

Организация здравоохранения в социальной политике

Городецкий Дмитрий Игоревич

доктор экономических наук,

академик Международной академии менеджмента,

Научный руководитель кафедры регионального
управления МГИМО

«По мере развития человечества значимость проблем распределения возрастает»

В.В.Леонтьев

Социальная политика государства – комплекс мер, направленных на повышение качества и уровня жизни населения, развитие социальных отраслей и социальной помощи

Главные задачи

- Формирование человеческого капитала
- Помощь уязвимым слоям населения
- Создание благоприятных условий для воспроизводства и оздоровления нации
- Борьба с бедностью
- Справедливое распределение социальных благ
- Повышение роли органов власти как субъектов социальной политики

Основные направления соцполитики

1. Производство и распределение социальных благ (по отраслям)
2. Организация социальной помощи гражданам, не имеющим возможности себя обеспечить
3. Развитие социальной инфраструктуры
4. Бюджетирование, ориентированное на результат
5. Формирование институциональных условий (правовых, финансовых, организационных) для эффективного функционирования социальных отраслей и учреждений
6. Усиление трудовой мотивации для работающих, стимулирование занятости, особенно в здравоохранении и народном

Основные направления соцполитики

7. Снижение инфляции, рост потребительского спроса, регулирование денежных доходов населения
8. Система социального страхования
9. Удовлетворение минимальных государственных социальных стандартов
10. Обеспечение досуга и культурных запросов населения
11. Вовлечение частного сектора и домашних хозяйств в решение социальных проблем и поддержания здоровья нации

Успешные программы последних лет

- Информатизация всех социальных отраслей
- Обеспеченность детскими садами, помещениями и оборудованием
- Оснащение отдаленных местностей школьными автобусами
- Жилье для военнослужащих и социальных работников
- Строительство новых перинатальных и высокотехнологических медцентров
- Льготное кредитование сельхозпроизводителей
- Уравнивание МРОТ и ВПМ
- Инициативная разработка национальных целей и проектов

Структура бюджетных расходов на социальную сферу, %

направление расходов	федеральн ый бюджет	региональн ые бюджеты	местные бюджеты
Образование	18	42	40
Культура, искусство	34	35	31
Здравоохранение, спорт	28	62	10
социальная политика	71	23	6
ЖКХ	17	47	36

Социальный бюджет страны – часть государственной бюджетной системы, совокупность экономических отношений субъектов хозяйствования по поводу формирования, распределения и расходования финансовых ресурсов, необходимых для жизнедеятельности населения и функционирования органов власти

Элементы социального бюджета

- Бюджетные расходы государства на социальные цели
- Расходы внебюджетных государственных фондов
- Социальные инвестиции корпораций и предприятий

Глобальные индикаторы качества ЖИЗНИ

индикатор	Швеци я	США	Герман ия	Росси я	Турци я
Уровень занятости, 15-64 лет, %	79,8	74,0	77,3	72,4	49,6
ВВП, \$/душу	55041	51750	41900	14037	10670
Средняя з/п, \$/мес	3023	3263	2724	810	1731
Средняя пенсия, \$/мес	1814	1338	1770	314	645
Охват пенсиями, %	77	73	75	69	38
Продолжительность жизни, лет	80,9	78,1	80,7	66,0	72,0
Госрасходы на собес, % ВВП	22,6	8,9	19,0	8,2	8,3
Госрасходы на з/о, % ВВП	6,8	7,0	7,7	4,0	5,4
Расходы на з/о, \$ на душу	2533	3074	2548	404	461
Место по ИРЧП	7	15	22	71	79

Разграничение расходных полномочий в соцсфере

Федеральный бюджет:

- Содержание учреждений федеральной собственности
- Пенсионное обеспечение

Софинансирование из трех бюджетов:

- Здравоохранение
- Соцзащита населения
- Образование
- Культура, кино, СМИ

Разграничение расходных полномочий в соцсфере

Бюджеты субъектов РФ:

- Содержание региональных соцучреждений
- Обеспечение деятельности СМИ

Местные бюджеты

- Содержание муниципальных соцучреждений
- Общее школьное образование
- ЖКХ и ТКО
- Массовый спорт
- Создание материальных и кадровых условий (целевые направления в медицинские ВУЗы, программа «Земский доктор»)

Специфика доминирования социальных расходов в бюджетной политике РФ

1. Высокая зависимость обеспеченности соцотраслей от цены энергоносителей (8,6% ВВП в 2018)
2. Систематическое «проедание» накопленных резервов (ФНБ на 01.02.2009 – 18,9% ВВП; на 1.10.2018 – 4,9%)
3. Инерционное сохранение защищенных статей (до 70% расходов ФБ на социальные выплаты публично-нормативные обязательства, зарплаты, налоги и т.п.)
4. Перекосы бюджетной консолидации, периодическое сокращение инвестрасходов (доля ФАИП в ФБ-2012 – 7,0% в ФБ-2017 – 2,8%; в региональных бюджетах соответственно – 16,1% и 12,3%)

Специфика доминирования социальных расходов в бюджетной политике РФ

5. Низкая прозрачность большого арсенала бюджетных инструментов и процедур (2018 – одновременно действовали 44 госпрограммы, 25 ФЦП, 29 приоритетных проектов)
6. Недоиспользование внешних источников сбалансированности ФБ (объем внешнего долга на 01.10.2018 всего \$47млрд.)
7. Частая коррекция бюджетного правила: с 2004 г сменилось 4 версии (стерилизация НГ-доходов и накопление суверенных фондов)
8. Высокая капиталоемкость и соцориентация национальных целей и проектов (Указ Президента от 07.05.2018 № 204)

Концептуальные альтернативы управления социальной сферой

- 1. Концепция базовых нужд** (в еде, одежде, питании, воде, саночистке, образовании, здравоохранении, транспорте и т.п.)
- 2. Концепция человеческого капитала** (совокупность знаний, здоровья и производительности труда – главный фактор экономического роста)
- 3. Концепция качества жизни** (компоненты жизненного и социального плана, в т.ч. семья, соцсвязи, гражданские права и т.п.)

Здравоохранение РФ

Медицина – одна из наиболее масштабных, острых и проблемных отраслей социальной сферы

По Конституции – предмет совместного ведения РФ и субъектов

По локализации и массовости оказания медпомощи – зона муниципальной ответственности

По финансированию – совмещение принципов страховой медицины, коммерческих и некоммерческих начал

По функциям распределения медуслуг – лечебно-диагностические, профилактические (диспансеризация, вакцинация, ЛФК), транспортные (скорая помощь, неотложка, санавиация), санитарно-гигиенические (карантин, санпросвет, эпиднадзор)

По потерям от заболеваний и смертности – зона экстремума (240 млн. болезней и 1,8 млн. смертей в 2018 обусловили недобор 15% ВВП при среднегодовых расходах 3% ВВП – втрое меньше высокоразвитых стран)

Расходы на здравоохранение (Ъ, 27.02.2019)

- Рост мировых расходов на з/о (4% за 2000-16, в т.ч. в развитых странах 6%) обгоняет рост мировой экономики (2,8%)
- Затраты на з/о (ВОЗ) – 10% ВВП, в развивающихся странах – 6%. При этом душевые расходы составляют в богатых странах, где 20% населения мира, 2300\$/чел (80% глобальных расходов), в бедных странах – 9\$/чел
- В России за 2000-18 госрасходы выросли только на 0,1% - до 4,1% ВВП. Из них 20% затрат неэффективны. В 10% случаев госпитализации – перерасход больничных ассигнований на 17%. До 55% посещений служб неотложной помощи неоправданно
- Из госбюджетов поступает 51% расходов, от личных средств граждан – 35%. Доля внешней помощи – всего 1% (ВИЧ, туберкулез, малярия)
- Региональные различия в расходах на администрирование отрасли огромны

Субъекты управления здравоохранением



Инфраструктура управления здравоохранением



Направления реформирования здравоохранения

1. Переход к программно-целевому и проектному управлению
2. Встраивание отрасли в систему национальных и федеральных проектов
3. Цифровизация
4. Коренное улучшение обучения (в РФ – 6% студентов, в развитых странах – до 27%), ДПО (в РФ – 10-20%, в развитых странах – 70%)
5. Доступность и качество медицинской помощи
6. Расширение прав профессиональных объединений специалистов
7. Постепенное и частичное задействование населения в финансирование здравоохранения без снижения доходов граждан, с ростом затрат в 1,5-2 раза – до уровня развитых стран
8. Устойчивое снижение смертности и увеличение продолжительности жизни: до уровня развивающихся стран – за 5-7 лет, до уровня развитых государств – за

Рейтинги здравоохранения среди социальных отраслей

Показатель	Место среди 150 стран
Общий уровень экономического развития (ВВП на душу по ППС)	43
Реальные доходы на душу населения	50
Качество образования	20-30
Качество дорожной и транспортной инфраструктуры	30-60
Индекс социального развития	65
Смертность населения	90
Ожидаемая продолжительность жизни мужчин	120
Число женщин в фертильном (15-39) возрасте: 2013 – 22,6 млн., 2035 – 14,5 млн.	110-120

- Качество здравоохранения
- Рождаемость: 2014 – 13,3 на тыс. чел., 2035 – 8,9
- Смертность в 2014: мужчин -15,1 на тыс. чел., женщин – 7,5 на тыс. чел.

Причины пониженной продолжительности жизни в РФ

1. Медленные темпы снижения смертности и роста рождаемости
2. Бедность
3. Кризисы, стагнация, рецессии
4. Повышенные военные и пониженные социальные расходы (на з/о в 2014 – 535 млрд.руб, 2015 – 149 млрд.руб)
5. Недостаточная социальная ответственность бизнеса
6. Неаккуратная оптимизация и модернизация здравоохранения и соцзащиты
7. Высокая смертность от внешних причин (на 100 тыс. чел в РФ – 235, КНР – 78, Польша – 53, США – 48, Германия – 29)
8. Хронический стресс
9. Избыточный вес (1/3 населения)
10. Нехватка современной инфраструктуры

Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс.чел)

Страна	Всего	В том числе	
		От ИБС	От заболеваний сосудов мозга
Россия	343	180	101
Япония	106	33	45
Франция	118	37	28
США	188	99	32
Германия	211	96	42

Потери нацдохода РФ за 1991-2015 от сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний – 300 млрд. \$ (ВОЗ)

Средняя продолжительность жизни – как 50 лет назад, возросли смертность мужчин, заболеваемость, численность инвалидов

Хотя Россия превзошла СССР по ВВП и зарплате в 2014, в сравнении с лучшей страной мира по з/о (ВОЗ) – Францией, - уровень РФ хуже в 5 раз

Показатели национальных систем здравоохранения, на 100 тыс.

государство	число врачей	число стационарных коек
Армения	354	443
Белорусия	462	107
Бразилия	265	290
Великобритания	213	408
Германия	365	893
Израиль	371	611
Индия	56	93
Италия	619	430
Казахстан	363	774
Китай	147	232
Россия	484	1125
США	267	340
Финляндия	319	720
Франция	334	780
ЮАР	67	345
Япония	206	1449

Подушевые расходы на здравоохранение по ППС, \$, 2010

- США – 6714
- Канада – 3762
- Франция – 3554
- Австрия – 3545
- Дания – 3349
- Германия – 3328
- Швеция – 3119
- Великобритания – 2784
- Япония – 2514
- Финляндия – 2472

Динамика развития здравоохранения РФ

Год	всего врачей, тыс.чел	врачей на 10 тыс. населения	число больниц, тыс	число коек, тыс	число поликлиник, тыс
1990	6673	45,0	12,8	2037,8	21,5
2000	680,2	46,8	10,7	1671,6	21,3
2010	716	50,1	6,3	1339	15,7

Модели финансирования здравоохранения

1. Бюджетно-страховая модель – за счет целевых взносов работодателей, работников и бюджета (Германия, Франция, Австрия, Швейцария и многие др.)
2. Бюджетная модель – преимущественно за счет бюджета (Великобритания, Дания, Норвегия, Финляндия, Россия до 1991г. и др.)
3. Предпринимательская модель – за счет продаж медучереждениями населению медицинских услуг, а так же за счет средств ДМС (США)

Цели введения ОМС в РФ

1. Активное привлечение внебюджетных ресурсов и в первую очередь средств предприятий
2. Децентрализация управления лечебно-профилактической деятельностью через ТФОМС
3. Повышение экономической эффективности медицинских расходов
4. Расширение хозяйственной самостоятельности и оптимизация сети ЛПУ
5. Постепенный переход к рынку медуслуг при сохранении преимущественной бесплатности для населения
6. Снижение заболеваемости за счет общей профилактики и здорового образа жизни
7. Поиск новых целевых внебюджетных источников финансирования

Функции страховых медицинских организаций

1. Организация медпомощи застрахованным
2. Оплата медицинских услуг в рамках программ ОМС
3. Экспертный контроль качества предоставляемых медуслуг
4. Защита прав и интересов застрахованных
5. Применение санкций за нарушение в процессе предоставления медуслуг

Система финансового обеспечения здравоохранения

Источники финансовых ресурсов

Взносы
работодателей
на ОМС

Средства
населения

Средства
ведомств на
содержание
ЛПУ

Бюджетные
средства

Финансовые ресурсы
здравоохранения

направления
использования средств

Содержание ЛПУ

Содержание
СМП, СЭС и др.
учреждений

Содержание
медицинских НИИ

Источники финансирования здравоохранения РФ

	Источник	% к итогу
1	Госфинансирование, в т.ч.	56
	федеральный бюджет	14
	территориальные бюджеты	24
	взносы работодателей на ОМС	18
2	Расходы населения на меднужды	43
	на медицинскую помощь	20
	приобретение лекарств	22
	ДМС	1
3	Расходы предприятий на содержание ведомственных ЛПУ	1
	ИТОГО:	100

Виды бесплатной медпомощи по Программе госгарантий

1. За счет средств бюджетов здравоохранения

- 1) Скорая медицинская помощь
- 2) Амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь по социально-значимым заболеваниям (кожвенболезни; туберкулез; СПИД; психиатрические расстройства; наркология; патология при беременности и родах; патологии детей и новорожденных)
- 3) Диспансерное наблюдение здоровых детей
- 4) Льготная лекарственная помощь и протезирование
- 5) Дорогостоящая медицинская помощь при орфанных заболеваниях

Виды бесплатной медпомощи по Программе госгарантий

2. За счет средств базовой программы ОМС

2.1 Инфекционные и паразитарные заболевания
(кроме п.1.2)

2.2 Онкологические заболевания

2.3 Болезни эндокринной системы

2.4 Кожные болезни

2.5 Нарушения питания

2.6 Заболевания нервной системы

2.7 Болезни крови

2.8 Иммунная патология

2.9 Заболевания сердца и сосудов

Виды бесплатной медпомощи по Программе госгарантий

2. За счет средств базовой программы ОМС

2.10 Глазные болезни

2.11 Болезни уха

2.12 Болезни органов дыхания

2.13 Болезни органов пищеварения

2.14 Все виды травм и отравлений

2.15 Болезни костно-мышечной системы

2.16 Некоторые виды врожденных аномалий

3. На основе подушевых нормативов

4. По расчетам затрат на единицу медпомощи

Необходимые меры для подъема здравоохранения

1. Замена сметного порядка бюджетного финансирования оплатой конечного результата деятельности медучреждений (БОР)
2. Переход к одноканальному бюджетному финансированию клинической деятельности с объединением вопросов текущего содержания и целевого финансирования высокотехнологичных видов помощи
3. Переход от усеченной к полной тарификации и оплате услуг ОМС
4. Переход от двухканальной к одноканальной системе распределения средств здравоохранения с концентрацией всех платежей (в т.ч. за неработающее население) в ФОМС
5. Сохранение прямого бюджетного финансирования за узким кругом социально значимых заболеваний, приобретением дорогостоящего оборудования, новым строительством, капремонтом и реконструкцией

Необходимые меры для подъема здравоохранения

6. Неукоснительное следование принципу подушевого финансирования «деньги следуют за больным»
7. Укрупнение, специализация и интенсификация использования коечного фонда больниц (65% общего финансирования отрасли)
8. Достижение должной преемственности в работе научных центров, стационаров, поликлиник и диспансеров
9. Опережающее развитие сети амбулаторий, ВОПов и ФАПов (низовое первичное звено)

Современная модель управления здравоохранением

1. Создание оптимальной инфраструктуры (здания, лечебные помещения, лечебно-диагностическое оборудование, материалы, медикаменты, питание, специализация)
2. Процессное управление медицинскими технологиями через компьютерные системы
3. Углубленный анализ результатов лечебно-диагностической помощи
4. Внедрение элементов цифровизации, стратегического планирования и проектного управления
5. Система непрерывного обучения медперсонала
6. Дифференцированная оплата труда медработников, в т.ч. в контексте майских указов Президента 2012 и 2018 гг.
7. Программа «Золотой стандарт диагностики» - НИИ кибермедицины
8. Создание учебных и исследовательских центров, базовых клиник по каждой медтехнологии
9. Расширение практики ДМС, страхование медучреждений и врачей
10. Опережающее развитие сети офисов ВОП, амбулаторий и ФАП
11. Рост бюджетных расходов на здравоохранение (в 2016 – доля ВВП РФ – 3,3 %, ЕС – 10%, США – 17%)

Паспорт нацпроекта

«Здравоохранение»

Утвержден Госсоветом 03.09.2018 г.

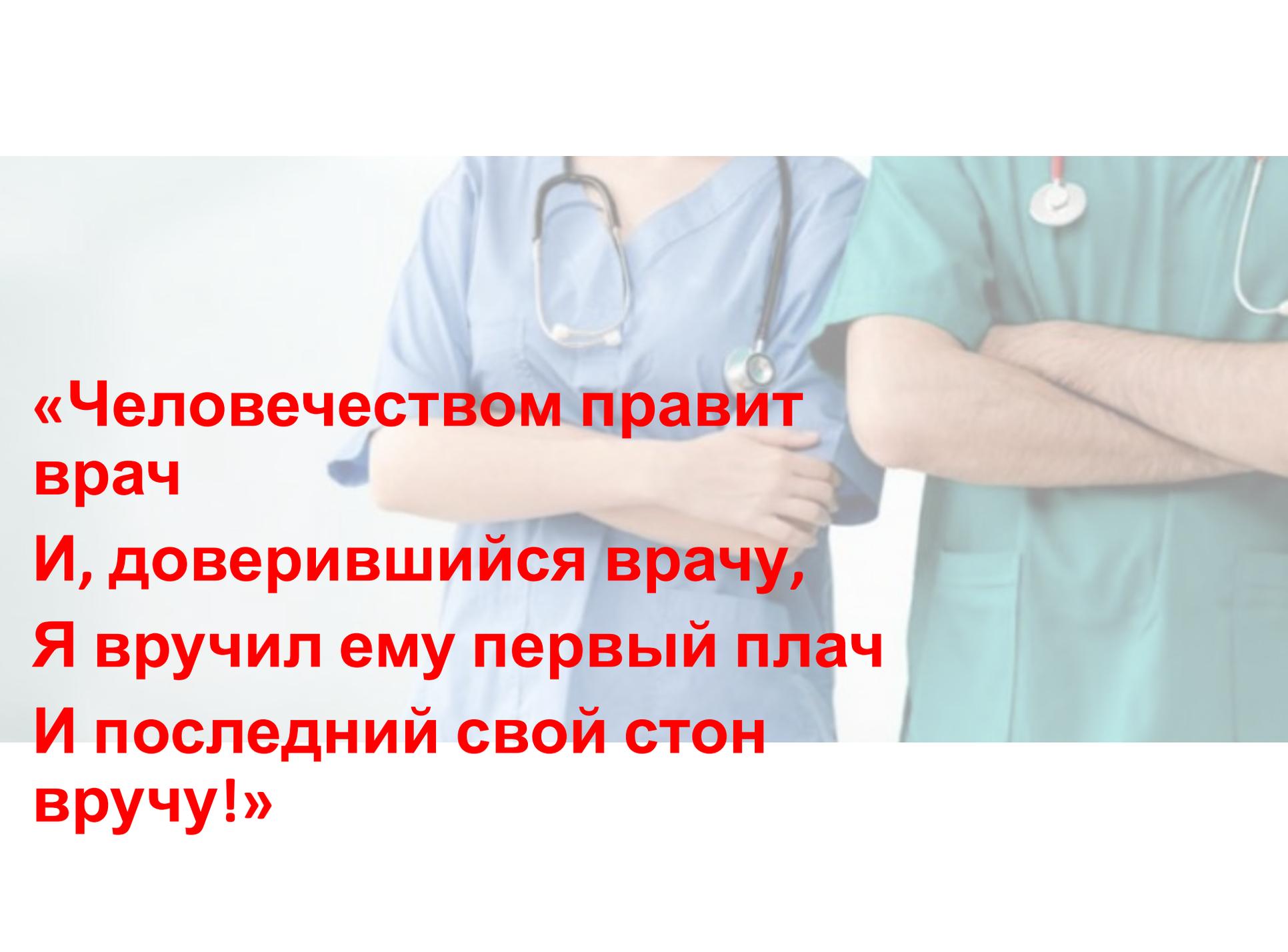
куратор – Голикова Т.А. , руководитель – Скворцова В.И.

Цели и показатели Нацпроекта

Показатель	2018 г	2024 г
Смертность трудоспособного населения, случ/100 тыс. чел	455	350
Смертность от болезней кровообращения, случ/100 тыс. чел	565	450
Смертность от новообразований, случ/100 тыс.чел	200	185
Младенческая смертность, случ/1 тыс. родившихся	5,5	4,5
Ликвидация кадрового дефицита:		
• Укомплектованность врачами, % при К совм. 1,2	80	95
• укомплектованность средним медперсоналом, %	89	95
• Непрерывное профессиональное обучение, тыс. чел	240	1880
Охват граждан диспансеризацией, %	39,7	70
Доступность медуслуг в отдаленной местности (число населенных пунктов более 100 чел. вне зоны доступности)	499	0
Доля медорганизаций в новой модели управления, %	5,2	72,3
С	2000	1000

Состав нацпроекта – 8 федеральных проектов

№	Федеральный проект	Финансирование, млрд.руб		
		2019	2024	Итого:
1	Развитие первичной медико-санитарной помощи	33,8	7,5	116,8
2	Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями	12,2	15,4	79,2
3	Борьба с онкозаболеваниями	100,4	149,9	937,9
4	Развитие детского здравоохранения	33,5	11,2	150,5
5	Обеспечение медучреждений квалифицированными кадрами	114,7	139,2	756,2
6	Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров, внедрение инновационных медтехнологий	4	12	63
7	Создание единого цифрового контура в государственной информационной системе (ЕГИСЗ)	30,6	10	105,1
8	Развитие экспорта медуслуг	161	182	1054
	Всего по нацпроекту	329,5	345,6	2210

A photograph of two medical professionals, likely nurses or doctors, standing side-by-side. They are wearing light blue and teal scrubs, respectively. Both have stethoscopes around their necks. The person on the left has their arms crossed, and the person on the right also has their arms crossed. The background is a plain, light-colored wall.

**«Человечеством правит
врач
И, доверившись врачу,
Я вручил ему первый плач
И последний свой стон
вручу!»**