

Институт экономики
Российской академии наук

Кислицына О. А., Чубарова Т.В.

**СОВРЕМЕННОЕ ГОСУДАРСТВО
В СМЕШАННОЙ ЭКОНОМИКЕ БЛАГОСОСТОЯНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)**

Москва
2018

Кислицына О.А., Чубарова Т.В. Современное государство в смешанной экономике благосостояния (на примере здравоохранения). – М.: Институт экономики РАН, 2018. – 62 с.

Аннотация. В докладе на примере здравоохранения рассматривается роль государства в современной смешанной экономике. Дана характеристика государственного и частного секторов в здравоохранении с институциональной и финансовой точки зрения. Значительное внимание уделено рассмотрению взаимоотношений между различными секторами в России, отмечается усиление влияния частного сектора в области как управления, так и финансирования здравоохранения. Проанализированы опросы Росстата и других организаций для выявления отношения населения к основным параметрам системы здравоохранения, таким как доступность и качество, в зависимости от типа собственности медицинской организации. Авторы отмечают необходимость поиска баланса между государственным и частным, обязательным и добровольным с тем, чтобы обеспечить реализацию права граждан на охрану здоровья.

Ключевые слова: смешанная экономика, смешанная экономика благосостояния, сочетание государственного и частного в здравоохранении, отношение населения к системе здравоохранения

Классификация JEL: H1, H4, I1

Kislitsina O., Chubarova T. Modern State in the Mixed Economy of Welfare with Special Reference to Health Care. – Moscow: Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, 2018. - 62 p.

Abstract. The report discusses the role of the state in the modern mixed economy with special reference to health care. The characteristics of public/private mix in health system are given from an institutional and financial point of view. Considerable attention is paid to an analysis of relationship between various sectors in Russia, and growing influence of private sector in the field of both health management and financing is noted. The paper presents analysis of surveys of Rosstat and other organizations to identify population attitude to the basic parameters of the health care system, such as accessibility and quality, depending on the type of ownership of health services. The authors note the need to find a balance between public and private, obligatory and voluntary, in order to ensure the fulfillment of citizens' right to health care.

Keywords: mixed economy, mixed economy of welfare, public and private mix in health care, public attitudes to the health care system

JEL Classification: H1, H4, I1

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
РАЗДЕЛ 1. ГОСУДАРСТВО И ЭКОНОМИКА БЛАГОСОСТОЯНИЯ	6
РАЗДЕЛ 2. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ И ФИНАНСОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ	21
РАЗДЕЛ 3. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ	39
РАЗДЕЛ 4. ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
ЛИТЕРАТУРА	61

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос о роли государства в современной экономике на повестке дня. В чем, на наш взгляд, суть вопроса?

В рамках рыночной парадигмы, которая в настоящее время является методологической основой развития экономической науки, признается главенство рынка. Утверждается, что рыночный механизм является наиболее эффективным для распределения ограниченных ресурсов, которые общество использует в своей жизнедеятельности. Это важно отметить, так как смена парадигмы как схемы понимания и решения проблемы, может привести к совершенно другим выводам. При этом государству по существу отводится вспомогательная, или поддерживающая роль. Как отмечал А.Смит, его деятельность должна быть ограничена тремя функциями, а именно обеспечение мира в общества, «легкие» налоги (*easy taxes*) и разумное управление справедливостью (*tolerable administration of justice*).

В теории рыночный механизм, когда все расставляет по местам «невидимая рука», представляется крайне привлекательным, так как является предельно объективным, предлагая безличностное объяснение процессов, происходящих в экономике. Проблемы начинаются, когда ставится задача практическая – к сожалению, рыночная парадигма не дает четкого ответа на то, что конкретно нужно делать на практике. В результате, в науке подходы к пониманию действительности разделяются на «то, что должно быть» (нормативное) и «то, что есть» (позитивистское (*positive*)). Тем более, что как показывает практика, не все результаты «работы» рыночного механизма признаются обществом. Оказывается, что в ряде ситуаций вмешательство государства необходимо или желательно для обеспечения общественно приемлемых результатов. И здесь рыночная парадигма предлагает изящное теоретическое решение, признавая, что есть обстоятельства, в которых рыночный механизм объективно не может обеспечить эффективное распределение ресурсов, они объединяются в экономической теории под понятием провалы рынка.

В результате функции государства в рыночной экономике расширяются – именно оно призвано такие провалы компенсировать. Однако признание

этот факта не снимает вопроса о масштабах, направлениях его деятельности, механизмах, которые оно может использовать. Ведь перед государством ставится достаточно сложная задача – компенсировать провалы рынка, не нарушая при этом работу рыночного механизма. К тому же у государства, как у любого института, формируются свои интересы и закономерности поведения, государственный сектор подчиняется иным принципам организации хозяйственной деятельности, не связанным с получением прибыли. Обоснование необходимости государственного вмешательства при условии, что признается приоритет рынка перед государством и определение объема и конкретных форм государственного участия/вмешательства в экономику является предметом экономической науки.

Задача данного доклада - рассмотреть роль государства в системе взаимоотношений с другими секторами экономики. Здравоохранение является хорошим примером, так как с одной стороны, в этой отрасли в настоящее время активно развивается многоукладность, сосуществуют государственный и частный сектор, а с другой стороны, это очень важная сфера жизнедеятельности общества, где, помимо экономических, очевидны и социальные критерии эффективности, большое значение имеют политические и этические вопросы.

В первом разделе доклада рассмотрены общие подходы к пониманию места государства в экономике благосостояния на примере здравоохранения.

Во втором разделе обобщены имеющиеся данные о государственном и частном секторах в здравоохранении России, дана их институциональная и финансовая характеристика. В третьем разделе рассмотрены основные проблемы, возникающие при взаимодействии различных секторов в здравоохранении. Четвертый раздел посвящен обзору отношения населения страны к системе здравоохранения через призму платного и бесплатного здравоохранения.

РАЗДЕЛ 1

ГОСУДАРСТВО И ЭКОНОМИКА БЛАГОСОСТОЯНИЯ

Государство в смешанной экономике: общие подходы

В настоящее время общепризнано, что современная экономика имеет смешанный характер, в ней одновременно существуют различные системы распределения ресурсов - и государство, и рынок, и некоммерческий сектор. Смешанная экономика понимается как комбинация плановой и рыночной экономики, с наличием конкуренции и ограниченного регулирования. В такой модели государство решает проблемы прежде всего на уровне макроэкономической политики и нивелирует провалы рынка.

Так же общепризнано, что свободной рыночной экономики не существовало ни в одной стране, везде соседствуют в той или иной форме и масштабах различные сектора. Такая ситуация существовала и в СССР в условиях господства государственной собственности и плановой экономики (платные поликлиники, плата за высшее образование, потребкооперация, колхозы). В советской экономической науке отличные от государственной формы хозяйственной деятельности получили название укладов. Интересно, что реформы хозяйственного механизма, связываемые с расширением экономических стимулов, можно с позиций нашего времени рассматривать как попытку внедрения механизмов рыночного типа в государственный сектор.

Проблемам смешанной экономики посвящено достаточно много работ, в том числе и сотрудников Института экономики РАН (Кузнецова, 1992; Мавевский, 1993; Хавина, 1993; Радыгин и др., 2015). Поэтому хотелось выделить несколько моментов, которые важны для данного доклада.

Изучение функционирования реальной смешанной экономики подразумевает анализ не просто масштабов, но и сложных взаимоотношений между различными секторами. Причем с точки зрения либеральных теорий смешанной экономики, государство именно вмешивается в рыночный механизм,

нарушая его естественное состояние, в то время как более широкий контекст взаимодействия секторов уходит на второй план. В этом смысле показательно исследование Икеды, где автор пытается объяснить, почему участие государства в экономике с течением времени расширяется, рассматривая это как процесс усиления неэффективности распределения ресурсов, находящихся в его ведении, в то время как граждане поощряют расширение государственного сектора, хотя это реально ухудшает ситуацию (Ikeda, 1997).

В последнее время исследователи все чаще обращаются к работам К.Полани, который рассматривал рынок не как спонтанное и естественное состояние экономики, объект государственного регулирования, а как институт, результат целенаправленной политики государства.

Обсуждение соотношения частного и государственного легко переходит в политэкономическую плоскость - капитализм versus социализм. На основе понимания того, что современная экономика содержит элементы различных систем, исследователи рассматривают государство как неотъемлемый элемент капиталистической экономики. Подчеркивается, что для успешного развития капиталистической системы у нее должно быть две руки, а именно невидимая рука, ценовой механизм, координирующий деятельность экономических акторов, и видимая рука, управление государства с помощью бюрократии и законодательства, когда оно выступает как администратор и инноватор (Scott, 2006).

В настоящее время активно развиваются подходы, связанные с провалами государства (*government failures*). Они, по существу, становятся зеркальным отражением провалов рынка, ситуация по типу «win-win», что, в итоге, мало способствует динамичному пониманию ситуации. Либеральные экономисты указывают на две основные проблемы государственного регулирования – несовершенство информации и формирование собственного интереса государства (правительства, бюрократии).

По мнению С.Икеды, любое вмешательство государства имеет непредвиденные последствия (*unintended consequences*), которые являются результатом реакции людей, стремящихся изменить свое поведение, чтобы избе-

жать негативных последствий государственного регулирования, например, в условиях повышения налогов. Это, в свою очередь, ведет к расширению вмешательства, и в результате такой цепной реакции возникает потребность в более активном государстве, а смешанная экономика все больше стремится к государственному контролю.

Подход с точки зрения «провалов» недостаточен для того, чтобы объяснить и правильно определить роль государства (Nelson, 1987). В рамках государственного сектора решаются вопросы, которые не могут быть решены за его пределами ввиду наличия общественной системы ценностей и особенности принятия решений через политический процесс (Чубарова, 2009). Рассматривая проблему с точки зрения организационной теории, С. Хайман утверждал, что государство не просто должно что-то исправлять в рыночном механизме, нужна настоящая смешанная экономика, где будут использованы преимущества каждого сектора и новые механизмы их интеграции, прежде всего на основе взаимной выгоды (Human, 1978).

Необходимо, на наш взгляд, подчеркнуть две проблемы, а именно:

- идеализация рынка: сравнение реального государства с гипотетическим рынком, которого в реальности не существует, получается не в пользу государства.
- соотношение и роль каждого сектора в смешанной экономике: вопрос в том, где лежит предел взаимодействия, за которым возникают искажения базовых принципов функционирования каждого сектора, которые существенно различаются.

Государство и смешанная экономика в социальной сфере: здравоохранение

Социальная сфера, в том числе здравоохранение, занимает в этих дискуссиях особое место. В современном обществе роль государства в решении социальных проблем значительна, развитые государства направляют значительные ресурсы в социальную сферу (Чубарова, 2015). Именно развитием

социальных функции традиционно объясняют расширение участия государства в экономике (тот же закон Вагнера).

В настоящее время практически признано, что в социальной сфере нужна именно смешанная экономика. Можно выделить два взаимодополняющих теоретических подхода к ее пониманию, а именно, теория смешанной экономики благосостояния (*welfare mix*) как более теоретический, и сочетание государственного и частного (*public-private mix*) как более методологический, прикладной аспект.

Если традиционно под государством благосостояния понималось именно государство, то в настоящее время этот термин охватывает частный, некоммерческий, неформальный (семья, взаимную помощь) сектора, которые участвуют в решении социальных проблем современного общества и формируют так называемую смешанную экономику благосостояния (СЭБ).

Она основана на том, что государство не только не может, но и не должно обеспечивать все благосостояние в обществе. В результате происходит расширение возможностей удовлетворения разнообразных потребностей населения (Spicker, 2008). Происходит формирование уже не просто государства, а общества благосостояния, где есть место альтруизму и возможности для многих проявить себя, подчеркивается важность солидарности и взаимозависимости людей в обществе.

Понятие плюралистической экономики было впервые использовано в 1996 г. для определения экономики, в которой различные стейкхолдеры вносят вклад в создание более богатого и сплоченного общества. «Взаимное обогащение между плюралистичной экономикой и активное понимание общества, основанные на концепции территории, могут рассматриваться как неотъемлемые компоненты более комплексной парадигмы, которая может примирить экономику с обществом» (OECD, 1996).

Плюрализм подразумевает, что благосостояние может обеспечиваться из многих источников и неважно от кого оно исходит. Он рассматривается как политическая концепция в демократическом обществе, которая в контексте смешанной экономики:

- принимает сосуществование различных организаций и групп, которые при этом сохраняют свою идентичность;
- признает конкурирующие интересы, когда разные группы могут высказывать свои мнения и идеи. Удовлетворение социальных потребностей граждан различными способами также означает признание различных подходов, ценностей и норм при решении социальных проблем.

Однако в условиях плюрализма могут возникнуть проблемы с реализацией комплексного подхода к удовлетворению существующих потребностей. Так, например, выделение того, кто входит в сферу ответственности того или иного института, автоматически означает что те, кто под эту категорию не попадают, из этой сферы выпадают. Ослабление роли государства может привести к поддержанию существующего неравенства, а не к его преодолению, так как сложившиеся сети солидарности достаточно консервативны. Хотя в условиях плюрализма для некоторых групп населения выбор расширяется, может пострадать доступ для бедных (Saich, 2002).

Идея СЭБ подчеркивает институциональное многообразие социальной сферы и разделение социальной ответственности и широко обсуждается в условиях активизации дискуссии о моделях социальной политики. Многоукладность в той или иной форме рассматривается как перспективный путь решения современных социальных проблем. Однако СЭБ нужно рассматривать в конкретном контексте – баланс сил между секторами варьируется по странам. При этом СЭБ подразумевает, что конечный результат зависит от взаимодействия различных составных частей, причем речь идет не просто об их сочетании и взаимодействии, а о партнерстве и даже синергии.

Аргументы в пользу плюрализма, таким образом, связаны с многообразием подходов, расширением возможности решения социальных проблем и, вместе с тем, более активным вовлечением в этот процесс самих граждан, способствуя преодолению иждивенчества, формированию общества благосостояния, ведь социальные вопросы непосредственно касаются жизни каждого. И, наконец, это по существу официальное признание реальной ситуации, так как, например, неформальный сектор, существовал всегда, а в СЭБ он

получает статус. Вместе с тем, следует учитывать и возникающие проблемы, а именно необходимость обеспечить общественный интерес на основе взаимодействия секторов, чтобы какие-либо социальные проблемы попросту не выпали из поля зрения. В условиях официально поддерживаемой СЭБ, может возникнуть проблема для реализации принципов универсализма, перекос в сторону адресности, ограничения которой связаны со стигматизацией социально уязвимых слоев и предоставление услуг различного качества.

Р.Титмусс утверждал, что все коллективные меры, предпринимаемые для удовлетворения определенных потребностей человека или/и в более широких интересах общества можно подразделить на три главные категории — социальное благосостояние (*social welfare*), фискальное благосостояние (*fiscal welfare*) и социальное благосостояние занятых (*occupational welfare*). Он отмечал, что подобное разделение основывается скорее на различиях в методах организации, а не в целях и функциях, подчеркивая тем самым единство упомянутых выше каналов обеспечения благосостояния населения, которые, в конечном счете, служат одной цели (Titmuss, 1974).

Сочетание государственного и частного (*public-private mix*) подчеркивает важность формирования взаимоотношений между секторами, привлечения всех заинтересованных сторон (стейкхолдеров) и расширения сотрудничества между ними. В здравоохранении, например, это определяемые контекстом подходы к вовлечению всех, кто оказывает медицинские услуги - государственные и частные организации, формально и неформально - к обеспечению качественного медицинского обслуживания (WHO, 2009). Хотя это определение было предложено для объединения усилий для борьбы с туберкулезом, на наш взгляд, оно может быть применено к системе здравоохранения в целом.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает значительное число частных организаций в здравоохранении, например, частные клиники, в том числе принадлежащие некоммерческому и корпоративному секторам (некоммерческие организации, организации, основанные на вере; учреждения здравоохранения железных дорог, службы здравоохранения по месту ра-

боты). Изменения в сочетании государственного и частного в здравоохранении связываются с глобальными проблемами, такими как старение населения, рост инноваций, включая новые лекарства и информационные технологии, активизация обмена информацией, а также повышение требований и ожиданий пациентов.

Важно определить, что именно означает «государственный» и «частный» в том или ином конкретном контексте, разделяя экономические и юридические вопросы. В экономике обычно выделяются организации трех секторов - государственные, частные и негосударственные некоммерческие. Они обладают собственными характеристиками и особенностями по двум основным критериям, а именно наличие (отсутствие) мотива прибыли и способ их создания.

Частные поставщики, обслуживая конкретного пациента, в первую очередь мотивированы получением прибыли, в то время как государственные организации должны обеспечить доступное медицинское обслуживание для всего населения. Частники не способны решать проблемы общественного здравоохранения, слабо интегрированы с государственными службами здравоохранения, привлекают специалистов из государственного сектора. В частном секторе доступ зависит скорее от способности платить, чем от потребности. Кроме того, эмпирические данные противоречивы и однозначно не подтверждают, что качество услуг в частных медицинских организациях превосходит государственные, при этом исследования в основном сосредоточены на стационарной помощи.

Несмотря на господство рыночной парадигмы, и исследователи, и общественные деятели высказывают опасения о возможных неблагоприятных эффектах реализации мотива прибыли и рыночного поведения тех, кто оказывает медицинские услуги (Шоу, 1980; Steinwald, Neuhauser, 1970; Veatch, 1983). Среди положительных сторон можно упомянуть инновационный потенциал предпринимательства, большую отзывчивости к потребностям и желаниям пациентов и врачей, современные подходы к управлению и привлечение инвестиций. Однако коммерческие медицинские организации часто

рассматриваются как не отвечающие традиционной миссии и ценностям медицинских организаций, угроза автономии и идеалам медицинской профессии и подрыв тех социальных механизмов, посредством которых медицинские услуги предоставляются людям, которые не могут за них заплатить «из кармана».

Другие подвергают сомнению то, насколько реально врачи и медицинские организации воплощают такие идеалы и не видят ничего плохого в том, чтобы рассматривать врача как бизнесмена и зарабатывать деньги на здравоохранении. В этом контексте подчеркиваются неудачи политики государства, его ограниченный организационный и финансовый потенциал, что вызывает проблемы с удовлетворением растущего спроса населения на медицинские услуги. Отрицательное влияние снижающихся общественных ресурсов на государственные медицинские организации поощряет медицинский персонал переходить в частный сектор (Reyes-Gonzalez, 2015).

Вендт и Ротган предложили типологию, которая выделяет три основных аспекта системы здравоохранения: регулирование, финансирование и предоставление услуг, а также три типа ее участников: государственные, некоммерческие и частные субъекты.¹ В соответствии с этим, проблема сочетания государственного и частного в здравоохранении может обсуждаться с трех точек зрения, а именно:

- регулирование и управление;
- организационная структура оказания медицинской помощи;
- источники и направления финансирования (Wendt, Rothgang, 2009).

Для СЭБ особенно важны, на наш взгляд, последние два измерения как области потенциального взаимодействия между государственным и частным секторами. В этом смысле правовое регулирование следует все же рассматривать как односторонний процесс, хотя, безусловно, существует лоббирование. Также важно понимать, как сочетание государственного и частного может в целом влиять на результаты системы здравоохранения для пациентов,

¹ Следует отметить особую роль НПО в здравоохранении, однако они подробно не обсуждаются в настоящем докладе, так как в России пока не получили широкого распространения.

ее общую результативность. Можно предположить, что для отдельного пациента многое зависит не просто от общего уровня эффективности системы здравоохранения, но и от того, кто конкретно, какой сектор финансирует и оказывается медицинские услуги.

В контексте СЭБ возникают два важных методологических аспекта, а именно соотношение индивидуального и коллективного, с одной стороны, и социального, и экономического, с другой стороны.

Важно понять относительную эффективность индивидуальных усилий или коллективных действий в той или иной форме, предел компетенции государства и других «коллективных» сил в удовлетворении социальных потребностей населения. В смешанной экономике благосостояния уровень коллективности отражается в конкретных системах мобилизации ресурсов - личные средства, частное и социальное страхование, налоги и их распределение. Причем в тех отраслях народного хозяйства, где решаются социальные проблемы, коллективные действия более эффективны с общественной точки зрения.

Пример социальной сферы иллюстрирует следующую парадоксальную ситуацию. Сегодня все популярнее становится идея о том, что человек должен сам решать свои проблемы. В таком контексте на первый план выходят поведенческие факторы, подразумевая, что изменение личного поведения гражданина может решить его проблемы. При этом если человек выбирает «плохое» поведение, то сам должен отвечать за последствия. Однако выбор зачастую не зависит напрямую от человека, а определяется более широким общественным, политическим и экономическим контекстом. Поэтому в социальной сфере важны вопросы прав, доверия, участия и достоинства. Организация и распределение ресурсов на социальные цели в современном обществе во многом определяется социальными ценностями, такими как солидарность и справедливость. Поэтому в социальной сфере пока превалирует понимание ответственности как социальной, и связанных с ней коллективных решений.

Благосостояние общества определяется экономическим ростом, однако в последнее время все больше осознается тот факт, что между увеличением ВВП и ростом благосостояния граждан нет прямой связи и для достижения последнего важны и другие условия, прежде всего характер распределения ВВП².

Проблема соотношения экономики и социальной сферы обсуждается давно, однако в современной экономической теории, да и практике, сохраняются существенные проблемы с сочетанием «экономического» и «социального». В экономической теории идет борьба между двумя точками зрения - социальные расходы как траты, отвлечение ресурсов или вклад в развитие.

Первый подход характерен для мейнстрима экономической теории — социальные расходы непродуктивны, отвлекают капитал от производства, тормозят экономическое развитие. Подчеркивается формирование зависимости от государственной помощи, чрезмерное фискальное давление государства и низкие темпы экономического роста. При этом социальные проблемы не решаются, бедность сохраняется, причем средние слои получают больше, а бедные – меньше. Государство благосостояния обвиняют в том, что оно бедным помогает недостаточно, а другим — слишком много. Поэтому необходимо сокращение пособий или ужесточение требований к их выплате. В рамках этого подхода происходит разделение между экономической эффективностью и социальной справедливостью, и, соответственно, необходимость компромисса между ними.

Второй подход основан на том, что социальная и экономическая сферы жизнедеятельности общества равнозначны. Соответственно, социальная и экономическая политика должны быть равноправны, а не подчинены одна другой. В этом контексте, например, развивается теория социального качества (Григорьева, 2008).

Для социальной политики важно определение масштабов и форм участия государства в развитии экономики. Эмпирическое исследование зави-

² Под эгидой ОЭСР была создан Глобальный проект измерения прогресса общества, одна из задач которого состоит в разработке показателей, характеризующих развитие современного общества, в том числе удовлетворенность граждан своей жизнью.

симости расходов на социальное обеспечение и экономического роста, с использованием данных 61 страны и панельных данных для 20 индустриально развитых стран, обнаружило, что там, где выявлена зависимость между ними, то она положительная (Belletini, Ceroni, 2000).

Компромиссом между двумя этими полюсами выступает инвестиционный подход, подвергая пересмотру конкуренцию между экономическим ростом и социальными расходами, признавая, что последние могут способствовать экономическому росту и социальному развитию одновременно. В 1990-х гг. получила распространение идея продуктивного или активирующего государства благосостояния. Социальные программы должны быть организованы таким образом, чтобы минимизировать отрицательное влияние на предложение труда, повысить качество рабочей силы, стимулировать повышение уровня занятости населения. Они могут стать производительным фактором, способствовать достижению стабильности государства благосостояния и решению социально-экономических проблем. Повышение уровня занятости должно обеспечить рост производительности и, в свою очередь, создать устойчивую финансовую базу для государства благосостояния.

Идея инвестиций, признавая ограниченность чисто рыночных решений, подчеркивает интеграцию экономической и социальной политики, необходимость перехода от перераспределения к стимулированию экономики через инвестиции в человеческий капитал, подтверждает важность государственной политики в корректировании провалов рынка и одновременно достижении позитивных экономических результатов. Как отмечал А. Гидденс, путем инвестирования в человеческий капитал, государство социальных инвестиций может поддержать социальное и экономическое благосостояние общества (Giddens, 1998).

Здравоохранение представляет собой хороший пример для изучения СЭБ. Сложившиеся в современном мире системы здравоохранения являются не чистыми моделями, а сложными смешанными системами.

Масштабы участия государства традиционно являются системообразующим элементом при построении классификаций в здравоохранении. Си-

стемы здравоохранения являются плодом длительного развития той или иной страны и частью государства благосостояния, встроены в ее социально-экономическую, политическую и культурную жизнь. Поэтому их традиционная классификация по признаку способа организации и методов финансирования оказания услуг может быть модифицирована с учетом общественной среды, в которой они сформировались (Табл.1.1). Такая классификация соотносит здравоохранение как систему (выделяются три базовые — рыночная, смешанная и государственная) с общеэкономическим укладом, господствующим в обществе (рыночный и/или государственный). Это позволяет рассмотреть возможности различных моделей с точки зрения реализации критериев экономической эффективности и социальной справедливости и солидарности, определить их роль и ограничения в рамках рыночной парадигмы.

Таблица 1.1. **Классификации систем здравоохранения**

<i>С точки зрения системы здравоохранения</i>	<i>С точки зрения политической экономики</i>
частное медицинское страхование — финансируется работодателями или самими гражданами, услуги оказываются частными организациями (США);	рыночная система здравоохранения в рамках рыночной экономики (США);
социальное медицинское страхование — страховые взносы на основе дохода, услуги оказываются организациями и частного, и государственного сектора (большинство стран Европы);	смешанная система здравоохранения в рамках рыночной экономики (большинство развитых капиталистических стран);
бюджетная медицина — финансируется за счет налогов, услуги оказываются в основном государственными учреждениями (Великобритания)	государственная (бюджетная) система здравоохранения в рамках рыночной экономики (Великобритания);
	государственная (бюджетная) система здравоохранения в рамках государственной экономики (СССР)

Источник: The Reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seventeen OECD countries. Paris: OECD, 1994. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН, 2008.

Плюрализм означает, что реакция государства на любую проблему должна включать различные подходы, но и ответственность должна быть разделена между различными (общественные и / или частные) субъектами (Marmor, Okma, 1998; Moran, 2000; Powell, 2007). Действительно, «общественный интерес и благосостояние отдельных пациентов требуют внима-

ния всех сторон» (Etheredge, Jones, 1991). Отвечая за благосостояние всего населения, государство при формировании политики должно учитывать выгоды, которые население может получить от привлечения всех поставщиков медицинских услуг, включая частных и некоммерческих (WHO 2000; Saltman, Ferroussier-Davis, 2000). Для этого необходимы новые инструменты, такие как регулирование и формирование контрактных систем.

Современные смешанные системы здравоохранения обладают рядом особенностей (Чубарова 2008).

Создается впечатление, что процесс реформ вступил в стадию бесконечности, а в русском языке прочно закрепилось слово «реформирование». Реформы имеют «броуновскую» траекторию, когда движение происходит в замкнутых рамках «рынок-государство», то допускают больше одного, то другого. Хотя практически весь набор предлагаемых мер уже известен. Единственное существенное достижение мировой практики состоит в том, что действия в области предложения медицинских услуг оказались более эффективными, чем действия в области сдерживания спроса.

Сохраняются проблемы с состоянием здоровья населения. Многие страны пытаются акцентировать внимание на профилактике, но практически это сводится к пропаганде и стимулированию здорового образа жизни, который в свою очередь обусловлен рядом других социальных проблем. Появились и новые проблемы, связанные с изменением структуры заболеваемости (увеличение хронических болезней), появлением новых угроз для здоровья (новые инфекционные болезни, неблагоприятные экологические факторы). Рост смертности населения, особенно мужчин, в трудоспособном возрасте в России в 1990-е гг. остро поставил вопрос о том, насколько прочны и необратимы достигнутые в развитых странах положительные результаты в состоянии здоровья населения.

Вызывает беспокойство в обществе и сохранение неравенства в состоянии здоровья населения, причем это характерно не только для России, но и для других развитых стран.

Оплата медицинских услуг третьей стороной таит в себе серьезное противоречие. С одной стороны, появление посредника в отношениях «врач-пациент» в условиях асимметрии информации в сторону врачей может помочь пациенту отстаивать свои права в отношениях с медицинским сообществом. Третья сторона может осуществлять перераспределение на основе пула ресурсов, что повышает справедливость системы. С другой стороны, такая ситуация ведет к росту спроса на медицинские услуги, хотя доля индивидуума не является решающей, его формируют и государство, и те кто оказывает медицинские услуги.

Практически обозначены границы перераспределения и речь уже идет не о страховании и объединении рисков и расходов, а об индивидуальной доплате «из кармана». Свидетельство тому – увеличение таких выплат в ряде развитых странах, что ведет к неравенству в доступе к услугам здравоохранения.

В системе здравоохранения сохраняется монополия врачей. В России принято рассматривать медицинский персонал с альтруистических позиций, ведь врач появляется в жизни человека в сложной, порой критической для жизни, ситуации. Но не следует забывать, что в рамках рыночной парадигмы, возникает финансовый мотив и сложно ожидать от врачей того, чтобы они не воспользуются своим преимущественным положением для извлечения ренты. Асимметрия информации в сторону врача, который и оказывает услуги, и определяет их необходимость и объем, а также отсутствие у пациента критериев для рационального выбора ставит вопрос о необходимости регулирования медицинской профессии.

Возникают вопросы и по поводу положения организаций некоммерческого сектора (НКО), который часто называют третьим сектором, по отношению к государственному и частному секторам. НКО не получают прибыли, или точнее не распределяет ее между участниками, хотя юридически могут иметь частную форму. Из-за этого часто возникает непонимание при анализе опыта других стран - многие больницы в США являются некоммерческими по экономической сути и частными по юридической.

Зачем вообще нужны НКО в дихотомии «государственное - частное», где все хорошо объясняют провалы рынка или, наоборот, государства? Оправдание их существования тем, что они работают там, где не хочет частник (нет прибыли) или не доходят руки у государства, в здравоохранении недостаточно убедительно, так как некоммерческие медицинские учреждения выполняют те же функции, что и частные, и так же могут брать плату за свои услуги с пациентов.

Частный сектор часто обвиняет НКО в так называемой недобросовестной конкуренции, когда они получают привилегии от государства, прежде всего налоговые льготы. Вопросы вызывает и высокая зарплата оплачиваемого персонала НКО. Все это размывает границы между секторами.

РАЗДЕЛ 2

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ И ФИНАНСОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

Институциональная характеристика

Официальные данные по институциональной структуре здравоохранения в России в основном касаются государственного сектора, информация по частному сектору гораздо более ограничена.

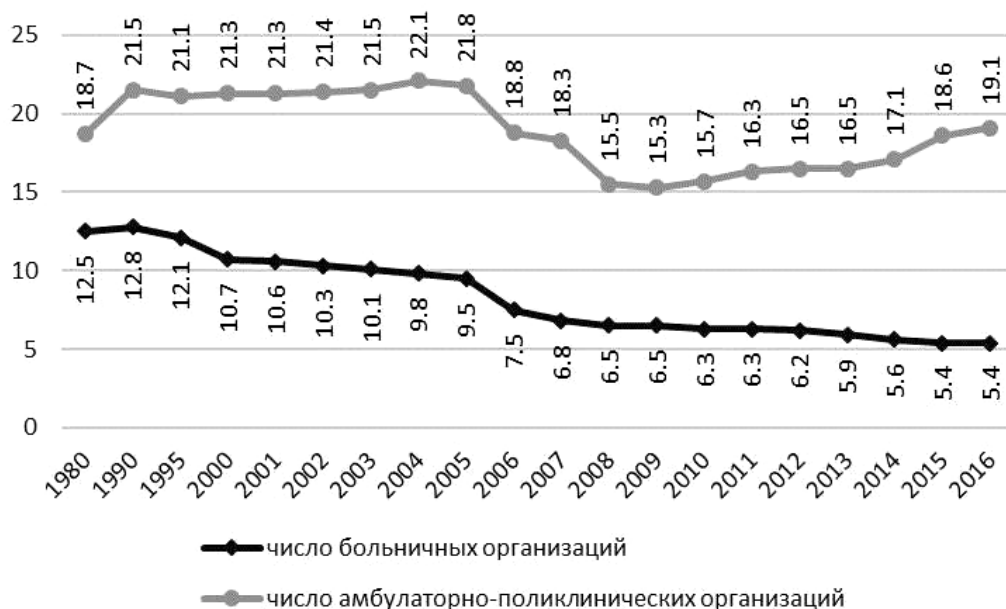


Рис. 2.1. **Число амбулаторно-поликлинических и больничных организаций**

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

За период с 1990 г. по 2004 г. происходило некоторое увеличение числа амбулаторно-поликлинических учреждений (Рис.2.1), в основном за счет существенного роста числа негосударственных при одновременном сокращении государственных поликлиник. Однако к 2009 г. число амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось на 6,8 тыс. по сравнению с 2004 г. (за счет резкого уменьшения числа государственных учреждений) и на 6,2

тыс. по сравнению с 1990 г. С 2010 г. вновь начался некоторый рост амбулаторно-поликлинических учреждений, в основном, за счет увеличения числа негосударственных учреждений: если за период с 2010 г. по 2016 г. число государственных поликлиник увеличилось на 15%, то рост числа негосударственных учреждений составил более 40% (Рис.2.2). При этом резко сократилось число фельдшерско-акушерских пунктов различных форм собственности (Рис.2.3). По мнению экспертов, многие из оставшихся ФАПов существуют только на бумаге, и это притом, что в 90% случаев это единственное место на селе, где можно приобрести лекарства. Во многих отсутствует канализация и водопровод, необходимое медоборудование.³

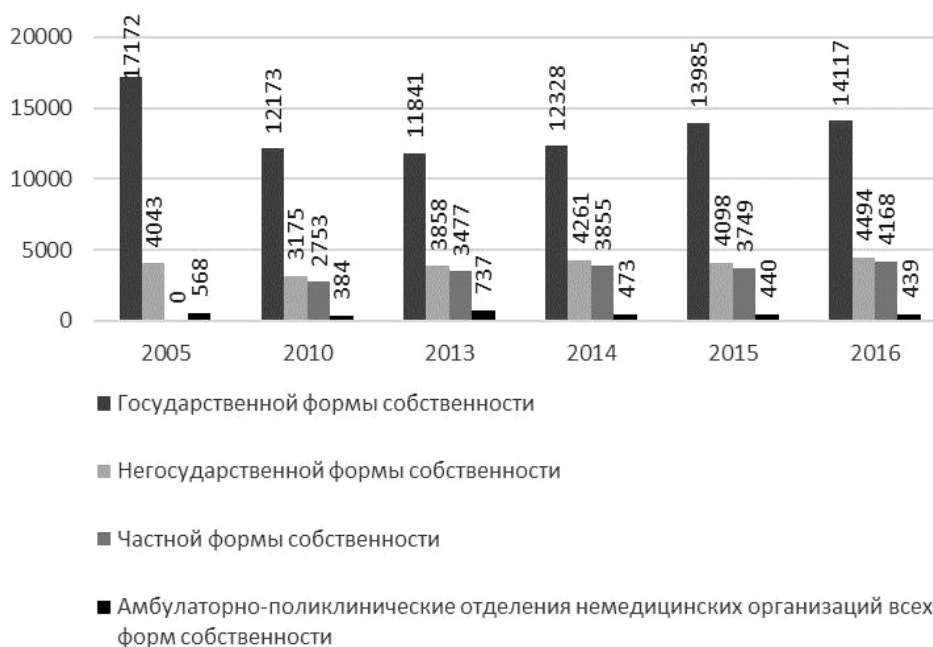


Рис. 2.2. Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений различных форм собственности

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

³ Острая медицинская недостаточность. К каким осложнениям привела оптимизация здравоохранения Коммерсант. 24.10.2016

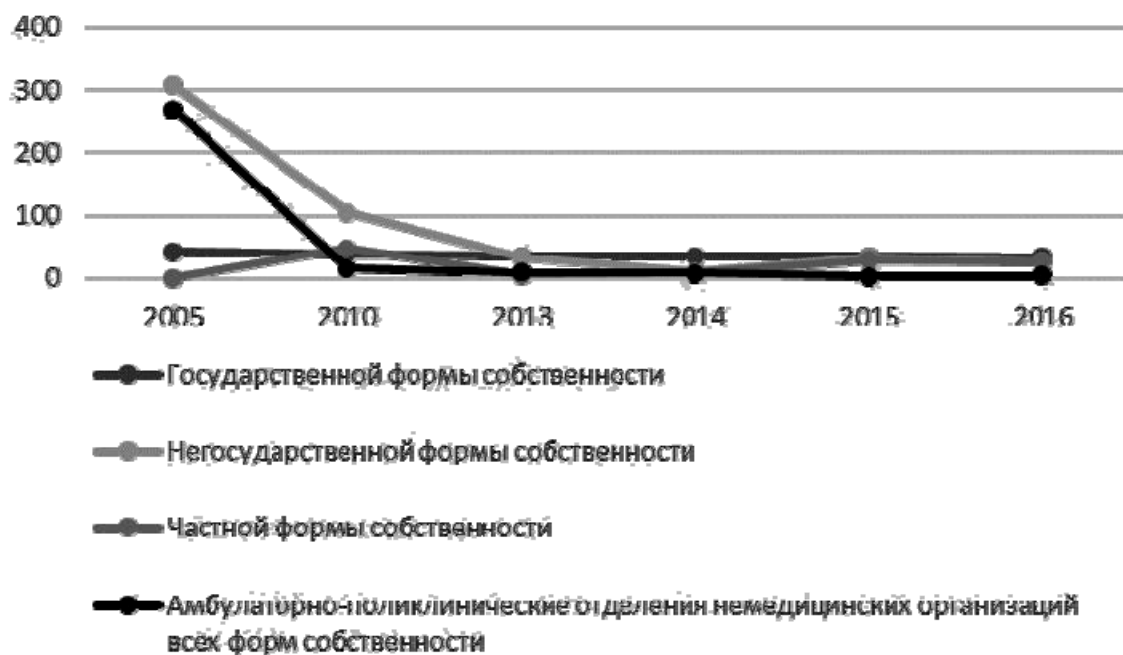


Рис. 2.3. **Число фельдшерско-акушерских пунктов различных форм собственности, тыс.**

С 2010 г. изменилась методология Минздрава России по учету количества амбулаторно-поликлинических отделений, входящих в состав других организаций.

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

Негосударственные медицинские организации, как правило, небольшие, работают в таких узких рыночных нишах как стоматология, урология, гинекология, лабораторная диагностика. Существует совсем немного частных многопрофильных медицинских организаций с полным циклом лечебно-диагностических услуг, которые в развитых странах составляют костяк рынка частной медицины. Главная причина этого, по мнению экспертов, конкуренция со стороны государственных медицинских организаций, которые по факту оказывают платные услуги (Кеннет, 2013).⁴

В последние десятилетия число *больничных учреждений* в стране сократилось в 2,4 раза, а количество *больничных коек* на 10 тыс. населения за

⁴ Наиболее крупные негосударственные медицинские структуры: ОАО «РЖД»; ОАО «МЕДСИ»; ОАО «Медицина»; Европейский медицинский центр (10 центров общей врачебной практики в Приморском и Красносельском районах Санкт-Петербурга и 30 врачебных амбулаторий проекта «Полис» в Ленинградской области); стоматологические сети; узкопрофильные клиники (ЭКО); Объединения (ассоциации) частных клиник и врачей (С-Петербург, Самара, ЮФО и др.); фармацевтические структуры и аптеки.

этот же период уменьшилось в 1,7 раз (Табл.2.1). Текущая обеспеченность больничными койками населения России соответствует показателю в РСФСР 1960 г. (Медвестник, 2017). По числу больниц современная Россия отстает от РСФСР 1932 г. (5962 больницы), фактически откатившись к показателям 90-летней давности.

Таблица 2.1. Больничные учреждения в России

	1990	1995	2005	2010	2015	2016
Всего						
Число больничных организаций	12762	12064	9479	6308	5433	5357
из них негосударственные	..	29	293	224	245	266
из них частной формы собственности			...	115	180	205
Число коек в больничных организациях:						
всего, тыс.	2037,6	1850,5	1575,4	1339,5 ¹⁾	1222,0	1197,2
из них в негосударственных организациях			32,4	21,7	24,1	23,5
из них частной формы собственности	...	2,5	...	4,1	12,8	12,9
на 10 000 человек населения	137,4	125,8	110,9	93,8	83,4	81,6
В городских поселениях						
Число больничных организаций	...	6627	5820	4959	4397	4351
из них негосударственные	...	29	286	216	239	263
из них частной формы собственности	...	...	...	110	176	203
Число коек в больничных организациях:						
всего, тыс.	...	1569,2	1365,9	1186,1 ¹⁾	1060,1	1041,0
из них в негосударственных организациях	...	-	32,1	20,2	21,8	22,2
из них частной формы собственности	...	145,5	...	3,4	12,1	12,7
на 10 000 человек населения			130,3	112,5	97,6	95,5
В сельской местности						
Число больничных организаций	...	5437	3659	1349	1036	1006
из них негосударственные	...	-	7	8	6	3
из них частной формы собственности	...	...	...	5	4	2
Число коек в больничных организациях:						
всего, тыс.	...	281,3	209,5	153,4 ¹⁾	161,9	156,2
из них в негосударственных организациях	...	-	0,3	1,6	2,3	1,3
из них частной формы собственности	...	...	...	0,68	0,6	0,2
на 10 000 человек населения	...	71,7	55,6	40,9	42,7	41,4

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

Сокращение числа больниц происходило в основном за счет их уменьшения в сельской местности. За период 2005-2016 гг. в городских поселениях оно уменьшилось почти на 30%, в сельской местности – более, чем в 5 раз (Табл.2.1). Одновременно с сокращением числа стационаров в целом

наблюдался рост числа негосударственных больничных учреждений, в основном, в городах. В 2016 г. г. их доля в общем числе больниц составила 5%.

В государственном секторе, несмотря на реализацию региональных программ модернизации, сохраняются серьезные проблемы с *техническим состоянием зданий медицинских организаций* (Табл.2.2). По данным Росстата, требуют капитального ремонта 21% стационарных и 16% амбулаторно-поликлинических организаций. Отсутствует горячее водоснабжение у пятой части больниц и трети поликлиник, центральное отопление - у 9% и 13% соответственно, канализация - у 5% и 7%.

Таблица 2.2. Техническое состояние и благоустройство зданий лечебно-профилактической организаций здравоохранения

	1995	2005	2010	2015	2016
Больницы					
Всего зданий, тыс.	27,0	23,8	18,8	12,1	11,6
из них по техническому состоянию, процентов:					
находятся в аварийном состоянии	5,2	3,3	2,0	1,3	1,0
требуют реконструкции	7,7	6,4	5,9	2,9	2,4
требуют капитального ремонта	31,9	28,5	32,9	23,2	21,1
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий:					
водопровод	13,2	8,8	6,0	4,4	3,9
горячее водоснабжение	39,5	33,1	24,9	18,7	18,5
центральное отопление	14,7	9,6	9,5	9,6	9,1
канализация	18,7	12,2	8,3	6,1	5,2
телефонная связь	10,5	7,7	5,8	6,9	6,2
Амбулаторно-поликлинические организации					
Всего зданий, тыс.	19,7	20,0	19,2	19,4	19,7
из них по техническому состоянию, процентов:					
находятся в аварийном состоянии	3,6	1,6	1,2	0,8	0,6
требуют реконструкции	5,5	4,8	3,4	1,7	1,2
требуют капитального ремонта	27,4	24,0	25,7	18,3	16,3
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий:					
водопровод	15,9	13,8	6,6	5,1	4,8
горячее водоснабжение	44,1	42,3	31,8	28,1	27,7
центральное отопление	16,3	14,4	10,3	12,3	12,6
канализация	22,6	17,9	9,3	7,7	7,1
телефонная связь	9,0	9,8	5,8	5,2	5,3

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

Доля инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения и предоставление социальных услуг, оставалась на низком уровне и в последние 10 лет имела тенденцию к снижению (с 2,6% в 2000 г. до 1,2% в 2016 г.) (Табл. 2.3). Такая динамика не способствовала обновлению основных фондов. Увеличение стоимости основных фондов происходило особенно интенсивно в период 2011–2013 гг., когда реализовывался приоритетный Национальный проект «Здоровье» (ПНП). При этом коэффициент обновления основных фондов находится на низком уровне, достигнув максимальных значений 6,1% в 2012 г., он в течение последних лет постоянно снижается (Табл. 2.4). При этом степень износа основных фондов остается на высоком уровне – более 50%. Такие тенденции могут свидетельствовать о недостаточном внимании, которое уделяется возобновлению основных фондов, не выстроенной стратегии развития отрасли. По мере изменения структуры основных фондов, увеличения доли медицинского оборудования в их структуре, степень износа будет увеличиваться все более высокими темпами. Это происходит вследствие быстрого морального старения таких видов дорогостоящего оборудования, как аппараты МРТ, рентгенодиагностическое оборудование, аппараты для ультразвуковой диагностики и т.п. (Токун, 2016).

Таблица 2.3. Инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения (в фактически действовавших ценах)

	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2016
Инвестиции в основной капитал:							
млн. руб.	94806	196182	216335	255759	222531	195385	181786
в процентах от общего объема инвестиций в основной капитал в экономику	2,6	2,1	2,0	2,0	1,7	1,4	1,2

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017

Таблица 2.4. **Наличие, движение и состояние основных фондов в здравоохранении**

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2016
Наличие основных фондов (на конец года; по полной учетной стоимости), млрд. руб.	1023,4	2175,8	2372,8	2651,4	3054,1	3233,8	3944,5
Ввод в действие основных фондов, млрд. руб.	79,8	159,3	205,6	295,9	295,3	199,5	176,9
Степень износа основных фондов (на конец года), процентов	47,8	53,3	53,9	52,7	54,9	54,7	57,0
Коэффициент обновления основных фондов ²⁾ (в сопоставимых ценах), процентов	3,7	4,6	5,3	6,1	5,8	4,7 ³⁾	2,2
Коэффициент выбытия основных фондов (в сопоставимых ценах), процентов	1,1	1,3	1,4	1,2	1,7	1,7 ³⁾	0,8

1) За 2005 г. - по виду экономической деятельности "Здравоохранение и предоставление социальных услуг", с 2011 г. данные публикуются с учетом переоценки, осуществленной на конец года.

2) Данные за 2005-2014 гг. – в сопоставимых ценах 2000 г.

3) Без учета данных по Крымскому федеральному округу. Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017

При этом, если сравнивать оснащенность государственных и негосударственных учреждений, то, по мнению экспертов, совсем недавно, государственные учреждения были оснащены лучше (Ракитина, 2012). Частным клиникам очень непросто угнаться за государством, учитывая высокую стоимость современного медицинского оборудования и длительные сроки его окупаемости. Но в последнее время, по мнению экспертов, уже нельзя сказать, что государственные медицинские организации превосходят частные. В целом по России, оснащенность государственных стационаров выше, хотя оснащенность частных больниц стремительно растет.

Однако самая большая проблема для государственного сектора – это не оборудование, а специалисты, обученные на нем работать. Часто дорогостоящее оборудование закупают, используя коррупционные схемы. Тратятся

огромные суммы, но расходы на обучение сотрудников в них порой не заложены (Здравком, 2012). В результате по оснащенности оборудованием государственные медицинские учреждения превосходят частные, но по эффективности его использования уступают.

Качество медицинской помощи напрямую зависит от численности и квалификации медицинских кадров, их адекватного распределения в отраслевом и территориальном разрезе.

Проанализировав данные по использованию дорогостоящего медицинского оборудования (компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)) (ДокторПитер, 2016), Фонд независимого мониторинга «Здоровье» сделал вывод о том, что их доступность остается на низком уровне, хотя число томографов увеличилось: в 2015 г. работали 1839 компьютерных томографов (в 2014 г. - 1754, в 2013 г. – 1619); среднее число исследований на одном КТ в сутки в 2015 г. составляло 10,8 (в 2014 г. - 9,8, а 2013 г. - 9). При этом возможности современной медицинской техники позволяют выполнять до 24 исследований в день. С МРТ ситуация складывается точно так же: за 2015 г. среднее число использования аппарата сутки составило только 8,8 (в 2014 г. - 8,2, а в 2013 г. – 7,8). При этом, по словам экспертов, в общее число исследований включается и коммерческое использование оборудования, установленного в медицинских организациях за счет бюджетных средств. Одной из возможных причин низкой доступности компьютерных и магнитно-резонансных исследований эксперты называют простой медицинской техники, в том числе и по причине того, что искусственно затягиваются сроки ожидания дорогостоящих исследований, чтобы пациенты были вынуждены обследоваться за свои деньги. Оснащенность компьютерными томографами в России в 1,2 раза ниже в расчете на 1 млн. человек населения, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 11,3 и 13,8), магниторезонансными томографами — в 1,7 раза ниже (соответственно 4,0 и 6,7). При этом число исследований на этом оборудовании в 3,5-3,7 раза ниже (в расчете на 1 тыс. человек в год), то есть интенсивность использования оборудования в 2 раза ниже (Владимиров, 2016).

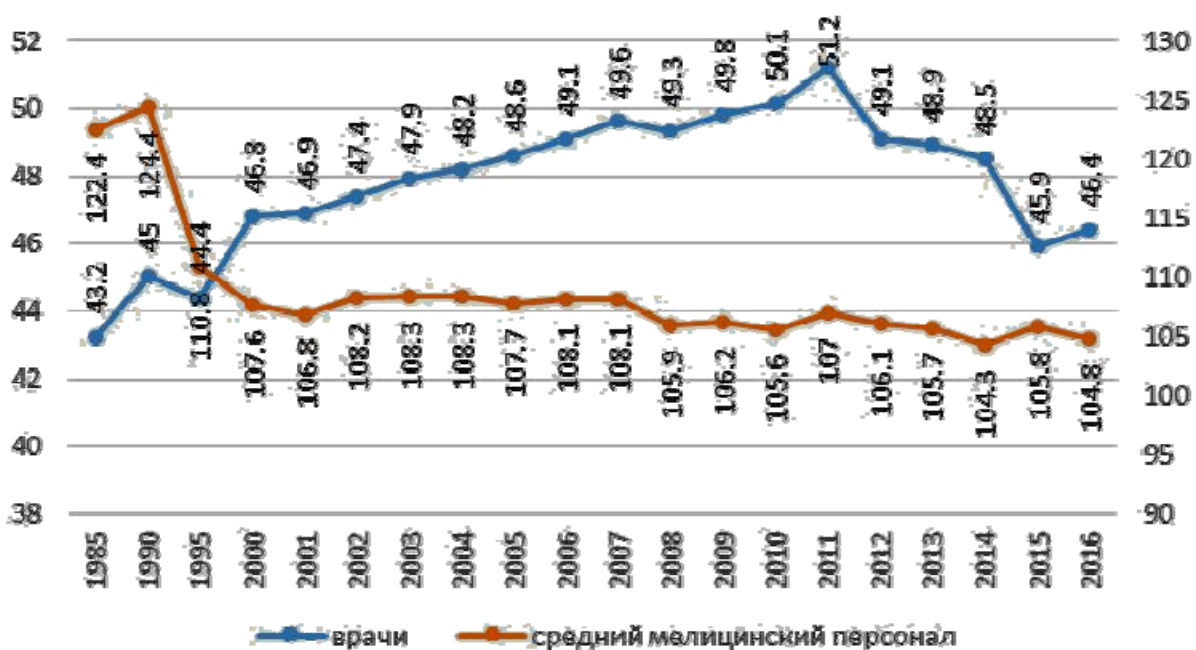


Рис.2.4. Обеспеченность населения (на 10 тыс.) врачами и средним медицинским персоналом

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

По данным Росстата в 2016 г. в медицинских организациях системы Минздрава России насчитывалось 680,9 тыс. врачей и 1537,9 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием (на 10 тыс. человек 46,4 и 104,8 соответственно) (Рис.2.4).

Обеспеченность населения РФ (на 10 тыс.) врачами достигла своего максимума в 2011 г., составив 51,2 человек, затем за период с 2012 г. по 2016 г. резко уменьшилась до 46,4 человек. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей и педиатров.

Одной из важнейших проблем российского здравоохранения является нехватка квалифицированных кадров. Обеспеченность практикующими врачами находится на уровне стран Западной Европы, но потребность в медицинской помощи в России выше, чем в европейских странах. Кроме того, в России к врачам статистика относит ряд специалистов, которые в других странах не считаются медицинскими профессиями, в т.ч. физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре, работники санитарно-

эпидемиологической службы, главные врачи и др., а стоматологи учитываются отдельно (Комаров, 2013).

Необходимо отметить структурные диспропорции распределения врачебных кадров (Комаров, 2013). Так, по сравнению с 1990 г. число врачей терапевтического профиля практически не изменилось и даже немного уменьшилось (с 11,4, до 11,1 на 10 тыс. населения), а педиатрического профиля уменьшилось – на 20% (с 24,5 до 19,7 на 10 тыс. населения). Т.е. ожидаемого укрепления врачами первичного звена здравоохранения так и не произошло. Не хватает целого ряда специалистов при существенном переизбытке стоматологов, урологов и некоторых других специалистов.

Обеспеченность населения (на 10 тыс.) средним медицинским персоналом резко снизилась за период с 1990 г. по 1995 г. с 124,4 до 110,8, и затем продолжило снижение с некоторыми колебаниями до 104,8 в 2016 г.

Таким образом, нарастает диспропорция в соотношении врачей и среднего медицинского персонала. Если в 1990 г. на 1 врача приходилось 2,7 специалиста со средним медицинским образованием, то в 2016 г. уже только 2,25. Хотя показателя оптимального соотношения средних медработников и врачей не существует, ориентиром могут служить рекомендации экспертов ВОЗ и Минздрава России — оптимальным считается соотношение 1:4—1:5.

Прямым следствием недостаточного обеспечения медицинских организаций сестринским персоналом является снижение качества оказания медицинской помощи пациентам. Врачи часто вынуждены выполнять вспомогательные функции, не требующие профессиональной компетенции их уровня, а больные остаются без должного внимания.

Согласно, аудиторской проверке Счетной палаты потребность во врачах и среднем медицинском персонале составляет 55 тыс. и 88 тыс. человек, соответственно (Аудиторский отчет Счетной палаты, 2015). Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют сложившейся потребности.

Таблица 2.5. Среднесписочная численность работников здравоохранения в организациях по формам собственности

	1998	2000	2005	2010	2015	2016
Всего, тыс. человек	4365,3	4403,2	4357,3	4464,0	4347,2	4328,5
из нее по формам собственности:						
государственная	1749,6	1594,2	1837,7	2059,8	3550,2	3588,1
муниципальная	2222,0	2405,5	2242,6	2120,8	343,0	255,2
частная	139,7	170,5	173,1	202,8	367,1	401,3
собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	62,5	56,7	29,5	25,6	23,5	22,8
смешанная российская	177,4	146,4	56,9	38,5	35,1	30,8
иностранная, совместная российская и иностранная	14,1	29,9	17,5	15,7	27,5	29,4
Всего,	100	100	100	100	100	100
из нее по формам собственности:						
государственная	40,1	36,2	42,2	46,1	81,7	82,9
муниципальная	50,9	54,6	51,4	47,5	7,9	5,9
частная	3,2	3,9	4,0	4,5	8,4	9,3
собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	1,4	1,3	0,7	0,6	0,5	0,5
смешанная российская	4,1	3,3	1,3	0,9	0,8	0,7
иностранная, совместная российская и иностранная	0,3	0,7	0,4	0,4	0,6	0,7

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

Анализ среднесписочной численности работников здравоохранения, работающих в организациях разной формы собственности (Табл.2.5) показывает, что наблюдается переток кадров из государственного здравоохранения в частный сектор. Понятно, что уходят самые квалифицированные. Эксперты отмечают, что, еще недавно в частных клиниках средний уровень врачей был ниже, чем в государственных, но постепенно он становится выше (Здравком, 2012).

Согласно экспертным оценкам, по данным на 2010-2011 гг. в государственной системе здравоохранения удельный вес врачей высшей категории в два раза превышал аналогичный показатель в частной, соответственно 29% и 14% (Шишкин и др., 2013). Однако однозначно это не свидетельствует о том, что уровень квалификации врачей в государственных медицинских учреждениях выше. Дело в том, что присвоение врачам квалификационных категорий

прямо увязано со стажем их работы, но по уровню профессиональных знаний и навыков различия между врачами высшей и первой категорий не столь велики. Между тем доля врачей, имеющих высшую или первую категорию, в частной системе намного выше, чем в государственной - 61% и 47%, соответственно (Табл.2.6), а не имеющих профессиональной категории — в 1,5 раза меньше: 31% и 48%. Таким образом, частные медицинские организации привлекают на работу преимущественно опытных врачей.

Таблица 2.6. Распределение численности врачей по квалификационным категориям в государственной и частной системах здравоохранения (в %)

Категории	Государственная система, 2010	Частная система, 2011
Высшая	29	14
1-я	18	47
2-я	5	8
Не имеют	48	31

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

Анализ кадрового состава по возрастному критерию свидетельствует о продолжении роста доли работников здравоохранения РФ предпенсионного и пенсионного возрастов (Табл. 2.7). Удельный вес врачей старше 50 лет на протяжении последних лет (с 2005 г. до 2016 г.) возросла с 26,2% до 34,2%. Данный факт может в перспективе усугубить неблагоприятно складывающуюся ситуацию по кадровому обеспечению медицинских организаций.

Таблица 2.7. Распределение численности занятых в здравоохранении по возрастным группам (в среднем за год, проценты)

	Занятые в здравоохранении всего,	В том числе в возрасте, лет										Средний возраст занятых, лет
		до 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-72	
2005	100	0,5	6,6	11,5	13,4	11,8	15,2	14,7	13,2	8,0	5,0	41,3
2010	100	0,3	6,2	10,8	11,6	12,7	12,1	15,6	15,2	9,9	5,7	42,3
2011	100	0,2	5,9	10,8	11,3	12,8	12,4	14,4	15,4	10,5	6,2	42,5
2012	100	0,2	5,9	10,7	11,1	13,1	12,6	14,0	15,6	10,6	6,3	42,6
2013	100	0,1	5,5	10,5	10,9	12,3	13,4	13,9	15,5	11,0	6,8	42,9
2014	100	0,2	4,9	10,6	11,0	12,2	13,7	13,7	15,9	10,9	6,8	43,0
2015	100	0,1	4,7	10,6	11,1	12,0	13,4	13,5	16,1	11,0	7,6	43,3
2016	100	0,1	4,4	11,1	11,1	11,9	14,0	13,2	15,3	11,4	7,5	43,2

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

Согласно официальным данным средняя заработная плата работников организаций здравоохранения в государственном секторе в 2016 г. составляла 30266 руб., что больше, чем в частных медицинских организациях (27118 руб.), но меньше, чем в медицинских учреждениях, имеющих иностранную, совместную российскую и иностранную форму собственности (64142 руб.) (Табл.2.8). Согласно итогам федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки, средняя заработная плата врачей в организациях государственной и муниципальной форм собственности в 2016 г. составляла 50667 руб., а в 2017 г. увеличилась до 56445 руб.

Однако показатели заработной платы меряют «среднюю температуру по больнице». Помимо представленной выше «официальной» статистики, есть немало «неофициальных» оценок на этот счет. Например, опрос, проведенный Общественным телевидением России (ОТР) в начале 2017 г. среди пяти тысяч медиков, показал, что средняя зарплата врачей по стране – 19 тыс. руб. (ОТР, 2017). Опрос полторы тысячи медицинских работников из 15 регионов страны, расположенных в восьми федеральных округах, показал, что с учетом доходов со всех мест работы по совместительству медики в среднем получают 28,5 тыс. руб. в месяц (Гусенко, 2017). По данным опроса, проведенного на портале «Врачи РФ» и охватившего более 4 тысяч респондентов, в среднем по России доход работающего на одну ставку врача государственной клиники составляет 24448 тыс. руб. (Журавлева, 2016). Доходы врачей частных клиник, как и ожидалось, оказались выше, чем зарплаты в государственных учреждениях, в среднем на 38%. Средний показатель заработной платы по России здесь 39721 тыс. руб.

Разница между официальными данными и данными опросов объясняется тем, что в официальной статистике отражаются доходы врача не только по основной ставке, но и по дополнительным ставкам, а также включаются доходы руководителей медицинских учреждений.

Таблица 2.8. Среднемесячная номинальная заработная плата работников организаций, занятых в здравоохранении, по формам собственности

	2000	2005	2010	2015	2016
Всего, рублей	1370,9	5906	15724	28179	29742
По формам собственности:					
государственная	1430,5	6603	18407	28699	30266
муниципальная	1242,6	5172	12761	22616	23157
частная	1532,2	6844	18252	26316	27118
собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	1848,0	6101	13978	23347	25198
смешанная российская	2234,1	7500	15523	28548	27865
иностранная, совместная российская и иностранная	2459,6	11976	34376	58983	64142
Всего, процентов	100	100	100	100	100
По формам собственности:					
государственная	104,3	112	117	102	102
муниципальная	90,6	88	81	80	78
частная	111,8	116	116	93	91
собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	134,8	103	89	83	85
смешанная российская	163,0	127	99	101	94
иностранная, совместная российская и иностранная	179,4	в 2,0 р.	в 2,2 р.	в 2,1 р.	в 2,2 р.

Источник: Росстат. Здравоохранение в России, 2017.

Совмещение должностей используется в системе здравоохранения в качестве основного способа обеспечить приемлемый уровень оплаты труда медицинских работников. Проведенный опрос показал, что если учесть, что многие врачи, медсестры и санитарки, помимо основной работы где-то подрабатывают (в том числе и в негосударственном секторе), то получается, что с учетом всех форм дополнительной занятости доля сотрудников, работающих свыше 60 часов в неделю, достигает 41%. Каждый третий опрошенный работает от 41 до 60 часов и только 27% заявили, что фактическая продолжительность их трудовой недели составляет до 40 часов (Медицинская Россия, 2017). Высокий уровень совмещения может иметь ряд негативных последствий: ущерб здоровью медицинского персонала, снижение качества работы и эффективности медицинской помощи, или производительности труда. Остается меньше времени на самообразование и повышение квалификации.

Необходимо отметить, что в государственных учреждениях некоторые врачи получают существенные теневые доходы. По признаниям экспертов,

они составляют до 40% от официального заработка медперсонала (Кеннет, 2013). В 2016-2017 гг. объем рынка теневой медицины составил около 7,6% (Сухов, 2017). Большой потенциал стабильности теневого сектора является следствием нескольких факторов: более низкая цена на услуги по сравнению с официальными платежами через кассу и доверие и лояльность пациента конкретному врачу. Благодаря более профессиональному менеджменту и лучшей мотивации персонала в коммерческих клиниках теневых платежей меньше, чем в государственных (BusinesStat).

Финансовые ресурсы здравоохранения

Финансирование здравоохранения в России осуществляется из двух основных источников - общественных и частных (Табл. 2.9). Общественные включают выплаты из бюджета и средства обязательного медицинского страхования (ОМС). Частные источники состоят из личных платежей граждан в момент получения медицинской услуги («из кармана») и добровольного медицинского страхования. Анализ объема и структуры расходов на здравоохранение России будет проведен на основе данных ВОЗ за период 2000-2015 гг.

Таблица 2.9. Отдельные показатели финансирования здравоохранения в России

	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015
Общие государственные расходы на здравоохранение, % текущих расходов на з/о	59	61	61	64	62	62	61
Частные расходы на з/о, % текущих расходов на з/о	40	39	39	36	38	38	39
Государственные расходы на з/о, % общих государственных расходов	10	9	9	9	9	9	10
Доля государственных расходов на з/о в ВВП, %	3	3	3	3	3	4	3
Доля социального страхования в текущих расходах на з/о, %	24	27	24	31	34	34	34
Доля добровольного страхования в текущих расходах на з/о, %	3	3	3	2	2	2	2
Доля платежей из кармана в текущих расходах на з/о, %	30	32	35	33	35	36	36

Источник: WHO Global Health Expenditure Database,
<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> - дата обращения 14.10.2018

Данные, представленные в таблице 2.9, показывают несколько важных тенденций в финансировании здравоохранения в постсоветской России.

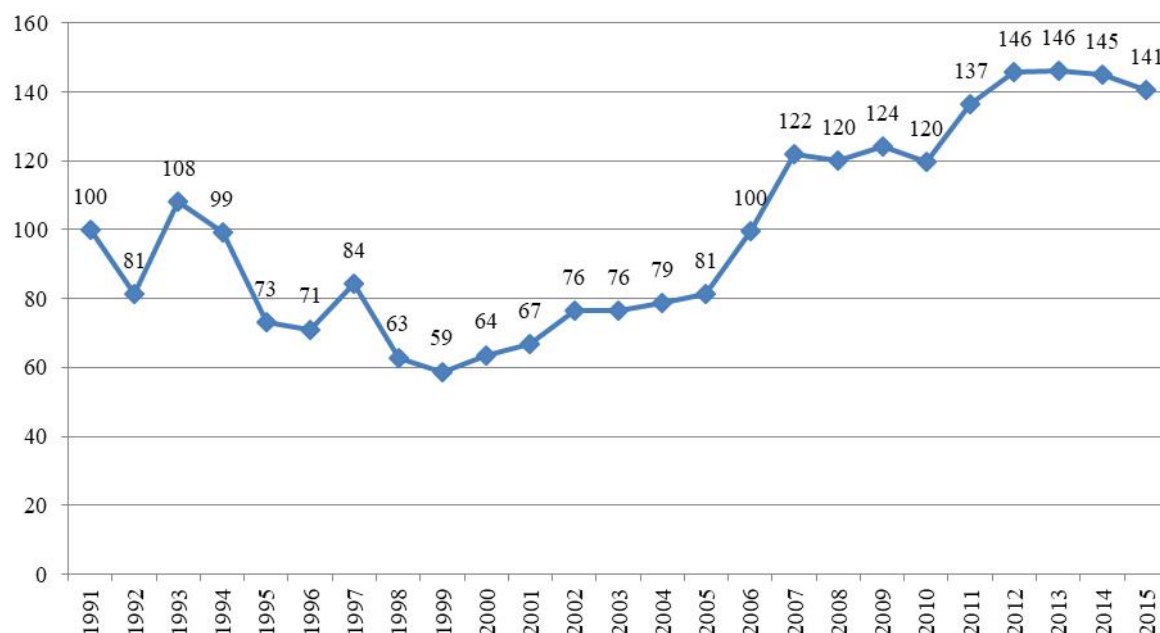


Рис.2.5. Государственные расходы на здравоохранение* в 1991–2015 гг., % к общим расходам на здравоохранение в 1991 г. в реальном выражении

* – сумма затрат федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающего населения, и взносов на ОМС работающих граждан

Источник: расчет по данным Минфина России с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Нужно отметить стабильно низкую долю государственных расходов на здравоохранение в ВВП, она составляет около 3,5 %. Для сравнения - в среднем по странам ОЭСР более 7%. Доля государственных расходов в 2015 г. составила 61% текущих расходов на здравоохранение. В их структуре прослеживается общая, хотя и нарушавшаяся в отдельные годы, тенденция к увеличению доли ОМС, которая к 2015 г. достигла 53%.

В результате, рост затрат на здравоохранение в основном связан с опережающим увеличением частных расходов, которые достигли в 2015 г. 39% общих текущих расходов на здравоохранение. В итоге общие расходы на здравоохранение в России из всех источников ВОЗ оценивает в 6%.

Показательно, что в структуре частных расходов преобладают личные выплаты граждан «из кармана» - их доля в 2015 г. составила 92% общих те-

кущих расходов на здравоохранение. В итоге, вклад личных расходов граждан в финансирование здравоохранения в 2015 г. достиг 36%, то есть значительные средства собираются в российскую систему здравоохранения «из карманов» граждан. Это, в частности, свидетельствует о том, что добровольное медицинское страхование в стране развито слабо. Причем его доля в общих текущих расходах на здравоохранения составила в 2015 г. только 3%.

За рассматриваемый период в отдельные годы финансирование здравоохранения выбивалось из общей тенденции, что очевидно связано с принятием крупных государственных инициатив, таких как, например, национальный приоритетный проект «Здоровье». В результате, можно отметить существенные колебания в доле здравоохранения в общих государственных расходах в России. (рис. 2.5).

Увеличение доли выплат из кармана свидетельствует о крайне неблагоприятной тенденции в российском здравоохранении. Происходит рост «индивидуального», а не просто частного финансирования. Более того, такая большая доля таких платежей, как прогнозируется некоторыми исследованиями, вряд ли сильно изменится в ближайшие годы. В результате каждый платит за себя, и сама система становится индивидуализированной. Важным последствием такой ситуации является то, что в финансировании здравоохранения *практически не происходит перераспределения*, что фактически подрывает основу *социальной солидарности*, когда богатые люди платят за бедных, а те, кто здоровы - за больных.

В России в целом происходил рост расходов на здравоохранение на душу населения, как государственных, так и частных (Рис.2.6). По ППС с 2000 по 2015 гг. общественные средства увеличились в 4 раза, а личные выплаты граждан - в 4,6 раза.

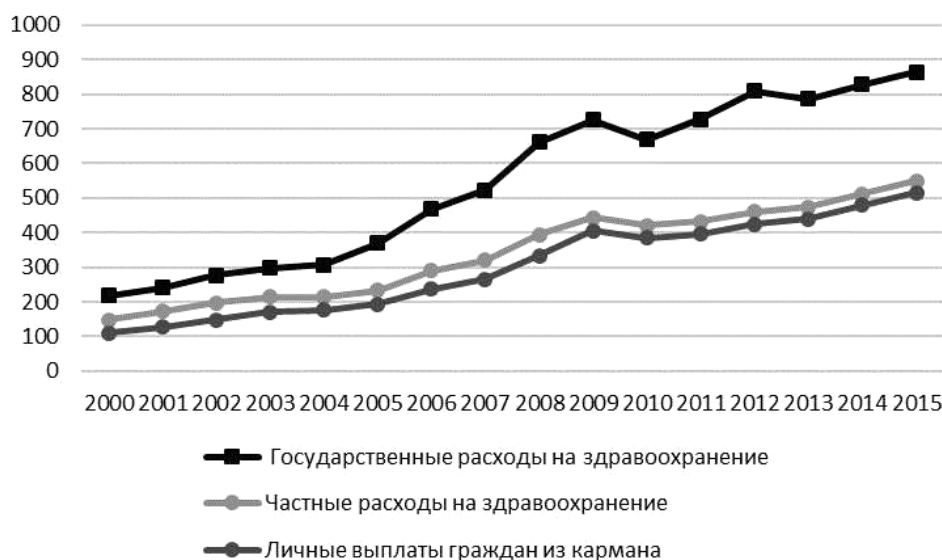


Рис.2.6. Расходы на здравоохранение в России на душу населения (по ППС)

Источник: WHO Global Health Expenditure Database, дата обращения: 29.10.2017

Рассматривая проблемы финансирования, следует отметить два важных момента, а именно:

- доля региональных расходов на здравоохранение в ВВП почти в два раза выше, чем федерального бюджета. По данным Росстата, в 2016 г. она составила 1,5% и 0,6% ВВП, соответственно. Один из факторов увеличения нагрузки на региональные бюджеты - необходимость повышения заработной платы медицинских работников и повышение коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на ОМС неработающего населения (2018 г. – 1,073, для 2019 г. – 1,116, для 2020 г. – 1,161).
- значительный вклад работодателей в систему ОМС, их взносы составляют 5,1 % фонда оплаты труда.

РАЗДЕЛ 3

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

Для смешанной экономики важно не просто наличие различных секторов, но и способы взаимодействия между ними. В настоящее время отмечается усиление влияния частного сектора в области как управления, так и финансирования здравоохранения. Главное направление – доминирование подходов частного сектора в управлении здравоохранением, связанное с внедрением механизмов рыночного типа в работу и государственного, и некоммерческого сектора, а также увеличение личного финансового вклада граждан в оплате медицинской помощи.

Очевидно, что в рыночной парадигме государство не может ни отменить, ни игнорировать частный сектор. Оно регулирует поведение частных поставщиков, чтобы использовать их потенциал и возможности для достижения общественных интересов. Для этого государство может использовать различные инструменты, и его способность их разрабатывать и внедрять во многом определяет успех взаимодействия между двумя секторами.

Частный сектор в развитых странах существует в условиях достаточно развитых общественных систем охраны здоровья. При этом государственные медицинские организации должны обслужить всех граждан, которые подлежат их компетенции, а это в развитых странах большинство населения. Частный сектор имеет больше возможностей отбирать лучших пациентов, и его развитие определяется, прежде всего, способностью человека платить. Именно с этим связано такое явление как снятие сливок, или отбор наиболее выгодных клиентов.

В отношениях между государственной и частной медициной существуют свои противоречия. Например, врачи-специалисты, могут иметь право совмещать работу в государственной системе с частной практикой. Однако если специалистам запретить частную практику, то есть опасения, что

лучшие из них могут вообще уйти из государственной системы здравоохранения.

Иногда пациенты имеют дополнительное частное обеспечение, например, полис добровольного медицинского страхования, и используют общественные системы, прежде всего в бюджетных моделях, особенно при наличии сложной проблемы, когда частная больница просто не имеет возможностей для ее лечения. Обычно дополнительное страхование получают на работе молодые, здоровые и хорошо оплачиваемые люди, т.е. группа минимального риска.

В России полис ОМС и соответственно право на получение соответствующих услуг имеют практически все граждане, отказать им в этом государственная медицинская организация не имеет право. В настоящее время в России стала развиваться практика, когда при возникновении серьезных проблем, частные медицинские организации вызывают государственную скорую и пациента отправляют в государственную больницу, которая ввиду острого состояния больного обязана его принять и оказать помощь.

Таким образом, пока частная медицина развивается как дополнительная по отношению к более социализированным формам, особенно в развитых странах, она может служить средством расширения выбора потребителя и снижения спроса. Однако возможна ситуация, когда наиболее требовательные потребители выйдут из государственного сектора, снижая тем самым давление на государство в направлении увеличения расходов на здравоохранение. Это может привести к формированию двухступенчатой системы: высококачественная медицинская помощь для состоятельных и низкокачественное обслуживание в государственной системе — для остальных.

Роль частной медицины обсуждается в связи с мотивом прибыли в здравоохранении и инновационным потенциалом предпринимательства.

Цель существования любой коммерческой структуры состоит в получении прибыли. Здравоохранение в этом смысле очень чувствительная отрасль в силу особых отношений, которые складываются между врачом и пациентом в процессе оказания медицинской услуги. С одной стороны,

пациент будет больше доверять врачу, не имеющему мотива прибыли, с другой - у врача есть объективная возможность «увеличить счет». Поэтому необходимо регулирование частной медицины, возможно даже на уровне нормы прибыли.

Инновационный потенциал предпринимательства хорошо описан, однако в медицине его трудно оценить однозначно. Развитие медицинских технологий - это дорогостоящий процесс, один из основных факторов роста расходов на здравоохранение в развитых странах. Поэтому может возникнуть противоречие следующего порядка. Бизнесу с точки зрения получения прибыли выгодны высокие, более дорогие технологии, а обществу с точки зрения эффективного и справедливого распределения ограниченных ресурсов выгодно развитие относительно более дешевой первичной медицинской помощи.

Задача налаживания отношений между секторами отводится государству. Причем идея «способствующего государства» (enabling state) подразумевает, что оно должно не прямо вмешиваться в решение тех или иных вопросов и непосредственно предоставлять общественные блага и услуги, а создавать условия для развития других альтернатив на основе партнерства. В основе такого подхода лежит признание наличия общих социальных проблем, а партнерство определяется как организационная система принятия решений и их реализации, мобилизующая коалицию интересов вокруг общей проблемы. Роль государства в этих условиях заключается в развитии сотрудничества и обеспечении диалога между сторонами.

На практике отношения государства и частного сектора могут развиваться по различным сценариям. Ниже будут рассмотрены некоторые важные проблемы взаимоотношений государственного и частного сектора в здравоохранении России.

1. Государственно-частное партнерство (ГЧП)

Основной посыл развития ГЧП - государственный и частный сектор могут успешно сотрудничать в оказании услуг, представляющих общественный интерес. В настоящее время российское государство рассматривает его

как механизм, способный повысить эффективность использования ресурсов и управления. В частности, министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова, выступая на Международном экономическом Форуме в г. Санкт-Петербурге в июне 2013 г., отметила, что «эффективную систему здравоохранения можно развивать только на базе государственно-частного партнерства, что в свою очередь позволит повысить потенциал отрасли в целом и качество оказания медицинской помощи». Более того, она подчеркнула, что именно с развитием ГЧП связывается процесс формирования новой модели российского здравоохранения⁵.

В 2017 г. здравоохранение стало лидером по количеству инициированных и реализуемых инвестиционных проектов на принципах ГЧП в социальной сфере. По данным министра здравоохранения, на различных этапах реализации находится 118 проектов, из них 84 на инвестиционно-эксплуатационной стадии. Количество проектов, особенно концессий, в сфере здравоохранения неуклонно увеличивается. Растет количество поданных в официальном порядке и рассмотренных органами власти частных концессионных инициатив. В настоящее время объем инвестиций в проектах ГЧП составляет 63,5 млрд рублей, при этом объем частных инвестиций достиг 56 млрд рублей (88,2% от общей величины) (Скворцова, 2018).

Механизм ГЧП отличается от других форм взаимодействия государства и бизнеса.

Во-первых, предметом ГЧП является государственная и муниципальная собственность в здравоохранении. Во-вторых, ГЧП оформляется специальным договором (соглашением, контрактом) между государством, с одной стороны, и представителями частного сектора, с другой стороны. В-третьих, обязательным условием ГЧП является софинансирование и разделение рисков между всеми участниками проекта. В-четвертых, проект ГЧП осуществляется в течение закрепленного в договоре срока. По его завершении парт-

⁵ В 2013 г. при Министерстве здравоохранения РФ был создан Координационный совет по развитию государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения

нерство может быть либо прекращено, либо продолжено на основе нового договора.

Определенная специфика развития ГЧП в современной России связана с генезисом частного сектора, который, по сути, вырос из государственного. Основным механизмом его формирования в 1990-е гг. стала приватизация, хотя в здравоохранении широкомасштабной приватизации не было. Вместе с тем, частный сектор не стремится начинать свою деятельность с нуля, а везде, где только это было возможно, старался в той или иной форме опереться (использовать) на государственный сектор.

Центральной проблемой для развития ГЧП является вопрос инвестиций. Поиск государством дополнительных средств на развитие, ремонт и строительство новых лечебных учреждений, приобретение техники и новых технологий во многом является следствием хронического недофинансирования здравоохранения с начала 1990-х гг. Все попытки каким-то образом изменить ситуацию, которые предпринимались в 2000-е гг., включая Национальный проект «Здоровье» и Программу модернизации здравоохранения в регионах РФ хотя и дали определенные положительные сдвиги, но не смогли переломить общие тенденции. По-прежнему, проблемы финансового обеспечения здравоохранения стоят очень остро.

Государство и бизнес имеют свои интересы в развитии ГЧП в здравоохранении. Главное - это социально-экономический эффект, обеспечение быстрого развития социально значимой отрасли, ее техническое и технологическое перевооружение; повышение качества медицинских услуг. В таком партнерстве за государством закреплены существенные социальные и регулирующие функции, распределение бюджета и управление активами, в то время как бизнес стремится к получению прибыли, возврату инвестиций, увеличению доли рынка и приобретению активов. Успешность ГЧП во многом зависит от того, насколько эти разнонаправленные функции и задачи удастся оптимально совместить при реализации совместных проектов.

Государству ГЧП дает возможность повышать бюджетную эффективность за счет сокращения государственного финансирования на строитель-

ство и эксплуатацию объектов здравоохранения и увеличения налогооблагаемой базы. Частная компания получает в долговременное владение и пользование государственные активы здравоохранения (часто на льготных условиях). Инвестируя в объекты государственной и муниципальной собственности, частный бизнес получает достаточные гарантии прибыльности, поскольку государство как его партнер несет определенные риски по обеспечению минимального уровня рентабельности. В отдельных случаях (например, при решении наиболее социально значимых проблем здравоохранения) государство может доплачивать из бюджета частному оператору при условии улучшения им качества медицинского обслуживания. Таким образом, пользуясь государственными гарантиями и обладая при этом хозяйственной свободой, частная компания может за счет повышения производительности труда и инноваций увеличивать общую прибыльность бизнеса во время срока действия контракта с государством без изъятия сверхприбыли в бюджет.

Однако многие специалисты и представители гражданского общества с осторожностью относятся к развитию ГЧП. Основные опасения возникают на фоне общего социально-экономического контекста развития современного российского общества. ГЧП рассматривается как предпосылка приватизации, преддверие сворачивания обязательств государства в сфере охраны здоровья населения и как возможность коррупции (Дерябина, Цедилин, 2007).

Открытым остается вопрос о масштабе ГЧП и его реальной роли - насколько можно в рамках этой формы развивать всю систему здравоохранения, рассматривая его в качестве «основного механизма способного повысить эффективность системы здравоохранения». Имеющиеся примеры говорят о достаточно узких сферах его применения и точечном подходе. Так, например, в концепции развития ГЧП в Ярославской области отмечаются три сферы, а именно гемодиализ; МРТ-диагностика и эндокринология.⁶ Не ясно, насколько этот опыт можно распространить на другие сферы здравоохранения.

⁶ Концепция развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Ярославской области. 2012 г.

Можно выделить несколько форм ГЧП в здравоохранении России, а именно: концессии/VOT schemes; участие частных медицинских организаций в системе ОМС и госзакупок; аутсорсинг вспомогательных услуг; образование и подготовка медицинского персонала.

Федеральное законодательство закрепляет возможность получения медицинской услуги по полису ОМС в медицинских организациях любой формы собственности. Порядок их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, носит уведомительный характер. Для всех медицинских организаций независимо от формы собственности предусмотрена возможность вхождения в систему ОМС в течение года, а также право входить в состав комиссии по разработке территориальных программ ОМС и принимать участие в ее деятельности.

Правилами ОМС установлены единые критерии распределения объемов оказания медицинской помощи. Тарифы, устанавливаемые в субъектах РФ, размещаются в открытом доступе на сайтах территориальных фондов ОМС, и едины для всех медицинских организаций независимо от формы собственности.

В 2010 г. среди участников системы ОМС было 618 частных клиник, а в 2016 г. – уже 2540. В Санкт-Петербурге доля частных медицинских организаций составляет 38%, в Самаре – 36%, в Татарстане – 30%, около 25% – в Астрахани, Ярославле и Красноярске». 64% – это поликлиники, включая стоматологии, 17% – различные медицинские центры, в том числе больницы, санаторно-курортные учреждения. Расширяется спектр оказываемых ими медицинских услуг. Если на начальном этапе это были в основном стоматологические и диагностические центры, то в настоящее время в программу ОМС входят офисы врачей общей практики, осуществляющие первичную помощь, консультационно-диагностические центры, услуги гемодиализа, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), реабилитация. По мнению ФФОМС, в первую очередь, в субъектах РФ должны развиваться те виды помощи, в которых этот регион нуждается. Частные клиники нередко покрывают в регионах дефицит в медицинских кадрах по определенным профилям.

2. Оказание государственными медицинскими организациями платных услуг

Предполагается, что это услуги сверх программы ОМС. В 2012 г. были утверждены правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.⁷ Они предусматривают, например, установление индивидуального поста медицинского наблюдения в больнице; применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи. Плата может взиматься при предоставлении медицинских услуг анонимно, а также при самостоятельном обращении граждан к специалистам за получением медицинских услуг.

Однако такая практика приводит к возникновению недопонимания в системе здравоохранения и изменению отношений между различными субъектами. С одной стороны, происходит существенное искажение мотивации медицинского персонала, который заинтересован в увеличении объема платных услуг. Более того, расширение сферы платных услуг может рассматриваться местными органами здравоохранения как цель развития государственных медицинских организаций и использоваться в качестве результирующих плановых показателей. С другой стороны, пациенты часто не понимают, почему они платят в государственном учреждении, не всегда точно знают, какие услуги платные, а какие нет. Возникает вопрос о справедливости, так как граждане, которые могут заплатить, получают возможность «перепрыгнуть» очередь, что может быть не связано с потребностью.

Вместе с тем, в условиях хронической нехватки ресурсов возможность получить дополнительные средства для медицинского учреждения становится важным аргументом в пользу платных услуг в государственном здравоохранении.

⁷ Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

Таким образом, в системе здравоохранения России возникает дублирование - услуги за плату можно получить и в частных, и в государственных организациях. В результате между ними возникает конкуренция за платного пациента. На наш взгляд, такую ситуацию можно рассматривать как формирование квази рынков «наоборот».

Квази рынки подразумевают, что спрос определяется государственным финансированием, в то время как в сфере предложения за него конкурируют организации различных форм собственности - государственные, частные, некоммерческие (Чубарова, 2016). В России складывается совсем иная ситуация - спрос в значительном объеме создается личными средствами граждан, а государственные организации по существу конкурируют за частные финансы с частными организациями.

3. Участие в системе ОМС в качестве страховщиков частных страховых компаний

Страховые медицинские организации, действующие в системе ОМС и выступающие посредниками между фондами ОМС и медицинскими организациями, являются частными. Закономерно возникает вопрос о том, насколько правомерно такое использование средств налогоплательщиков. У частных страховщиков стоит задача получения прибыли, что приводит к отвлечению части средств на административные расходы. Данные показывают, что на прибыль посредников и увеличение в связи с этим документооборота тратиться до 20% средств ОМС. Кроме того, возникают проблемы в организации взаимодействия с государственными структурами. Одна из положительных сторон страховых компаний - защита интересов пациентов независимой структурой. Однако эту функцию могли бы выполнять некоммерческие или государственные организации.

Сложности в отлаживании механизмов взаимодействия внутри системы ОМС привели к возникновению института страховых брокеров, еще одного посреднического звена.

4. Налоговые механизмы в отношениях государства и частного сектора в здравоохранении

Регулирование в здравоохранении достаточно сложное дело, так как нужно учесть ряд конфликтующих задач, а именно обеспечить доступность и справедливость, избежать снятия сливок, неблагоприятный отбор и риск недобросовестного поведения (Sekhri, Savedoff 2006). Наиболее характерный пример в этом смысле – частное медицинское страхование (ЧМС), которое в той или иной форме присутствует во всех странах. Оно чаще всего является дополнением к основной системе здравоохранения, и является привлекательным для граждан, позволяя расширить выбор врачей или медицинских услуг, обеспечить лучшие условия пребывания в больницах, экономить время и т.д.

Следует подчеркнуть принципиальные различия в понимании двух возможных моделей медицинского страхования — социальной и частной. Специфика социального страхования в плане характера рисков и степени перераспределения/уровня охвата (обычно это практически все населения страны) приводит к тому, что в системе социального страхования возможен и происходит разрыв между страховыми взносами и уровнем риска. Взносы определяются не вероятностью наступления риска, а уровнем дохода плательщика.

Обсуждаемые проблемы касаются эффективности и справедливости. С одной стороны, рост расходов ставит на повестку дня экономию или перенос затрат, том числе и на работодателей, хотя эмпирически влияние ЧМС на сдерживание расходов, улучшение качества и расширение доступа определить сложно. Скорее, речь все-таки идет не о сокращении общих расходов на здравоохранение, а на их перераспределение, перенос в частный сектор.

Влияние финансовых стимулов на приобретение полиса ЧМС зависит не только от эластичности спроса, но и таких факторов как качество услуг в государственном секторе. Поскольку налоговые преимущества, особенно существенные, имеют издержки выбора и оказывают регрессивное влияние на финансирование здравоохранения, вопрос имеет политический характер.

Опыт Великобритании и Австралии в 1990-е гг. показывает, что они приносят выгоду, прежде всего тем, у кого уже есть страховой полис (то есть более состоятельным людям). Налоговые преференции регрессивны, так как идут на благо высокодоходных граждан, а потенциальная ценность вычета увеличивается с ростом дохода в результате прогрессивной структуры налогообложения. Однако некоторые эксперты считают, что группы с низкими доходами и те, кто имеет плохое здоровье, получают непропорциональную выгоду, так как иначе они могли бы вообще остаться без страхования.

Использование общественных средств для оплаты налоговых льгот отвлекает средства от финансирования государственной системы здравоохранения, нужно или повышать налоги, или снижать расходы в других областях. Преференциальный налоговый режим ведет к эрозии налоговой базы и снижению доходов бюджета. Во многих странах, например, Австралии или Франции, распространение льготно облагаемых социальных льгот существенно снижает налоговую базу подоходного налога. Налоговые льготы для взносов работодателя на ЧМС работников являются самым крупным и постоянно увеличивающимся налоговым расходом федерального правительства США: 76,2 млрд. долларов США в 1999 г. и 237 млрд. долларов США в 2018 г. (оценки).

Преференциальный режим может поощрить излишнее потребление, так как потребители защищены от прямых расходов на медицинское обслуживание. Это ведет к искажению потребительских предпочтений, расширению пакета страховых услуг и в итоге способствует росту затрат на здравоохранение.

Тем не менее почти половина стран ОЭСР - 15 стран, включая Австралию, Австрию, Бельгию, Канаду, Францию, Германию, Грецию, Ирландию, Италию, Люксембург, Мексику, Нидерланды, Португалию, Испанию и США - предоставляют те или иные льготы для поощрения приобретения полиса ЧМС как отдельными гражданами, так и работодателями.

Вычеты из налогооблагаемого дохода являются наиболее распространенной формой стимулов для покупателей полиса ЧМС. В этой связи суще-

ственным является вопрос о том, выплачивают ли работники подоходный налог на страховые выплаты, сделанные в их пользу работодателями. В США выплаты по ЧМС не включаются в общий доход работника, а работодатель может отнести их на расходы по ведению бизнеса.

РАЗДЕЛ 4

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В данном разделе представлен анализ опросов Росстата и других исследований с целью выявления отношения населения к основным параметрам системы здравоохранения, таким как доступность и качество, в зависимости от типа собственности медицинской организации.

Практики получения медицинской помощи

Согласно данным выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, проведенного Росстатом в 2017 г., государственные (муниципальные и ведомственные) медицинские организации (подразделения) являются основным местом получения первичной доврачебной и врачебной помощи, консультаций врачей специалистов и медицинских исследований (Росстат, 2017).

Из всех респондентов, получивших за последние 12 месяцев первичную помощь в амбулаторных условиях (включая вызов участкового врача на дом), 95,9% обращались в государственные (муниципальные) и ведомственные медицинские организации, 3,7% - в негосударственные (платные, частные) организации, еще 3,7% - к частнопрактикующим специалистам (Табл.4.1). При этом 93,8% получили первичную амбулаторную помощь на бесплатной основе по полису ОМС, а 6,1% на платной основе по полису ДМС или по счетам (за счет собственных средств 5,4%, за счет средств работодателя 0,7%) (Табл.4.2).

Среди основных причин, по которым россияне предпочитают получать первичную медицинскую помощь за счет собственных средств, на первом месте стоит низкое качество медицинских услуг, оказываемых бесплатно,

(43%), длительность ожидания очереди и/или неудобный график работы (23,6%), отсутствие специалистов (оборудования) (22,9%).

Из числа респондентов, которым была необходима консультация врача-специалиста, 84,8% получили ее в государственной (муниципальной) или ведомственной медицинской организации, 23,1% в негосударственной (платной, частной), 2,7% - у частнопрактикующих специалистов, 0,1% - в ином месте (Табл.4.1). При этом 81% получили бесплатную консультацию по ОМС, а 32,4% - платную по ДМС или по счетам (31,2% за счет собственных средств, а 1,2% за счет средств работодателя) (Табл.4.2).

Россияне, выбравшие лечение у врача-специалиста на платной основе за счет собственных средств, в качестве основных причин своего выбора назвали: высокое качество и надежность (33,3%), невозможность попасть в государственную медицинскую организацию из-за нехватки времени, больших очередей, необходимости предварительной записи (26,2%), отсутствие специалистов (22,7%). Еще десятой части респондентов (11,1%) платная консультация была предложена врачом государственной медицинской организации.

Большая часть опрошенных (90,4%), которым понадобилось пройти *медицинские исследования*, обратились в государственную или ведомственную организацию, еще 17,6% - в негосударственную (платную, частную) медицинскую организацию, 0,8% - к частнопрактикующим специалистам (Табл.4.1). 86,9% проходили медицинские исследования бесплатно по полису ОМС, 23,4% - платно (за счет собственных средств 23,4%, за счет средств работодателя 1,7%)

Среди основных причин выбора медицинских исследований на платной основе, респонденты отметили: невозможность попасть в государственную медицинскую организацию из-за нехватки времени, больших очередей, необходимости предварительной записи (32,6%), высокое качество и надежность (23,6%), отсутствие таких исследований в государственных медицинских организациях (22,3%). Кроме того, 15,3% были отправлены в негосу-

дарственную медицинскую организацию на исследования врачом государственной организации.

Таблица 4.1. Место получения медицинской помощи

	Первичная доврачебная или врачебная медицинская помощь	Консультации врачей-специалистов	Медицинские исследования
Государственные (муниципальные) и ведомственные мед.организации (подразделения)	95,9	84,4	90,4
Негосударственные (платные, частные) мед.организации (подразделения)	3,7	23,1	17,6
Частнопрактикующие специалисты	0,3	2,7	0,8
Иное	0,1	0,1	0,1

Источник: Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2017.

Таблица 4.2. Источник оплаты медицинской помощи

	Первичная доврачебная или врачебная медицинская помощь	Консультации врачей-специалистов	Медицинские исследования
Бесплатно по полису ОМС	93,8	81,0	86,9
Платно, за счет собственных средств, по полису ДМС, по счетам за услуги	5,4	31,2	23,4
Платно, за счет средств работодателя, по полису ДМС, по счетам за услуги	0,7	1,2	1,7

Источник: Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2017.

Исследование, проведенное Левада-Центром в 2016 г. (Левада-Центр, 2016), показало, что практика получения медицинской помощи тесно связана с достатком россиян: чем он ниже, тем чаще бесплатная медицинская помощь выступает в качестве основного способа лечения – к ней прибегает 80% респондентов из группы с низким материальным положением (в сравнении с 66% из более высокодоходной группы) (Рис.4.1). Возможности альтернативных способов получения помощи крайне ограничены – помощь по полису ДМС получают 6% россиян. Примерно столько же россиян (7%) имеет возможность регулярно обращаться в частные клиники.

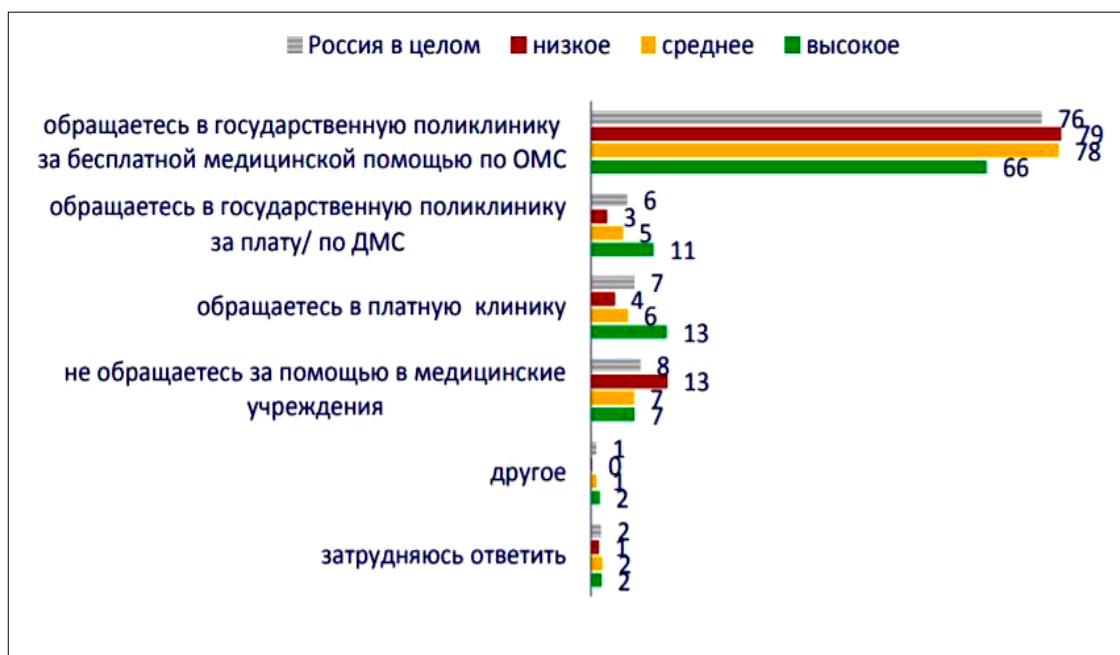


Рис.4.1. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы обычно поступаете, если нуждаетесь в медицинской помощи?» в зависимости от уровня материального положения (%)

Источник: данные Левада-Центра

Удовлетворенность медицинской помощью

По данным Росстата (2017), треть опрошенных (32,4%) считает полученную медицинскую помощь в медицинских организациях или у частнопрактикующих специалистов, эффективной по всем направлениям, более половины (52,7%) рассматривают ее как эффективную, но не по всем направлениям, а 14,6% - как малоэффективную или совершенно неэффективную. При этом 97,2% намерены получать медицинскую помощь в этом же месте в дальнейшем (видимо, другого выбора нет).

Данные Левада-Центра позволяют оценить удовлетворенность медицинской помощью в медицинских организациях разного типа собственности. Более 45% россиян оценивает качество услуг в государственных медучреждениях на «1» и «2», и только каждый десятый - на «4» и «5» по 5-балльной шкале (Рис.4.2). В частных учреждениях ситуация диаметрально противоположная.

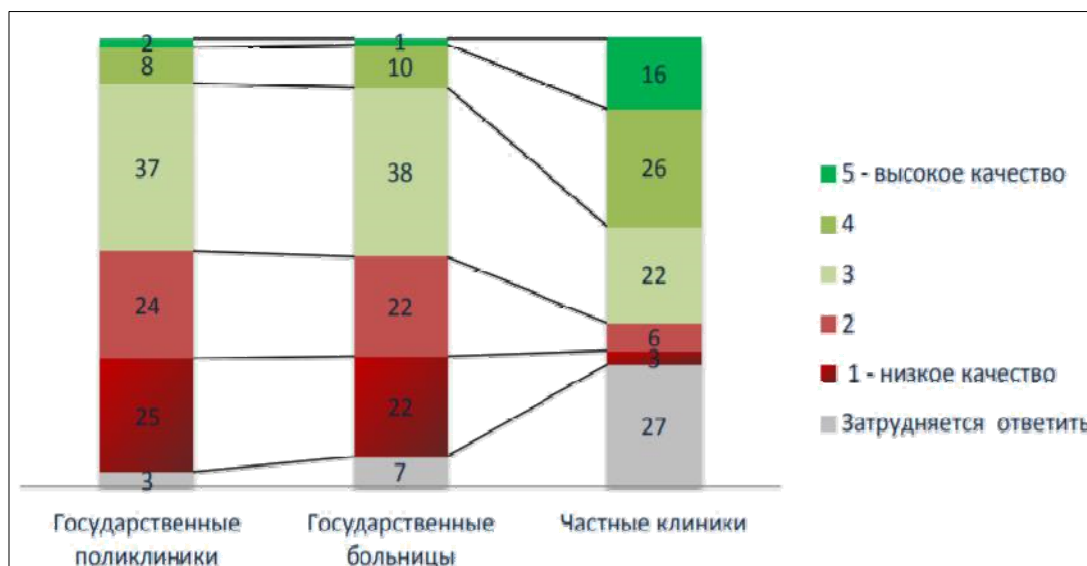


Рис.4.2. Оценка качества медицинских услуг в медучреждениях разного типа, (%)

Источник: данные Левада-Центра

Отказ от получения медицинской помощи

Неудовлетворенность качеством получаемой помощи в государственных (муниципальных) учреждениях приводят к двум последствиям для пациентов: либо получению помощи на платных условиях, либо, чаще всего, отказу от нее в принципе. Так, по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения за 2016 г. (Росстат, 2016), треть (33%) россиян не обращаются за профессиональной медицинской помощью, когда в ней есть потребность. Среди причин отмечается недовольство работой медицинских организаций, отсутствие времени на их посещение, неверие в эффективность лечения, возможность получить лечение только на платной основе.

Схожие тенденции демонстрируют данные опроса Левада-Центра, согласно которым за последние два года 32% россиян не обращались в медучреждения, в том числе 40% в сельской местности.

Однако не все, кто обращается за помощью в медицинские организации, может ее получить. По данным Росстата (2017), из числа обратившихся за последние 12 месяцев за медицинской помощью опрошенных 84,1% получили консультацию врача-специалиста, а 15,8% не смогли или отложили консультации на неопределенный срок. Основные причины: длительность ожидания очереди, неудобный график работы врача (26,1%), нехватка време-

ни (24,1%), отдаленность медицинской организации (14,6%), отсутствие средств на предложенную платную консультацию (11,9%).

Аналогично, из числа опрошенных, которым требовались медицинские исследования, 7,4% не смогли их пройти или отложили на неопределенное время. Среди причин отказа опрошенные называют нехватку времени (25,6%), длительность ожидания очереди или неудобный график (23,9%), невозможность оплатить предложенное платное исследование (19,9%), отдаленность медицинской организации, где можно пройти исследование (16,5%).

Таким образом, большинство россиян, как и прежде, предпочитают лечиться в государственных клиниках, но последние буквально выдавливают население в частную медицину. Она остается единственным выходом не только для тех, кто предпочитает вежливое обращение, комфорт, хороший сервис, но и для тех, кто, опасаясь за свое здоровье, не может ждать 2-3 недели приема у специалиста, потом еще столько же - медицинских исследований. Ведь эффективность медицинской помощи во многом зависит от возможности получить ее оперативно. Преимущества частной медицины очевидны, однако лишь небольшая часть россиян имеет возможность пользоваться услугами платных врачей в частных клиниках. Возможно, именно этим объясняется то, что значительная доля россиян переходит на самолечение.

Восприятие несправедливости неравенства, связанного с доходом, в доступе к услугам здравоохранения, и готовность платить более высокие налоги на улучшение здравоохранения для всех.

Исследование информационной базой которого стали данные Международной программы социальных исследований (International social survey program (ISSP)), раунда, проведенного в 2011 г. в 32 странах и охватившего в общей сложности около 55 тысяч человек в возрасте 18 лет и старше, из которых были отобраны респонденты, проживающие в России – всего 1511 человек, позволило установить, что значительная часть россиян (67,7%) полагает несправедливым то, что лица с более высокими доходами могут позво-

лить себе более качественное медицинское обслуживание, чем люди с более низкими доходами ⁸ (Кислицына, 2018).

Установлено, что с большей вероятностью воспринимают несправедливость неравенства в доступе к услугам здравоохранения лица, имеющие плохое здоровье, низкий социально-экономический статус, располагающие полисом ОМС и считающие страховое покрытие плохим, воспитывающие детей до 18 лет, придерживающиеся левых политических убеждений. Полученные результаты подтверждают найденные ранее в других странах.

Воздействие этих факторов (кроме идеологических убеждений) можно объяснить с помощью гипотезы «личной заинтересованности» (self-interest), которая опирается на теорию рационального выбора, согласно которой рациональное поведение отдельного человека или группы людей проявляется в их стремлении достичь максимальной полезности из потребления с учетом ограничений бюджета. Например, плохое здоровье, наличие детей до 18 лет, очевидно, связаны с увеличением использования услуг здравоохранения. Социально-экономический статус подразумевает сочетание как риска для здоровья, так и ресурсов для его сохранения и улучшения. Лица с более низким социально-экономическим статусом имеют значительно более высокую вероятность проблем со здоровьем и в большей степени зависят от обеспечения общественного здравоохранения вследствие недостатка финансовых средств. В соответствии с гипотезой личной заинтересованности те, кто нуждается в выгодах от конкретной политики или рискуют стать ее бенефициарами, с большей вероятностью будут поддерживать эту политику (т.е. эгалитарную политику в области здравоохранения - политику, в которой каждый получает определенный уровень пользы для здоровья независимо от своего социально-экономического статуса), поскольку она служит их интересам (Missinne et al., 2013).

⁸ Ответы на вопрос «Насколько справедливо или несправедливо то, что люди с более высокими доходами могут позволить себе более качественное медицинское обслуживание, чем люди с более низкими доходами?» были закодированы как несправедливо («несправедливо» и «очень несправедливо») и справедливо («очень справедливо», «справедливо», «ни справедливо, ни несправедливо»)

Как показывают зарубежные исследования, восприятие несправедливости неравенства может оказать негативное влияние на доверие системе здравоохранения, использование и качество медицинской помощи (Mohseni et al., 2007). Согласно полученным результатам восприятие несправедливости особенно выражено среди обездоленных людей с плохим здоровьем (Кислицына, 2018). Потеря доверия к системе здравоохранения среди этих людей может привести к дальнейшему увеличению неравенства в использовании и качестве услуг здравоохранения и росту социально-экономического неравенства в состоянии здоровья россиян.

Кроме того, исследование (Кислицына, 2018) показало, что большая часть населения не готова внести свой вклад в улучшение уровня медицинского обслуживания для всех (желающих всего 14,6%)⁹. С меньшей вероятностью согласны внести свой вклад в улучшение медицинского обслуживания пожилые, лица, имеющие плохое здоровье, низкое образование, низкий социально-экономический статус, неработающие, т.е. те, кто с большей вероятностью обладает экономической уязвимостью.

В ходе раунда Международной программы социальных исследований (International social survey program (ISSP)), проведенного в 2016 г., было выяснено мнение 1576 россиян о том, кто должен предоставлять (обеспечивать) медицинскую помощь для больных. Подавляющая часть опрошенных (93%) полагает, что этим должно заниматься государство. Еще 1,2% возлагают эту обязанность на семью, родственников и друзей, 2,7% - на коммерческие организации/частные компании, 2,6% - общественные, некоммерческие, благотворительные организации, 0,5% - на религиозные организации.

Полученные результаты позволяют предположить, что дальнейший уход государства из сферы здравоохранения, расширение платности медицинских услуг, введение соплатежей может столкнуться с ростом недовольства населения.

⁹ Ответы на вопрос: «В какой степени Вы желали бы платить более высокие налоги для улучшения уровня медицинского обслуживания для всех людей в стране?» были закодированы как готовы внести свой вклад в улучшение здравоохранения («очень желательно», 2 – «желательно», 3 – «и желательно, и нежелательно») и не готовы («нежелательно», 5 – «очень нежелательно»).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги, необходимо отметить, что в России происходит постепенное, но последовательное развитие частного сектора, как в области оказания медицинских услуг, так и с точки зрения увеличения личного финансирования здравоохранения. Наблюдается тенденция к повышению роли частных финансов в общих расходах на здравоохранение, причем личные выплаты составляют их основную долю. Россияне оплачивают из своего кошелька намного большую долю медицинских расходов, чем жители других западных или даже восточноевропейских стран. Частные медицинские службы получили право участия в системе ОМС и, таким образом, могут лечить пациентов, получая возмещение за ее счет, а государственные медицинские организации могут официально предлагать услуги за плату.

В целом, задача состоит в том, чтобы найти правильный баланс между государственным и частным, обязательным и добровольным с тем, чтобы обеспечить реализацию права граждан на охрану здоровья.

При оценке общего результата, особенно с использованием показателей состояния здоровья, сложно сказать, кто больше внес вклад в его поддержание. Система подстраивается под ресурсы, а не наоборот - то есть она формируется уже с учетом доплат граждан, роста личного финансирования. При этом государство экономит свои средства, думает об их эффективности, но не занимается контролем личных трат граждан по принципу: если хочешь потратить, то заплати. В Докладе о человеческом развитии в Российской Федерации, подготовленном аналитическим центром при Правительстве РФ, отмечается, что «платность медицинских услуг нарастает, причем в хаотичной и неконтролируемой форме, когда неожиданно и непрозрачно вводится плата за услуги, которые формально должны предоставляться бесплатно, а пациенты лишены защиты в сфере платных услуг и неформальных платежей» (Доклад, 2014). Парадоксально, но государство само создает условия для того, чтобы пациенты платили за медицинскую помощь. Система здравоохранения превращается в бизнес с многомиллиардным оборотом. Таким об-

разом, здравоохранение разделяется на две категории — для платежеспособных пациентов и для бедных. Первым будут доступны различные виды высокотехнологичной медицинской помощи, о которой рапортует Минздрав. Бедные же оказываются лишенными возможности получить ее, все чаще вынуждены прибегать к самолечению. При этом большинство россиян считает такое разделение здравоохранения несправедливым.

ЛИТЕРАТУРА

- Аналитический центр Юрия Левады. Противостояние логик: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Отчет, 2016.
- Владимиров К. Раннее обнаружение // Коммерсант. 18.10.2016. <https://www.kommersant.ru/doc/3118658>.
- Гончарова О. Состояние и тенденции развития частного сектора в здравоохранении России // Менеджер здравоохранения. 2010. № 4. С. 1-5.
- Григорьева Н.С. Социальная политика в России и мире: востребованность социального качества» // Мир перемен. 2008. №1.
- Гусенко М. Ростом не вышли. Зарплаты врачей растут лишь в официальных сводках Росстата // Российская газета. 2017. Федеральный выпуск №7224 (58). <https://rg.ru/2017/03/20/issledovanie-zarplaty-vrachej-rastut-lish-v-vodkahrosstata>.
- Дерябина М.А., Цедилин Л.И. Государственно-частное партнерство: теория и практика. Научный доклад. Институт экономики РАН, 2007.
- Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2014 год / Под ред. Л.М. Григорьева и С.Н. Бобылева. М.: Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации, 2014.
- ДокторПитер. Фонд «Здоровье»: Число аппаратов для МРТ и КТ растет, очереди на обследование не уменьшаются. 06.06.2016. <http://doctorpiter.ru/articles/14492/>.
- Журавлева Н. Сколько получают российские врачи? VADEMECUM. 2016. https://vademec.ru/article/skolko_poluchayut_rossiyskie_vrachi_-/.
- Здравком. Плохую репутацию не предлагать! Какая медицина лучше – государственная или частная. 29 декабря 2012. <http://zdravkom.ru/medicine/plohuyu-reputatsiyu-ne-predlagat-kakayameditsina-luchshe-gosudarstvennaya-ili-chastnaya/>.
- Кеннет К. Российская частная медицина сегодня // THE RUSSIA CORPORATE WORLD. Сентябрь 2013. Выпуск-9. <http://trcw.ru/articles/detail.php?ID=3451>.
- Кислицына О. Восприятие россиянами несправедливости неравенства в доступе к услугам здравоохранения и детерминирующие его факторы // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. №3 (61).
- Комаров Ю.М. О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации // МЕДИЦИНА. 2013. № 3.
- Кузнецова Т. Негосударственный сектор в советской экономической системе // Вопросы экономики. 1992. № 2.
- Маевский В. Становление смешанной экономики: макроэкономические аспекты // Вопросы экономики. 1993. № 1.
- Медвестник. Больничных коек скоро останется меньше, чем в царской России. 07.04.2017. <https://medvestnik.ru/content/news/Bolnichnyh-koekskoro-ostanetsya-menshe-chem-v-carskoi-Rossii.html>.

- Медицинская Россия. Как медикам рисуют высокие цифры зарплат. 2017. <https://medrussia.org/2717-risuyut-vysokie-cifryzarplat/#hcq=IPn5nAqhttps://medrussia.org/2717-risuyut-vysokie-ifryzarplat/>.
- ОТР. Реальные цифры. Зарплата российских медработников. 2017. <https://otronline.ru/programmy/novosti-otrazhenie-nedeli/realnie-tsifri-zarplata-24745.html>.
- Радыгин А., Ю. Симачев, Р. Энтов. Государственная компания: сфера проявления «провалов государства» или «провалов рынка»? // Вопросы экономики. 2015. № 1.
- Ракитина Л. Государственные VS. частные. Катренстиль. 2012. №107. https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/spotlight/gosudarstvennyie_vs_chastnyie_.
- Росстат. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2017. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/quality17/index.html.
- Росстат. Комплексное наблюдений условий жизни населения, 2016. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ16/index.html.
- Скворцова В.И. Выступление на итоговой коллегии Минздрава России. Материал опубликован 30 марта 2018. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/03/30/7544>.
- Сухов Д.Р. От общего к частному// Медвестник. 08.06.2017. <https://medvestnik.ru/content/interviews/Ot-obshego-k-chastnomu.html>.
- Счётная палата. Об оптимизации в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания. Аудиторский отчет, 13 апреля 2015 г. www.ach.gov.ru/press_center/news/21297.
- Токун Л.В. Инвестиции как фактор устойчивости российского здравоохранения // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2016. Т. 7. № 2. С. 132–138.
- Хавина С. Многообразие типов смешанной экономики за рубежом // Вопросы экономики, 1993. № 1.
- Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения. М.: ИЭ РАН, 2009.
- Чубарова Т.В. Конкуренция, квази-рынки и социальная сфера: опыт здравоохранения // Аналитический вестник Совета Федерации «О приоритетах Правительства Российской Федерации в социальной сфере на среднесрочную перспективу». Сентябрь 2016. №38 (637).
- Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4.
- Шоу Бернард. Врач перед дилеммой. Собрание сочинений в 6 томах. Том 3. 1978-1981. Л.: Искусство.
- Annesley C. Lisbon and Social Europe: Towards a European "Adult Worker Model" Welfare System //Journal of European Social Policy. 2007. Vol 17. No 4.

- Bellettini G., Ceroni C.B. Social Security Expenditure and Economic Growth: an Empirical Assessment // *Research in Economics*. 2000. Vol.54. No3.
- BusinesStat. Рынок медицинских услуг в России: структура, тенденции и перспективы. <http://conference.apcmed.ru/upload/iblock/246/BusinesStat.pdf>.
- Etheredge L., Jones S. Managing a pluralist health system // *Health Affairs*. 1991. 10, no.4 (1991):93-105.
- Giddens A. *The Third Way. The renewal of social democracy*. Cambridge: Polity Press, 1998.
- Ikeda S. *Dynamics of the mixed economy: toward a theory of interventionism*. Routledge, 1997.
- Jessop B. Towards a Schumpeterian Workfare State? Preliminary Remarks on Post-Fordist Political Economy // *Studies in Political Economy*. 1993. (40).
- Marmor T.R., Okma K.G.H. Cautionary Lessons from the West: What (not) to Learn from Other Countries' Experience in the Financing and Delivery of Health Care' In P. Flora, P. R. de Jong, J. Le Grand and J-Y. Kim (eds) *The State of Social Welfare*, 1997. International Studies on Social Insurance and Retirement, Employment, Family Policy and Health Care. Aldershot: Ashgate, 1997.
- Missinne S., Meuleman B., Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries // *Journal of European Social Policy*. 2013. 23: 231–247.
- Mohseni M., Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study // *Soc Sci Med*. 2007. 64: 1373–1383.
- Mosebach K. Making Sense of Health Care Commercialization and Liberal Utopias of Market-Driven Health Care: Theoretical Explorations in Karl Polanyi's Double Movement Concept as Critique of the Global Health Care Reform Industry. Paper presented at the conference: Great Transformations? Global Perspectives on Contemporary Capitalism', 9-13 January 2017 at the Johannes Kepler University in Linz, Austria (January 13th 2017).
- Mou H. The political economy of the public–private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries // *Health Policy*. 2013. Volume 113, Issue 3: 270–283.
- Moran M. Understanding the Welfare State: the Case of Health Care' // *British Journal of Politics and International Relations*. 2000. 2 (2): 135-60.
- Nelson R. R. Roles of Government in a Mixed Economy // *Journal of Policy Analysis and Management*. 1987. 6(4):541-566.
- OECD. *Reconciling Economy and Society: Towards the Plural Economy*. OECD, 1996.
- Powell M. *Understanding the mix economy of welfare*. Polity Press University of Bristol, 2007.
- Reyes-Gonzalez J. A. *A critical assessment of the Mixed Economy of Welfare: Lessons from the UK and Spain*, 2015.
- Saich T.S. *Social Welfare Pluralism and Economic Transition: Pluralism and Integration of Service Delivery*. ILO, Geneva, 2002.

- Saltman R.B., Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bull World Health Organ.* 2000.78(6):732-9.
- Scott B.R. The Political Economy of Capitalism. Harvard Business School Working Paper, No. 07-037, December 2006.
- Sekhri N., Savedoff W. Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries // *The International Journal of Health Planning and Management.* 2006. 21(4): 357-392.
- Spicker P. *Social Policy: Themes and Approaches.* The Policy Press, 2008.
- Hyman S. The Theory of the Mixed Economy // *Management International Review.*1978. Vol. 18, No. 4:59-71.
- Titmuss R. *The Social Division of Welfare: Some Reflections on the Search of Equity. Essays on "The Welfare State".* London: Allen and Unwin, 1974.
- Tuohy C. J., Flood C. M., Stabile M. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations// *Journal of Health Politics, Policy and Law.* 2004. 29(3): 359-396.
- Veatch R. M. Ethical Dilemmas of For-Profit Enterprise in Health Care. Pp. 125-152 In Bradford H. Gray, editor. (ed.), *The New Health Care for Profit.* Washington, D.C.: National Academy Press, 1983.
- Wendt C., Frisina L., Rothgang H. Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison // *Social Policy & Administration.* 2009. Vol. 43. No. 1:70– 90.
- WHO. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* Geneva: World Health Organization, 2000.
- WHO. PPM news. A newsletter on engaging all care providers in TB care and control. 2009. Issue 1.