, 2013. Том 1-2.

68. Кучеренко, В.З., Свердлов, Ф.Ю. Анализ представленности медицинских систем медицинских организаций города Москвы. // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2015, № 1-2. – С. 63-65.

69. Кучеренко, В.З., Эккерт, Н.В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики. // Вестник Российской академии медицинских наук, 2012, № 3. – С. 4-9.

70. Кучеренко, В.З., Эккерт, Н.В., Сучков, А.В. Развитие здравоохранения до 2020 года и совершенствование паллиативной помощи. // Медицинская сестра, 2010, № 6. – С. 11-14.

71. Лисицын, Ю.П. Медицинская наука XX века: некоторые итоги. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2009, № 2. – 22 с.

72. Лисицын, Ю.П. О научных основах стратегии медицины и здравоохранения. // Общественное здоровье и здравоохранение, 2008, № 3. – С. 3-7.

73. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

74. Максимова-Ладына, Н.И. Современные тенденции развития систем здравоохранения за рубежом. // Труды СГА, 2010. №3. С. 101-117.

75. Маркс, К. и Энгельс, Ф. Сочинения, 2-е, изд. Т. 26. Ч. 1. – М.: Политическая литература, 1962.

76. Медик, В.А., Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.

77. Методические рекомендации МЗ РФ № 2002/92 от 09.10.2002 «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении». [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=403347#018184366930029805>.

78. Мониторинг состояния и развития конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг в Краснодарском крае за 2016 год. [Электронный ресурс] URL: http://economy.krasnodar.ru/standart-razvit-konkurencii/files/rezult_2016.pdf.

79. Наводничий, Р.М. Управление развитием сферы лечебно-оздоровительных услуг в России: автореферат. [Электронный ресурс] URL: <https://rucont.ru/efd/149116>.

80. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ (ред. от 25.12.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28165/.

81. Никитина, О.А. Организационно-экономические модели развития международного медицинского туризма: выбор модели для России. // Вестник Евразийской науки, 2018 № 5, <https://esj.today/PDF/56ECVN518.pdf>.

82. Норматова, Ш.М., Шарипов, З.У., Абдусаттарова, Р.Ш. Экономическое развитие сферы услуг в условиях трансформации рыночных

отношений. // Вестник Таджикского национального университета. Серия социально-экономических и общественных наук, 2018, № 2. С. 165-170.

83. Оганесян, А.А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики: диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – Москва, 2015. – 163 с.

84. Основные положения реформы здравоохранения. Официальном сайт Министерства здравоохранения США. [Электронный ресурс] URL: <https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/>.

85. Официальный сайт BusinesStat. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2010-2014 гг., прогноз на 2015-2019 гг. [Электронный ресурс] URL: <http://businesstat.ru>.

86. Официальный сайт ВЦИОМ. [Электронный ресурс] URL: <http://wciom.ru/>.

87. Официальный сайт Министерства Финансов Российской Федерации: [Электронный ресурс] URL: <http://www.minfin.ru/ru/perfomance/budget/index.php>.

88. Официальный сайт РБК. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rbc.ru>.

89. Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ach.gov.ru>.

90. Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края. [Электронный ресурс] URL: <http://kubanoms.ru/omsnakubani2.html>.

91. Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] URL: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about>.

92. Пивень, Д.В., Кицул, И.С. Вокруг саморегулирования в здравоохранении. // Менеджер здравоохранения, 2011. – № 3.

93. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/.

94. Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»). [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=207098#08224865772481642>.

95. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_128742/.

96. Постановление Правительства РФ от 21.11.2011 № 957 (ред. от 10.11.2018) «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122062/.

97. Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_134807/.

98. Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (ред. 11.10.2016) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_188955/.

99. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н (ред. от 15.06.2017) «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 № 39438). [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_188029/.

100. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 г. № 27723). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143980/.

101. Приказ Минздрава России от 23.01.2015 № 12н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок применения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.02.2015 г. № 36255). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175898/.

102. Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н (ред. от 26.03.2016) «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144466/.

103. Приказ Минздрава РФ от 05.06.1998 № 186 (ред. от 05.08.2003) «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием». [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=313682#07989323357424127>.

104. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 г. № 24516). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131200/.

105. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н (ред. 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/.

106. Приказ Росстата от 29.09.2017 № 643 «Об утверждении официальной статистической методологии формирования официальной статистической информации об объёме платных услуг населению в разрезе видов услуг». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_279670/.

107. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 г. № 19614). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110198/.

108. Принципы политической экономии. Пер. с англ. Р.И. Столпера. – Общ. ред. С.М. Никитина. – М.: Прогресс, 1983. – 416 с.

109. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (разработан Минэкономразвития России). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_282738/.

110. Раджабов, Р.К. Оценка предпринимательского климата в сфере услуг на современном этапе. // Политехнический вестник. Серия: Интеллект. Инновации. Инвестиции, 2016. Т. 2. № 2 (34). – С. 43-47.

111. Раджабов, Р.К., Ойматов, Б.Ш., Исоков, А.А. Социальная инфраструктура организации в условиях рыночной экономики. // Вестник Таджикского национального университета. Серия социально-экономических и общественных наук, 2017, № 2-2. – С. 156-160.

112. Раджабов, Р.К., Ходжаев, П.Д., Ашуров, К.Р. Некоторые особенности государственного регулирования и поддержки предпринимательства в сфере услуг. // Политехнический вестник. Серия: Интеллект. Инновации. Инвестиции, 2016. Т. 2. № 4 (36). – С. 45-51.

113. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/.

114. Распоряжение Правительства РФ от 19.07.2017 № 1526-р «О внесении изменений в перечень услуг, утв. Распоряжением Правительства РФ от 25.04.2011 № 729-р». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_220544/.

115. Реестр медицинских организаций Российской Федерации. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246-morassports>.

116. Результаты исследования КПМГ «Взгляд на перспективы развития рынка частных медицинских услуг в РФ в 2017-2019 гг.». [Электронный ресурс] URL: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/ru/pdf/2017/03/ru-ru-research-on-development-of-the-private-medical-services-market-v1.pdf>.

117. Ризокулов, Т.Р., Облокулов, В.М. Совершенствование подходов к охране здоровья населения в системе факторов человеческого развития. // Фундаментальные исследования, 2018, № 12-1. – С. 168-172.

118. Саитгареева, А.А., Бударин, С.С., Волкова, О.А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах. Вестник Росздравнадзора, 2015, № 6. [Электронный ресурс] URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2017/2/17/1487339538.32298-1-3494.pdf>.

119. Сасковец, А.А. Современные формы финансирования здравоохранения: опыт зарубежных стран и России: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.14. – Москва, 2006. – 147 с.

120. Сибурина, Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011, № 1.

121. Снегирева, Ю.Ю. Добровольное корпоративное медицинское страхование как фактор повышения качества медицинской помощи. // Сборник статей по материалам II Международной научно-практической конференции «Социально-экономические проблемы в современной науке». – М.: Научно-издательский центр «Открытое знание», 2017.

122. Снегирева, Ю.Ю. Обязательное медицинское страхование в деятельности медицинских организаций Краснодарского края. // Гуманитарно-этические и экономические последствия цифровизации. IV-е Мерцаловские чтения (31 мая 2018 г.) – Орел: Среднерусский институт управления – филиал РАНХиГС, 2018.

123. Снегирева, Ю.Ю. Особенности управления частной медицинской организацией// Труд и социальные отношения, 2017, № 4(142),

124. Снегирева, Ю.Ю. Правовое обеспечение медицинской деятельности. // Сборник статей по итогам IX Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экономики и управления в социальной сфере». – М.: ИИЦ «АТиСО», 2016.

125. Снегирева, Ю.Ю. Роль механизма обязательного медицинского страхования для развития системы медицинских услуг// Сборник статей по итогам VI Международной научно-практической конференции «Актуальные

проблемы экономики и управления в социальной сфере». – М.: ИИЦ АТиСО, 2015.

126. Снегирева, Ю.Ю., Зудин, А.Б. Кадровое обеспечение процессов реформирования системы здравоохранения. // Ученые записки Российской Академии предпринимательства, 2016, № 46.

127. Снегирева, Ю.Ю., Ломакина, Н.А. Российское здравоохранение в зеркале общественного мнения. // Сборник статей по итогам VII Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экономики и управления в социальной сфере». – М.: ИИЦ АТиСО, 2015.

128. Снегирева, Ю.Ю., Ломакина, Н.А., Зудин, А.Б. Общественное здоровье и система здравоохранения: тенденции развития государственного и частного сектора/ Монография. – М.: ИИЦ АТиСО, 2015.

129. Снегирева, Ю.Ю., Ломакина, Н.А., Зудин, А.Б. Перспективы развития рынка платных медицинских услуг в российской системе здравоохранения. // Труд и социальные отношения, 2016, № 2(134).

130. Статистический сборник «Здравоохранение в России, 2017». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf.

131. Статистический сборник «Платное обслуживание населения в России, 2017». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf.

132. Статистический сборник «Регионы России. Социально-экономические показатели, 2018». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/region/reg-pok18.pdf.

133. Статистический сборник «Россия и страны мира. 2016». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2016/world16.pdf.

134. Статья «Взгляд на перспективы развития рынка частных медицинских услуг в РФ в 2015-2017 гг.» [Электронный ресурс] URL: <http://kpmg.ru>.

135. Статья «Комплексная оценка эффективности здравоохранения». Журнал «Медицина и образование в Сибири». 2008, № 1. [Электронный ресурс] URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=222.

136. Статья «Медицинские накопительные счета – механизм эффективной социальной политики». «Советник Президента». – апрель 2008 г., № 57.

137. Статья «Медицинские накопительные счета механизм эффективного управления и финансирования охраны здоровья граждан». – Журнал «Право и управление. XXI век». Изд-во: Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации (Москва), 2008, № 2. – С. 37-42.

138. Статья «Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения Bloomberg». Официальный сайт РБК, 29.09.2016 г. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f>.

139. Струмилин, С.Г. О народно-хозяйственной эффективности здравоохранения. Экономические науки, 1966, № 5. – С. 29.

140. Таранов, А.М. Основные результаты деятельности системы ОМС за 10 лет и неотложные задачи её совершенствования. // Экономика и практика обязательного медицинского страхования, 2003, № 4. – С. 4-10.

141. Тематическое приложение к ежедневной деловой газете РБК, 28 сентября 2018, № 167 (2891). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2018/09/28>.

142. Тихомиров, А.В. Оформление института медицинского предпринимательства. // Главный врач: хозяйство и право. – 2009, № 5.

143. ТОП-100 частных многопрофильных клиник по выручке в 2017 году. [Электронный ресурс]. URL: https://vademec.ru/download/100_2.pdf.

144. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 27.12.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/.

145. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010.

146. Улумбекова, Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2012, № 5.

147. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «О лицензировании отдельных видов деятельности». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_113658/.

148. Федеральный закон от 08.02.1998 № 14-ФЗ (ред. от 23.04.2018) «Об обществах с ограниченной ответственностью». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17819/.

149. Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О некоммерческих организациях». [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8824/.

150. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

151. Федеральный закон от 22.05.2003 № 54-ФЗ (ред. от 25.12.2018) «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_42359/.

152. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 07.03.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19559/.

153. Федеральный закон от 24.07.2002 № 111-ФЗ (ред. от 03.08.2018). «Об инвестировании средств для финансирования накопительной пенсии в

Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37863/.

154. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/.

155. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/.

156. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. / Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2002. – 352 с.

157. Шейман, И.М. Зарубежный опыт реализации рыночных моделей здравоохранения. // Здравоохранение, 2009. № 4.

158. Шишкин, С., Потапчик, Е., Селезнева, Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития. // Вопросы экономики, 2013. – № 4. – С. 100.

159. Экономика здравоохранения: учебное пособие. Решетников А.В., Алексеева В.М., Галкин Е.Б. и др. / Под ред. А.В. Решетникова. 2-е изд. – М., 2010. – 272 с.

160. Arrow, K. Rationality of self and others in an economic system / Journ. Business. 1986. – vol. 59. – № 4. – pt. 2.

161. Aspenes, S.T., Nilsen T.I.L., Skaug E.A. Peak Oxygen Uptake and Cardiovascular Risk Factors in 4631 Healthy Women and Men. // Med. Sci. Sports Exerc. – 2011. – Vol. 43. – № 8. – P 1465-1473.

162. Bauman, Z. Intimations of postmodernity. London: routledge, 1992. – 264 pages. // Survival as a social construct. Theory, culture & society, (1): 1–36.

163. Benatar, S.R. A unitary health service for South Africa. // S. Afr. Med. J. - 1990. – Vol. 77. – P. 441-447.

164. Beveridge, W. Social insurance and allied services. London, 1942. // bull world health organ. 2000. – 78(6). – P. 847-55.

165. Bhagwati Jagdish In defense of globalization. Oxford, ny: oxford university press, 2004.

166. Blam, I., Kovalev, S. Commercialization of medical care and household behavior in transitional Russia. RUIG/UNRISD project on Globalization, Inequality and Health, a collaborative international project forming part of the RUIG research programme on The Social Challenge of Development. [Internet] [cited 2013 Aug 05]. Available from: http://www.ruig-gian.org/ressources/comeliau-health_Russia-Blam-Kovalev.pdf.

167. Brookes, R. Customer Satisfaction Research. - Amsterdam: ESOMAR. 1995. – 255 p.

168. Cleary, P.D. The increasing importance surveys. Now that sound exist, patient surveys can facilitate improvement. // BMJ. – 1999. – Vol. 319 (7212). P. 720-721.

169. Cronroos, C.A services quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing 1991. – Vol. 18(4). – P. 36-44.

170. Diderichsen F., Lindberg G. Better health but not for all: The Swedish public health report, 1987. // Int. J. Hlth. Serv. – 1989. – Vol. 19, № 2. – P. 221-225.

171. Dixon, I., Grand, I., Smith p. Shaping the national health service. Can market forces be used for good? King fund, 2003.

172. Donabedian, A. The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. // Science. – 1978. – Vol. 200. P. 856-864.

173. Drucker, P. Rucker p. Management challenges for the 21st century / p. Drucker. – harperbusiness, 2001. – 224 p.

174. Dube, L., Menon, K. Multiple roles of consumption emotions in post-purchase satisfaction with extended service. // International Journal of Service Industry Management. – 2000. Vol. 11(3). P. 287-304.

175. Falk, R. The making of global citizenship. // global visions: beyond the new world order 39 (brecher j.et al. Eds., 1993).

176. Garrett, I. The betrayal of trust: the collapse of global public health. New York, 2000. P. 574.

177. Gaynor, M., Vogt, W. Antitrust and Competition in Health Care Markets. – In A. J. Culyer, J. P. Newhouse, Handbook of Health Economics. – N. Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, 2000. – P. 1405-1487.

178. Gerard, F. Anderson, V., Uwe, E. Reinhardt, Peter S. Hussey and varduhi petrosyan, «it's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries», health affairs, volume 22, number 3, may/june 2003. Retrieved february 27, 2008.

179. Groenewold, J., Porter e. (eds.) World in crisis: the politics of survival at the end of the twentieth century / edited by doctors without borders/msf. London, New York: routledge, 1997.

180. Hamilton, K., Yau J. The global tug-of-war for health care workers. // migration policy institute, december 2004.

181. Khodjamurodov, G., Rechel B. Tajikistan: Health system review. Health Systems in Transition. 2010; 12 (2): 1-154.

Приложение 1

Модели систем здравоохранения

Модель здравоохранения	История возникновения	Характеристика модели здравоохранения	Применение	Достоинства модели	Недостатки модели
Государственная (бюджетная)	Основоположником системы является У. Беверидж, разработавший в 1942 г. в Великобритании доктрину социального страхования, базирующуюся на идеях общенародной социальной солидарности	Система основана на финансировании из государственного бюджета. Используется три уровня социальной защиты, ответственность основных субъектов правоотношений распределяется по схеме: государство – предоставляет базовые гарантии социальной защиты всем слоям населения; работодатель – осуществляет социальное (профессиональное) страхование наемных работников (с частичным участием работников); работник – дополнительно реализует личное страхование	Великобритания, Греция, Дания, Ирландия, Италия, Испания. Португалия, Франция	- всеобщий охват населения медицинской помощью и доступность медицинских услуг для всего населения; - ориентация на меры профилактики заболеваний и наличие широкого спектра профилактических мероприятий; - ограничение расходов на здравоохранение и государственный контроль через органы власти; - стабильность финансирования и социальная защищенность	- низкая степень индивидуальной ответственности граждан за поддержание собственного здоровья; - отсутствие конкурентной заинтересованности среди производителей медицинских услуг; - риск низкого качества медицинских услуг; - несоблюдение прав пациентов; - задержка внедрения новых технологий
Социально-страховая	Эту систему впервые в национальном масштабе ввел в Германии Отто фон Бисмарк в 1881 г.	В этой системе организации здравоохранения финансирование отрасли происходит главным образом за счет обязательного социального страхования на случай болезни. Отличительная особенность системы заключается в наличии независимых страховых фондов,	Австрия, Бельгия, Голландия, Нидерланды, Канада, Швейцария, ФРГ, Франция, Япония	- гибкость, устойчивость и многоканальность финансовых источников; - отсутствие негативного отбора, обусловленное обязательностью страхования, обеспечивающее равный доступ к медицинским услугам; - регулируемое	- содержание большого административного аппарата; - сложная система расчетов с медицинскими учреждениями; - высокие затраты на организацию страховой инфраструктуры

Модель здравоохранения	История возникновения	Характеристика модели здравоохранения	Применение	Достоинства модели	Недостатки модели
		управляемых государственными или частными страховыми компаниями, деятельность которых строго регламентируется государством		ценообразование на медицинские услуги; - контроль качества и объёмов медицинских услуг, расходов на их оказание со стороны, которая осуществляет финансирование этих расходов; - гарантированный объём бесплатного набора медицинской помощи	
Рыночная (частного страхования)	М. Портер в конце 70-х гг. XX в. и на протяжении всех последующих десятилетий развивал научное направление конкуренции	В рыночной модели здравоохранения медицинские услуги выступают в качестве любого другого товара, который можно купить или продать, применяя классические рыночные законы, не углубляясь в его социальную специфику	США	- высокое качество медицинских услуг ввиду конкуренции	- отсутствие единого государственного механизма медицинского страхования; - оказание медицинской помощи на принципах платности; - источником финансового обеспечения являются средства самого потребителя медицинских услуг

Источник: составлено автором.

Приложение 2

Основные социально-экономические показатели юга России

Регион / Показатель	Площадь территории, тыс. км	Численность населения на 1 января 2017 г., тыс. чел.	Среднегодовая численность занятых, тыс. чел.	Среднедушевые денежные доходы, руб.	Потребительские расходы в среднем на душу населения, руб.	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, руб.	Валовый региональный продукт в 2015 году, млн. руб.	Основные фонды в экономике (по полной учетной стоимости на конец года), млн. руб.	Инвестиции в основной капитал, млн. руб.	Оборот организаций здравоохранения и предоставление социальных услуг, млрд. руб.	Выручка от реализации товаров и услуг малых предприятий в здравоохранении и предоставлении социальных услуг в 2015 г., млн. руб.
Российская Федерация	17125,2	146804,4	72065,2	30744	22468	36709	64997039,3	183403693	14639835	307	279824,5
Южный федеральный округ	447,8	16428,5	7402,8	26308	21104	26964	4590595	14201426	1110446	40	23314,8
Северо-Кавказский федеральный округ	170,4	9775,8	3778,9	23431	17763	22963	1704330,8	4515820	484958	15	11519,8
Краснодарский край	75,5	5570,9	2553,2	32785	27018	28734	1946759,7	5481558	428972	27	5164,7

Источник: Статистический сборник «Регионы России. Социально-экономические показатели, 2018». [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/region/reg-pok18.pdf (дата обращения 28.01.2019).

Приложение 3

Нормативно-правовые документы, регулирующие сферу медицинских услуг

№ п/п	Документ	Принявший орган	Дата утверждения	Действующая редакция
1	Конституция Российской Федерации	Всенародное голосование, проведённое в соответствии с Указом Президента РФ от 15.10.1993	12.12.1993	ред. от 21.07.2014
2	Гражданский кодекс Российской Федерации	Государственная Дума	30.11.1994	ред. от 03.08.2018
3	Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Государственная Дума	21.11.2011	ред. от 06.03.2019
4	Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	Государственная Дума	29.11.2010	ред. от 06.02.2019
5	Федеральный закон № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»	Государственная Дума	04.05.2011	ред. от 27.12.2018
6	Федеральный закон № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»	Государственная Дума	30.03.1999	ред. от 03.08.2018
7	Закон РФ «О защите прав потребителей» № 2300-1	Верховный совет России	07.02.1992	ред. от 29.07.2018
8	Постановление Правительства РФ № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»	Правительство РФ	04.10.2012	ред. от 04.10.2012
9	Постановление Правительства № 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»)»	Правительство РФ	16.04.2012	ред. от 08.12.2016
10	Постановление Правительства РФ № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности»	Правительство РФ	21.11.2011	ред. от 10.11.2018
11	Приказ Минздрава России № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»	Минздрав России	20.12.2012	ред. от 01.08.2014
12	Приказ Минздрава России № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»	Минздрав России	08.10.2015	ред. от 15.06.2017

№ п/п	Документ	Принявший орган	Дата утверждения	Действующая редакция
13	Приказ Минздрава РФ № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием»	Минздрав России	05.06.1998	ред. от 05.08.2003
14	Приказ Минздрава РФ № 12н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок применения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»	Минздрав России	23.01.2015	ред. от 23.01.2015
15	Приказ Минздрава России № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»	Минздрав России	23.11.2012	ред. от 26.03.2016
16	Приказ Минздравсоцразвития России № 502 «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»	Минздравсоцразвития России	05.05.2012	ред. от 02.12.2013
17	Приказ ФФОМС № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 г. № 19614)	Фонд ОМС	01.12.2010	ред. от 22.02.2017
18	Методические рекомендации МЗ РФ № 2002/92 «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении»	Минздрав России	09.10.2002	ред. от 09.10.2002

Источник: составлено автором.