

УДК 338.012

ББК 65.49

© Щербакова А.А.

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ЩЕРБАКОВА АННА АЛЕКСАНДРОВНА

кандидат экономических наук, директор Инновационно-технологического центра

доцент кафедры экономики и менеджмента

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования «Вологодский государственный университет»

E-mail: annascherbakova@mail.ru

В статье выполнен анализ опыта зарубежных стран по институционализации систем здравоохранения и управлению их развитием. Рассмотрены преимущества и недостатки систем финансирования здравоохранения: государственной (система Бевериджа), страховой (система Бисмарка) и частной (рыночная система). Обосновано, что государственная система здравоохранения характеризуется большей эффективностью по сравнению с другими системами, так как она обеспечивает относительно равные или более высокие показатели здоровья населения в целом при сравнительно меньших расходах. Рассмотрена социально-страховая модель с многоканальной системой финансирования на примере Сингапура, который на сегодняшний день является лидером рейтинга стран мира по эффективности систем здравоохранения. Выявлены факторы, способствующие высокому уровню развития здравоохранения Сингапура: смешанная система финансирования, серьезный контроль за качеством медицинских услуг, приоритеты в области науки и техники, либеральная налоговая политика, высококвалифицированные кадры и оснащенность медицинских учреждений на современном уровне. Выполнен анализ развития российской системы здравоохранения за 2006 – 2013 гг. Определены институциональные направления совершенствования российской системы здравоохранения.

Система здравоохранения, институционализация, эффективность, доступность, управление, медицинская помощь.

Интеграция российской экономики в мировую, масштабы и характер деятельности социальных институтов требуют формирования новых подходов к организации управления. В новых институциональных условиях существует объективная необходимость развития системы здравоохранения на основе разработки новых идей, правовых норм, нормативных процедур и реализующих их механизмов и инструментов.

Процесс развития здравоохранения в переходной экономике характеризуется разрушением старых (деинституционализация) и формированием новых институтов (институционализация). Институционализация здравоохранения предполагает движение системы к своему институциональному равновесию. При этом любые преобразования системы обязательно связаны с определенными затратами, что обуславливает поиск оптимального пути перехода от существующей системы к перспективной.

Каждое государство стремится к оптимизации системы здравоохранения с учетом внутренних условий и на основе опыта других стран для обеспечения устойчивого улучшения состояния здоровья населения.

В связи с этой целью статьи является исследование институциональных аспектов инновационного развития систем здравоохранения. Логика исследования построена следующим образом:

- обозначить глобальные цели развития систем здравоохранения;
- выполнить анализ первичных типов систем здравоохранения;
- на основе мировой аналитики определить более совершенную модель системы здравоохранения, которая позволяет достичь высоких показателей, характеризующих состояние здоровья населения страны, при наименьших затратах;
- представить характеристику наиболее эффективной в мире системы здра-

воохранения с критическим анализом ее стратегических направлений развития;

- выполнить анализ институциональных изменений в российской системе здравоохранения в последние годы, оценить результаты реализации основных программ ее развития;

- обосновать возможности применения отдельных механизмов наиболее эффективной в мире системы здравоохранения в российской действительности.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сводит задачи стоящие перед системами здравоохранения к следующим целям [12]:

1. Улучшение здоровья населения через совершенствование государственной системы здравоохранения, проведение административных преобразований.

2. Усиление внимания к нуждам населения путем повышения качества медицинских услуг, соблюдения прав пациентов, учета потребностей и уязвимости всех групп населения.

3. Финансовая справедливость, которая предполагает формирование устойчивых финансовых институтов, обеспечивающих всеобщий доступ к услугам здравоохранения и создающих условия для выполнения предыдущих целей.

Однако в такой многофакторной отрасли, как здравоохранение, не существует универсальной модели, позволяющей обеспечить полное решение всех имеющихся проблем. Построение любой государственной системы здравоохранения должно реализовываться на основе оценки возможности решения приоритетных задач в конкретных экономических, социальных и политических условиях с учетом опыта других стран [12].

Экспертами¹ ВОЗ предложена классификация, по которой различаются три первичных типа систем здравоохранения:

¹ S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner.

1. Система государственного здравоохранения (система Бевериджа), в которой государству отводится значительная роль. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета за счет налогов организаций и населения [7]. Население страны получает медицинскую помощь в большей части бесплатно. Государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Частная медицина находится под контролем государства.

Таким образом, система государственного здравоохранения имеет следующие основные характеристики [1]: централизованное планирование, используемое для финансирования прямое налогообложение, контроль качества частично государством, частично профессиональными органами, региональное планирование, существенная экономия ресурсов, низкая оплата труда профессиональных работников; низкие административные расходы.

Наряду с этим существуют проблемы при организации здравоохранения по системе Бевериджа [1]:

- ограниченность материальных стимулов для клинической эффективности;
- необходимость государственного сдерживания расходов;
- ограниченность свободы выбора больными врача и медицинского учреждения;
- существование списков больных, ожидающих очереди на лечение;
- отсутствие разновидностей в стандартах пансиона;
- закрепление географического и социального неравенства в зависимости от относительной политической власти, которую имеют географические и социальные группы, чтобы влиять на правительство;
- ограничение внедрения новшеств с точки зрения лиц, занимающихся централизованным планированием: малые

возможности для творческого созидания и вариаций служб для удовлетворения местных интересов и потребностей;

- существование тенденции к преимущественно стационарному лечению пациентов и привлечение персонала к работе в этих учреждениях;
- низкий приоритет в развитии первичной помощи и укрепления здоровья;
- определение государством приоритетов и ценностей;
- слабая связь между центром и периферией; бюрократическая, авторитарная система управления, не подвергающаяся воздействию коммерческих рыночных методов.

2. Негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

В этой модели отсутствует единая система государственного медицинского страхования, медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе, за счет потребителей медицинских услуг [7]. Удовлетворение потребностей в медицинских услугах осуществляется посредством рынка. Государство берет на себя ответственность за обеспечение медицинскими услугами социально незащищенных слоев населения (малообеспеченных граждан, пенсионеров, безработных).

Система частного страхования здоровья имеет следующие характеристики [1]: наличие широкого диапазона медицинских учреждений для удовлетворения индивидуальных потребностей, отсутствие списков больных, ожидающих очереди на медицинское обслуживание, прямой доступ к врачам-специалистам, особое внимание, уделяемое конфиденциальности лечения, вежливости обслуживания и качеству услуг.

Проблемы, сопутствующие рыночной системе здравоохранения [1]:

- высокая стоимость медицинских услуг;
- отсутствие охвата медицинской помощью социально незащищенных слоев населения;

- судебные тяжбы по поводу качества медицинских услуг;
- высокие страховые премии для специалистов;
- ограниченность географического охвата;
- концентрация внимания на легких заболеваниях;
- неэффективное использование капитальных и людских ресурсов;
- недостаточное внимание помощи на дому и профилактике;
- ограниченное использование услуг специализированного вспомогательного персонала;
- отсутствие регулирования и контроля над качеством клинических процедур.

3. Система государственного страхования здоровья (система Бисмарка).

Эта модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики [7], так как рынок медицинских услуг функционирует вместе с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Система государственного страхования здоровья характеризуется наличием обязательного медицинского страхования практически всего населения страны при участии государства в финансировании страховых фондов. Государство выступает гарантом в удовлетворении общественно необходимых потребностей большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Таким образом, система Бисмарка обладает следующими характеристиками [1]: децентрализованное финансирование, большое внимание со стороны фондов контролю качества и контролю над расходами, возможность выбора фондов медицинского страхования населением и работодателями, наличие конкуренции между фондами и службами, разделение государственных, финансирующих органов и поставщиков служб, широкие разновидности в обеспечении пансиона для привлечения клиентов.

Проблемы, существующие при системе Бисмарка [1]:

- недостаточное географическое и социальное равенство в доступе к медицинской помощи;
- высокая стоимость медицинских услуг за счет конкуренции, которая способствует росту излишнего использования и обеспечения служб;
- слабый контроль над кадрами;
- пренебрежительное отношение к больным, относящимся к группе повышенного риска и требующим длительного пребывания в больнице, а также к тем, кто не охвачен системой государственного страхования (5 – 10% населения);
- отсутствие долгосрочного планирования;
- недостаточное развитие общественного здравоохранения, профилактической медицины, укрепления здоровья и санитарного просвещения;
- высокие административные расходы, особенно в ведении бухгалтерского учета.

Таким образом, после рассмотрения первичных типов систем здравоохранения возникает вопрос о том, какая из них является более совершенной и позволяет достичь высоких показателей, характеризующих состояние здоровья населения страны, при наименьших затратах. При этом следует отметить, что сегодня многие исследователи руковод-

ствуются данным ВОЗ: здоровье человека зависит на 20% от наследственных факторов, на 10% от здравоохранения, на 20% от экологии и на 50% от образа жизни. В связи с этим результативность системы здравоохранения не вполне верно оценивать по показателю «средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении».

Аналитиками агентства Bloomberg на основании данных ВОЗ, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка ежегодно составляется рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения (табл. 1), в основу которого положены три ключевых показателя:

- а) средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (№1);
- б) государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения (№2);
- в) стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения (№3).

В 2014 году средняя продолжительность жизни граждан России составила 70,5 лет, стоимость медицинских услуг на душу населения – 887 долларов США, доля расходов на здравоохранение – 6,3% от ВВП. С этими значениями показателей российская система здравоохранения занимает последнее место в рейтинге.

Однако это является для России положительной тенденцией, так как в рейтинг включаются страны с населением от 5 млн. человек, размером ВВП на душу населения от 5 тысяч долларов США и средней продолжительностью жизни от 70 лет. В 2014 году данным критериям соответствовала 51 страна, Россия была включена в рейтинг впервые. Из стран СНГ в рейтинг вошли Белоруссия (на 42-м месте) и Азербайджан – на 50-й строчке.

Первые места заняли национальные системы здравоохранения Сингапура, специального административного района (САР) Гонконг и Италии. Средняя продолжительность жизни в Сингапуре – лидере рейтинга – составляет 82,1 года, доля расходов на здравоохранение в экономике – 4,5%, а затраты на здравоохранение на душу населения – 2426 долларов США.

Если рассмотреть эффективность системы здравоохранения в зависимости от ее типа, то формируется неоднозначная ситуация: в рейтинге страны с системой государственного здравоохранения (Гонконг, Великобритания, Италия, Китай, Израиль) и системой государственного страхования здоровья (Сингапур, Германия, Франция, Швейцария, Канада, Япония) чередуются. Таким образом,

Таблица 1. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения

2014 г.	2013 г.	Страна	Рейтинг	№1	№2	№3
1	2	Сингапур	78,6	82,1	4,5	2426
2	1	Гонконг	77,5	83,5	5,3	1944
3	6	Италия	76,3	82,9	9,0	3032
4	3	Япония	68,1	83,1	10,2	4752
7	4	Израиль	65,4	81,7	7,0	2289
8	19	Франция	64,6	82,6	11,8	4690
10	14	Великобритания	63,1	81,5	9,4	3647
21	17	Канада	52,9	81,2	11,0	5741
23	30	Германия	51,6	80,9	11,0	4683
26	37	Китай	49,5	75,2	5,3	322
44	46	США	34,3	78,7	17,2	8895
50	48	Бразилия	23,9	73,6	9,3	1056
51	–	Россия	22,5	70,5	6,3	887

Источник: Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>

можно заключить, что для повышения эффективности системы здравоохранения требуется существенное вмешательство в нее государства.

При этом государственная система здравоохранения характеризуется большей эффективностью по сравнению с другими системами, так как она обеспечивает относительно равные или более высокие показатели здоровья населения в целом при сравнительно меньших расходах. Однако в социальных вопросах с точки зрения общественного интереса цель экономического развития должна заключаться не в получении прибыли, а в максимизации социального благосостояния граждан, важнейшей составляющей которого является состояние здоровья человека.

В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. Наибольший интерес и актуальность в настоящее время представляют именно эти модели со смешанными, многоканальными системами финансирования. Ярким примером подобной системы является здравоохранение Сингапура. В Сингапуре действует система индивидуальных медицинских счетов. Продолжительность жизни в Сингапуре достаточно высокая, а смертность детей значительно ниже (этот показатель более информативен при оценке эффективности системы здравоохранения). При этом если проанализировать расходы на здравоохранение как долю ВВП, то в Сингапуре эти расходы в 2014 году составили 4,5% ВВП, а в тех странах, где ожидаемая продолжительность жизни при рождении выше (Италия, Япония, Франция), этот показатель в два раза выше. Также необходимо отметить, что мощности медицинских учреждений в Сингапуре значительно ниже, что говорит о рациональном использовании ресурсов. Эксперты считают [1], что успех сингапурской модели обеспечен за счет гораздо большей

свободы выбора потребителей. На долю правительства приходится менее трети всех расходов. Это значит, что каждый человек должен нести ответственность за свое здоровье и при этом не допускать ухудшения качества услуг и увеличения их стоимости. Транзакции осуществляются непосредственно между врачами и пациентами, а не между правительством и посредниками в лице страховых компаний.

Роль государства в системе здравоохранения Сингапура остается высокой, но система стимулов, которая создана в этой стране, позволяют сдерживать государственные расходы на низком уровне при сохранении высокого качества всей системы. Обязательная система медицинских сбережений, ограничение на суммы, которые могут использоваться на покупку медицинских услуг, требования совместного финансирования со стороны граждан, свобода выбора дополнительной медицинской страховки – комбинация этих факторов создала благоприятную ситуацию в сфере здравоохранения [1].

Также немаловажным фактором является приоритеты Правительства Сингапура в области науки и техники – микроэлектроника, биология, биотехнология и медицина. Значительные инвестиции поступают крупными производителями лекарств. В Сингапуре разработаны новые технологии, применяемые сегодня во всем мире, а либеральная налоговая политика государства способствует быстрому внедрению медицинскими учреждениями передовых научных разработок и достижений. Оснащенность клиник Сингапура самым современным в мире оборудованием и использование передовых медицинских технологий открывает возможности для проведения лечения в различных областях и практически любой сложности.

В стране работает Агентство по науке, технологии и исследованиям, Совет экономического развития и Международный консультационный совет, в который входят ученые с мировыми именами и лауреаты Нобелевской премии. В результате был создан уникальный научный центр «Биополис», крупнейший в мире биотехнологический кластер, в рамках которого работают девять НИИ биотехнологической и фармацевтической направленности. Штат сотрудников составляет около 4 тысяч исследователей.

В Сингапуре организован серьезный контроль над качеством медицинских услуг. Функцию контроля над безопасностью и качеством медицинских препаратов и приборов выполняет специальная организация – Инспекция здравоохранения (Health Science Authority). Девять клиник и два медицинских центра Сингапура имеют аккредитацию комиссии Joint Commission International (JCI). Аккредитация JCI является свидетельством наивысшего качества медицинского обслуживания, безопасности пациентов и применения лучших методов лечения в данной клинике.

В 2010 году министр здравоохранения Сингапура сказал, что здравоохранение является большой проблемой для каждой страны. «У нас есть свой опыт, но это опыт небольшого города-страны, и надо понять, насколько он применим к вашей большой стране²», – сказал Хау Бун Ванн [4].

В России система здравоохранения соответствует социально-страховой государственной модели и характеризуется многоканальным финансированием. Однако в 2014 году, по данным Росгосстраха, качеством медицинской помощи довольны только 39% населения страны. В связи с вышесказанным можно заключить, что в России внедряется

² Российской Федерации.

перспективная модель здравоохранения без учета особенностей страны и ее менталитета.

В 2006 году стартовал Национальный приоритетный проект «Здоровье», цель которого была определена как улучшение ситуации в здравоохранении и создание условий для его последующей модернизации. Были выделены основные направления проекта: обеспечение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Основное внимание было направлено на укрепление первичного медицинского звена (муниципальные поликлиники, участковые больницы) – увеличению зарплаты участковым врачам и медсестрам, оснащению медучреждений необходимым оборудованием, переобучению врачей общей практики, введению родовых сертификатов.

В *таблице 2* представлены показатели, характеризующие развитие российского здравоохранения за 2006 – 2013 гг. Сложившаяся ситуация свидетельствует о дальнейшем уменьшении показателей «занятость койки» и «среднее пребывание больного», что является положительной тенденцией с точки зрения Правительства РФ, так как в настоящее время одним из основных условий, обеспечивающих повышение эффективности использования ресурсов медицинского учреждения, является сокращение длительности пребывания больных в стационаре и увеличение оборота койки.

С точки зрения автора, устанавливаемые медико-экономические стандарты не позволяют медицинским работникам самостоятельно определять длительность лечения. В случае необходимости длительного лечения врачи вынуждены ставить новый диагноз, что приводит к увеличению показателей заболеваемо-

Таблица 2. Развитие российской системы здравоохранения

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013 г. к 2006 г., %
Число больничных коек на 10 тыс. чел. населения, койки	109	107	99	97	94	94	93	91	83,5
Численность врачей на 10 тыс. чел. населения, чел.	49,4	49,8	49,6	50,1	50,1	51,2	49,1	48,9	99,0
Заболеваемость населения, тыс. чел.	108842	109571	109590	113877	111428	113922	113688	114721	105,4
Доля родившихся детей больными от числа родившихся живыми детей, %	39,8	39,0	37,3	36,1	35,5	34,9	34,1	33,4	83,9
Заболеваемость детей в возрасте до 14 лет, тыс. чел.	37388,5	38140,5	38293,8	41302,0	40903,5	42055,8	42549,7	43155,1	115,4
Продолжительность жизни городского населения, лет	67,4	68,3	68,7	69,5	69,6	70,5	70,8	71,3	105,8
Продолжительность жизни сельского населения, лет	64,7	65,5	65,9	66,6	66,9	67,9	68,6	69,2	107,0

Источники: Российский статистический ежегодник. 2014: стат. сб. / Росстат. – М., 2014. – 693 с.; Российский статистический ежегодник. 2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 795 с.

сти, а при быстром лечении пациенту необходимо находиться в медицинском учреждении для сохранения финансирования. При этом на периферии наблюдается преднамеренное завышение показателей по количеству пациентов [6].

За анализируемый период наблюдается увеличение заболеваемости населения и детей в возрасте до 14 лет на 5,4% и 15,4% соответственно, однако по этим на первый взгляд негативным тенденциям не следует судить об эффективности системы здравоохранения, так как на здоровье человека, как было сказано выше, влияют и другие более весомые факторы.

Наиболее значимым показателем при оценке эффективности российской системы здравоохранения на мировом уровне является продолжительность жизни. За 2006 – 2013 гг. продолжительность жизни городского и сельского населения России увеличилась на 5,8 и 7% соответственно. Однако здесь возникает следующее несоответствие: в России сельское здравоохранение значительно отстает в развитии от городского, однако анализируемый показатель для сельской местности выше на 1,2%, поэтому при оценке эффективности систем здравоохранения требуется разработка комплексной методики оценки.

В 2011 году директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты, д-р мед. наук, проф. Л.М. Рошаль [3] выступил с развернутой критикой ряда реформ, проводимых Министерством здравоохранения РФ. В частности, он призвал «в два – три раза» увеличить тарифы социальных взносов в систему ОМС (сейчас – 5,1%, это предполагает рост совокупных выплат в социальные фонды с нынешних 34 до 39 – 44%), чтобы довести финансирование здравоохранения в РФ до 6 – 7% ВВП. По его расчетам, расходование в 2011 – 2012 годах 460 млрд руб. на модернизацию регионального здравоохранения даст рост расходов на сектор не выше уровня 4,4% ВВП. Также он подверг критике понятие «рентабельность» в здравоохранении и связанные с ним действия Минздрава по сокращению низкозагруженных клиник и фельдшерско-акушерских пунктов, по росту расходов на врачей общей практики без дополнительного финансирования узких специалистов, по временному и денежному ограничению расходов на одного пациента, по интеграции служб скорой помощи и клиник. Отдельно он подверг критике децентрализацию расходов на информатизацию в здравоохранении, законодательскую деятельность Минздрава (в частности, отсутствие среднесрочной

концепции развития здравоохранения), сохранение в новой системе ОМС региональной разницы в нормативах расходов системы ОМС («базовая» и «территориальная» программы).

В рамках национального проекта «Здоровье» достаточно перспективными были планы по строительству в России 14 федеральных центров высоких медицинских технологий в регионах, из них семь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», пять по профилю «травматология, ортопедия и эндопротезирование», два по профилю «нейрохирургия». Помимо региональных центров, в Москве был построен и открыт в 2011 году Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии.

Однако это центры по своей организационной структуре соответствуют уже существующим медицинским учреждениям. В этом направлении потенциально применим опыт Сингапура по созданию дополнительной инфраструктуры, позволяющей вести разработки в области медицины, техники и биотехнологии в соответствии с направлением деятельности центра. При такой организации в будущем центры могли бы получить аккредитацию комиссии JCI, которая является свидетельством наивысшего качества медицинского обслуживания, безопасности пациентов и применения лучших методов лечения.

Удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи в рамках национального проекта «Здоровье» было низким, а финансирование их оказания составляло около 30% от необходимого объема. Также в связи с необоснованными закупками медицинской техники в настоящее время наблюдаются значительные ее простои. Например, в 2008 году 10% поставленной медтехники в рамках ПНП «Здоровье»

простаивало, причем максимальное количество простоев отмечалось по лабораторному оборудованию (31%).

С 2011 по 2013 год проводилась Программа модернизации здравоохранения. Оценка реализации Программы модернизации субъектами-инициаторами содержала достаточное количество критических замечаний. В целом распределение трудностей в процессе реализации Программы модернизации по результатам контент-анализа можно представить следующим образом [5]: создание трехуровневой системы здравоохранения в регионах – 34,8%, ремонт помещений и оснащение их необходимым оборудованием – 30,4%, внедрение стандартов оказания медицинской помощи – 23,9%, информатизация здравоохранения – 10,9%.

В конце 2015 года завершится реализация первого этапа Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которая предусматривает масштабные инвестиции³ в отрасль на техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решение задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирование здорового образа жизни, повышение качества медицинских услуг. Государственная программа определяет развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года и реализуется в два этапа: первый этап (2013 – 2015 гг.) – структурные преобразования; второй этап (2016 – 2020 гг.) – развитие инновационного потенциала в здравоохранении.

Государственная программа включает 11 подпрограмм: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; «Совершенствование оказа-

³ По прогнозной оценке расходы на реализацию мероприятий Государственной программы из бюджетов всех уровней будут направлены средства в размере более 33 трлн рублей [12].

ния специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»; «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»; «Охрана здоровья матери и ребенка»; «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»; «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»; «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»; «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»; «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»; «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»; «Управление реализацией Программы».

В рамках государственной программы предусмотрено достижение к 2020 году следующих показателей [8]:

- снижение смертности от всех причин (на тысячу населения) до 11,4;
- снижение материнской смертности (случаев на 100 тыс. родившихся живыми) до 15,5 и младенческой смертности (случаев на тысячу родившихся живыми) до 6,4;
- снижение смертности (на 100 тыс. населения) от болезней системы кровообращения до 622,4, от дорожно-транспортных происшествий до 10, от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190, от туберкулеза до 11,2;
- снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь, литров на душу населения в год) до 10 и распространенности потребления табака среди взрослого населения до 25%, среди детей и подростков до 15%;
- снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения) до 35;

– увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 44,8 и достижение соотношения врачей и среднего медицинского персонала до 1:3;

– увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении (лет) до 74,3.

А также увеличение к 2018 году средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги от средней заработной платы в соответствующем регионе до 200%, а также увеличение средней заработной платы среднего медицинского персонала и младшего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе до 100%.

Таким образом, в настоящее время российская система здравоохранения, как государственный институт, находится в стадии активных институциональных преобразований, целью которых являются качественное повышение эффективности, доступности и результативности медицинской помощи населению. Однако пока результаты этих изменений не позволяют говорить о формировании эффективной национальной системы здравоохранения даже несмотря на то, что в России сегодня применена наиболее перспективная социально-страховая государственная модель с многоканальным финансированием. В связи с этим сегодня необходима разработка научно обоснованной системы стимулов, которая позволит снизить уровень государственных расходов и увеличить качество всей системы российского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко, А. Т. Принципы экономического построения систем здравоохранения [Электронный ресурс] / А. Т. Бойко. – Режим доступа : <http://szgmu.ru/content/ordinator/element2.3.3.php>
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>
3. Дело врача [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.compromat.ru/page_30694.htm
4. Итоги заседания межправительственной российско-сингапурской комиссии высокого уровня [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://news.mail.ru/politics/4501562>
5. Камкин, Е. Г. Реализация программ «Модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации»: опыт медико-социологической экспертизы [Электронный ресурс] : автореф. ... дис. канд. мед. наук / Е. Г. Камкин. – Режим доступа : <http://www.pandia.ru/text/79/088/98881.php>
6. Куда исчез нацпроект «Здоровье»? [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.aif.ru/health/life/25185>
7. Модели систем здравоохранения мира [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://duma.tomsk.ru/page/2956>
8. Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://government.ru/docs/3348>
9. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>
10. Российский статистический ежегодник. 2011 [Текст] : стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 795 с.
11. Российский статистический ежегодник. 2014 [Текст] : стат. сб. / Росстат. – М., 2014. – 693 с.
12. Шаяхметова, К. О. Проблемы развития здравоохранения Казахстана на современном этапе [Электронный ресурс] / К. О. Шаяхметова, К. Ш. Сыздыкова, Г. Б. Рахимжанова // Вестник КазНУ. – Алматы, 2010. – Режим доступа : <http://articlekz.com/article/8040>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Щербакова Анна Александровна – кандидат экономических наук, директор Инновационно-технологического центра, доцент кафедры экономики и менеджмента. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Вологодский государственный университет». Россия, 160000, г. Вологда, ул. Гагарина, д. 81. E-mail: annascherbakova@mail.ru. Тел.: (8172) 51-83-95.

Shcherbakova A.A.

INSTITUTIONAL ASPECTS OF INNOVATIVE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE

The analysis of the experience of foreign countries in the institutionalization of healthcare system and its development is described in the article. The advantages and shortcomings of healthcare financing systems (state-managed, insurance and private) are shown. It is proved that the public healthcare system is characterized by greater efficiency compared to other systems, as it provides equal or greater health outcomes to the population at relatively lower cost. The social-insurance model with multi-channel financing system on the example of the Singapore, which currently is the leader of countries in the effectiveness of health systems, is reviewed. The factors contributing to the higher level of Singapore's healthcare system development are identified. They are: a mixed funding system, strict control over the quality of medical services, priorities in science and technology, liberal tax policies, highly qualified personnel and up to date medical institutions equipment. The analysis of the development of the Russian healthcare system for 2006–2013 is provided. The institutional directions of Russian healthcare system improvement are defined.

Healthcare system, institutionalization, efficiency, availability, management, medical care.

REFERENCES

1. Boiko A. T. *Printsipy ekonomicheskogo postroeniya sistem zdravookhraneniya* [Principles of economic construction of health care systems]. Available at: <http://szgmu.ru/content/ordinator/element2.3.3.php>
2. *Gosudarstvennaya programma Rossiiskoi Federatsii "Razvitie zdravookhraneniya"* [State program of the Russian Federation "Development of healthcare"]. Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>
3. *Delo vracha* [Case of the doctor]. Available at: http://www.compromat.ru/page_30694.htm
4. *Itogi zasedaniya mezhpriatel'stvennoi rossiisko-singapurskoi komissii vysokogo urovnya* [The results of the meeting of the intergovernmental Russian-Singapore High Commission]. Available at: <https://news.mail.ru/politics/4501562>
5. Kamkin E. G. *Realizatsiya programm "Modernizatsiya zdravookhraneniya sub"ektov Rossiiskoi Federatsii": opyt mediko-sotsiologicheskoi ekspertizy: avtoref. ... dis. kand. med. nauk* [Implementation of the program "Modernization of healthcare in the subjects of the Russian Federation: the experience of the medical sociological examination: Ph.D. in Medicine thesis abstract]. Available at: <http://www.pandia.ru/text/79/088/98881.php>
6. *Kuda ischez natsproekt "Zdorov'e"?* [Where has the national project "Health" disappeared?]. Available at: <http://www.aif.ru/health/life/25185>
7. *Modeli sistem zdravookhraneniya mira* [Models of healthcare systems of the world]. Available at: <http://duma.tomsk.ru/page/2956>
8. *Ob utverzhdenii gosudarstvennoi programmy "Razvitie zdravookhraneniya"* [On the approval of the state program "Development of healthcare"]. Available at: <http://government.ru/docs/3348>
9. *Reiting stran mira po urovnyu zdravookhraneniya* [The ranking of countries by level of healthcare]. Available at: <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>
10. *Rossiiskii statisticheskii ezhegodnik. 2011: stat. sb.* [Russian statistical yearbook. 2011: statistics collection]. Rosstat [Federal State Statistics Service]. Moscow, 2011. 795 p.
11. *Rossiiskii statisticheskii ezhegodnik. 2014: stat. sb.* [Russian statistical yearbook. 2014: statistics collection]. Rosstat [Federal State Statistics Service]. Moscow, 2014. 693 p.
12. Shayakhmetova K. O., Syzdykova K. Sh., Rakhimzhanova G. B. Problemy razvitiya zdravookhraneniya Kazakhstana na sovremennom etape [Problems of development of healthcare in Kazakhstan at the modern stage]. *Vestnik KazNU* [Kazakh National University Bulletin]. Almaty, 2010. Available at: <http://articlekz.com/article/8040>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Shcherbakova Anna Aleksandrovna – Ph.D. in Economics, Director of the Innovation and Technology Center, Associate Professor at the Department of Economics and Management. Federal State-Financed Educational Institution of Higher Professional Education "Vologda State University". 81, Gagarin Street, Vologda, 160000, Russia. E-mail: annascherbakova@mail.ru. Phone: +7(8172) 51-83-95.