

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

ШЕЛЯКИН ВАЛЕРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

**ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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

Диссертация на соискание
ученой степени кандидата экономических наук

Научный руководитель:
д.э.н., профессор,
Габуева Лариса Аркадьевна

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА И ЭКОНОМИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	17
1.1. Научно-практические подходы к определению и содержанию услуг здравоохранения в XXI веке	17
1.2. Общетеоретические подходы, определяющие факторы, влияющие на организационно-управленческие решения и экономические отношения в страховой модели здравоохранения в странах мира и в России.....	30
1.3. Методы и инструменты для экономических решений в здравоохранении и ОМС на рубеже третьего десятилетия XXI века (с учетом международного опыта)	37
1.4. Обобщение теоретических основ и методических подходов для выработки организационно-управленческих решений в здравоохранении и ОМС при реализации новых национальных приоритетов в сфере здравоохранения – 2030	42
Выводы по главе 1	55
ГЛАВА 2. СУЩЕСТВУЮЩИЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ И ЭКОНОМИКИ ОМС НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ.....	58
2.1. Влияние макроэкономических показателей национальных целей развития здравоохранения на управление и бюджетирование обязательных страховых услуг здравоохранения	59
2.2. Место финансово-экономических отношений участников ОМС в существующей и перспективной национальной модели здравоохранения России.....	72
2.2.1. Выявление общих тактических инструментов экономики и менеджмента обязательных услуг здравоохранения в региональных сегментах ОМС	83
Выводы по главе 2.....	93
ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКАМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	94
3.1. Сравнительные рейтинговые оценки территориальных фондов ОМС (с учетом международного опыта)	94
3.2. Инструменты выбора, расчета показателей для оценки стартовых условий реализации национальных приоритетных направлений развития регионального здравоохранения.....	106
Выводы по главе 3	130
ГЛАВА 4. АПРОБАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В ЭКОНОМИКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС.....	132

4.1 Совершенствование экономического обеспечения тарифов ОСУЗ в динамике планирования программ ОМС, бесплатных для застрахованного населения.....	145
4.2 Организационно-управленческие решения для уровня медицинских организаций в ОМС	152
4.3 Меры повышения профессиональной репутации ТФОМС, влияющие на эффективность коммуникаций участников ОМС и их экономические результаты.....	158
Выводы по главе 4.....	168
ЗАКЛЮЧЕНИЕ (ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ).....	170
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	183
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	2066
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	2122
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	2133
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	219
ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	228

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Среди главных факторов, влияющих на эффективность системы здравоохранения, ее устойчивость в среднесрочной перспективе в России и мире выделяют: управление и лидерство; кадровые ресурсы; новые медицинские технологии; инновационные лекарственные препараты; социальные детерминанты здоровья; финансирование. В финансовой модели российского здравоохранения емкость средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в период с 2015 по 2020 гг. ежегодно составляет не менее 49% всей денежной оценки рынка медицинских услуг, предоставляемых населению [32]. На протяжении последних 15 лет фиксируется отказ от бюджетно-сметного принципа и полный переход к страховой оплате деятельности медицинских организаций сферы здравоохранения. Доля страховых субсидий в финансировании лечебно-профилактических учреждений в субъектах РФ составляет в среднем от 50 до 80%, а за счет ОМС оплачивается не менее 70% всех видов медицинской помощи для 99% населения страны [31]. В плановом периоде до 2030 года внебюджетные фонды будут обеспечивать не менее 55% финансирования национальных приоритетных проектов здравоохранения [73].

Одновременно под влиянием роста потребления услуг старшими возрастными группами нетрудоспособного населения России, составляющими в настоящее время четверть, а к 2023 году – почти треть всех жителей [155], наблюдается рост совокупных и удельных расходов на проведение специализированных методов обследования и лечения для данной группы лиц. На конечных результатах работы всех участников системы здравоохранения отражается как текущая демографическая и санитарно-эпидемическая ситуация, так и усиление социальной направленности утверждаемых ведомственных стандартов (регламентов, порядков) предоставления медицинских услуг, включенных в национальные приоритеты. С учетом вышесказанного, а также на фоне случаев массовых заболеваний населения, сезонных эпидемий инфекционных (неинфекционных) болезней (включая новую коронавирусную инфекцию 2020-2021 гг.) во всех субъектах России усиливается нагрузка на

экономику государственных обязательных страховых программ, возмещение которых осуществляется на 58% за счет отчисления страховых взносов от доходов трудоспособных работающих граждан [64].

Сложившиеся за двадцать лет в ОМС России место и роль организационно-управленческих механизмов администрирования, бюджетирования госпрограмм, экономические методы управления деятельностью участников ОМС регионального здравоохранения в этих условиях испытывают трансформацию и требуют теоретико-методического сопровождения. Уточнение инструментов внутренней эффективности бизнес-процессов в системе планирования и тарификации региональных обязательных страховых услуг гражданам, несомненно, позволит оптимизировать информационно-финансовые коммуникации всех участников социально-экономических отношений в сфере здравоохранения и совершенствовать медико-экономическое содержание стандарта государственной услуги здравоохранения.

Степень разработанности научной проблемы. В исследованиях макроэкономики государственной политики к вопросам финансового регулирования российского рынка услуг здравоохранения обращаются: А. Г. Аганбегян [1], А. Г. Грязнова, Е. В. Маркина [136], С. В. Барулин [9], Ю. А. Данилов [16] и др. В поисках инструментов эффективного управления в социальных системах адаптируют общую теорию стратегического менеджмента для задач госсектора такие зарубежные авторы, как: Г. Минцберг, Б. Альстренд [65], Д. Коттер [49], Т. Питерс [75], Дж. Стрикленд [124]. Экономические методы оценки промежуточных и конечных результатов деятельности объектов здравоохранения исследуют Д. Бервик [183], Д. Медирос [184] и др.

Использование индикативного планирования в деятельности ряда отраслей народного хозяйства в трудах Б. Ханс, Г. Кокинз [44] и др. опирается на методики системы сбалансированных показателей, описанных в работах Р. Хервига, Е. Фридаг [139], М. Браун [13], Р. Каплан [41] и др. Отечественные научные разработки Д. В. Кузина [52], А. К. Ляско [58], Л. С. Шеховцевой [170] и др.

поддерживают проектные, контроллинговые инструменты менеджмента в качестве базовых знаний государственного управления.

Классики экономической науки (Л. Вальрас, К. Виксель [114], У. Джевонс, В. Парето [63] и др.) впервые на математическом языке старались описать закон совокупного спроса, теории ценообразования, механизмы формирования издержек и т. д. К возможностям математического моделирования корреляционного, факторного анализа для рынков услуг здравоохранения обращаются: С. П. Ковалев, Е. Р. Яшина [142], Л. А. Исмаилова [39], Л. Я. Бухарбаева, Н. Е. Колпакова [18], Х. Н. Гизматулин [26] и др.

Концепции превращения медицинской помощи в стандартизированную услугу описаны в работах зарубежных ученых М. Джакоб [31], А. Гиуффрида, А. Кацага [27], Г. Минцберг [64] и др. на основе систематизации моделей группировок диагнозов. Стандарты оказания государственных услуг здравоохранения, их объемы, доступность и экономичность являются предметом исследований таких отечественных авторов, как: В. И. Стародубов [38], И. А. Железнякова [159], А. Л. Линденбратен [173], Н. В. Полунина [56], Л. А. Габуева, С. В. Шишкин [172], Н. Г. Шамшурина [144], А. В. Решетников [102] и др.

При всей важности опоры на плановые тактические методы управления в решении значимых социально-экономических, медико-демографических задач современного здравоохранения недостаточно изучены доминанты бюджетных ресурсов системы ОМС России при решении стратегических национальных задач в условиях преодоления последствий стрессовых сценариев массовой заболеваемости населения в новых медико-демографических реалиях.

Цель исследования – обобщив теоретические аспекты экономики и менеджмента современного здравоохранения, уточнить традиционные, выработать новые научно-прикладные организационно-управленческие механизмы для администрирования и бюджетирования территориальных программ ОМС в субъектах РФ с разными половозрастными, медицинскими характеристиками застрахованных в условиях реализации единых национальных приоритетов отрасли.

Задачи исследования:

- обобщить современные теоретические основы, медико-социальное, экономическое содержание государственного стандарта обязательных страховых услуг здравоохранения;
- провести контент-анализ литературных источников по экономике и менеджменту обязательных услуг здравоохранения;
- оценить структуру, доходную емкость и направления использования бюджетов фондов ОМС (федерального, территориальных) в динамике за последние 5 лет и на среднесрочную перспективу с учетом новых медико-демографических вызовов в обществе;
- выявить общие тенденции и региональные особенности оплаты и тарификации за счет средств ОМС национальных приоритетов, особенно по ресурсоемким видам социально-значимой, высокотехнологичной медицинской помощи в госпитальном сегменте регионального здравоохранения;
- сформировать методы, инструменты моделирования внешних и внутренних по отношению к территориальным фондам ОМС факторных показателей, влияющих на эффективность их деятельности, справедливое перераспределение централизованных финансов;
- изучить лучшие практики репутационной зрелости информационных коммуникаций стейкхолдеров регионального здравоохранения, построенных на принципах пациент-ориентированности;
- разработать предложения по инновационным проектным решениям в экономике и менеджменте участников ОМС в субъектах России.

Объект исследования – текущие и перспективные организационно-управленческие механизмы, экономические методы управления в деятельности фондов ОМС семи субъектов РФ¹ при бюджетировании централизованно-распределенных обязательных страховых платежей ОМС.

¹ Территориальные фонды ОМС Свердловской, Нижегородской, Челябинской, Новосибирской областей, Пермского и Красноярского края, Республики Татарстан с близкими параметрами численности застрахованных по ОМС граждан и стоимости территориальной программы ОМС.

Предмет исследования – социально-экономические отношения, возникающие при регулировании, оплате и тарификации обязательных страховых услуг здравоохранения в традиционных условиях и при ожидаемом половозрастном сдвиге спроса территориального населения на медицинскую помощь в период реализации национальных приоритетов развития здравоохранения до 2030 года.

Теоретической и методологической основой исследования являются: подходы к проведению контент-анализа и систематизации литературных источников по теме исследования; медико-демографические оценки здоровья территориального населения; методы стратегического, проектного управления; маркетинговые исследования рынка услуг здравоохранения и измерения потребительского спроса на объектах исследования; экономический анализ деятельности институтов здравоохранения; отбор и систематизация показателей внутреннего организационно-экономического процесса управления на объектах исследования; инструменты экономико-математического моделирования параметров обратной связи на макроэкономические воздействия в системе экономических отношений на объектах исследования; статистический анализ показателей заболеваемости по обращаемости граждан на объектах исследования и т. п.

Информационная и эмпирическая база исследования представлена: Указами Президента Российской Федерации 2012-2020 гг.; федеральными законами об охране здоровья граждан и об обязательном медицинском страховании в России; постановлениями Правительства Российской Федерации по основным направлениям развития отечественного здравоохранения; нормативными правовыми документами Министерства здравоохранения России; официальными статистическими данными Росстата России; демографическими и социально-экономическими прогнозами по субъектам России; учетно-отчетными формами федерального и территориальных фондов ОМС, органов управления здравоохранением, медицинских организаций объектов исследования и т. п.

Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечивается использованием актуальной нормативной правовой базы

государственного сектора экономики РФ, обширной эмпирической базой официальной статистики по здравоохранению, подтвержденными ссылками на литературные источники зарубежных и отечественных авторов, собственными расчетами, визуализация которых представлена в таблицах, графиках, авторских алгоритмах и пр.

Научная новизна исследования заключается в совершенствовании организационно-управленческих механизмов для стабилизации экономического обеспечения стандарта государственной обязательной страховой услуги в современной демографической, санитарно-эпидемической ситуации на базе уточнения теоретических подходов стратегического менеджмента и разработки практических проектных инструментов планирования, оплаты и тарификации в ОМС медицинской помощи в период 2015-2020 гг. и на плановый период до 2030 года.

Элементы научной новизны, выносимые на защиту:

1. Определена новая роль экономики обязательного страхового обеспечения стандарта государственных публичных обязательств в национальной стратегии общественного здоровья 2015-2030 гг. и обосновано применение научно-практической дефиниции «обязательные страховые услуги здравоохранения» (далее – ОСУЗ), содержание которой по-новому раскрыто с позиций:

– применимости к ней критериев общественного блага с учетом того, что в ОМС Российской Федерации все социально значимые для общественного здоровья населения страны услуги здравоохранения оплачиваются по страховым принципам;

– адаптации общемировых трендов стандартизации медицинского содержания и тарификации государственных услуг здравоохранения в региональных программах ОМС;

– макро-, мезоэкономического регулирования единых социальных налогов, включая тарифы на ОМС, с учетом новых половозрастных, медицинских характеристик потребительского спроса.

2. Предложен методический подход к оценке экономической эффективности деятельности территориальных фондов ОМС, в котором уточнены механизмы администрирования, бюджетирования, тарификации программ предоставления видов бесплатной для застрахованного населения субъектов РФ медицинской помощи при реализации предписанных государством функций фондов ОМС, включая новые инструменты:

- индикативного планирования и процессного управления в рамках единой модели социально-экономических отношений со стейкхолдерами регионального сегмента здравоохранения;

- стратегического менеджмента с операционализацией тактических планов развития в центрах финансовой ответственности регионального здравоохранения;

- экономики здравоохранения применительно к функциям фондов ОМС на основе общемировых подходов к оценкам экономической эффективности деятельности объектов здравоохранения.

3. На примере семи субъектов РФ предложено и апробировано методическое обеспечение региональных рейтингов ТФОМС по уровню внедрения организационно-управленческих механизмов на основе выбора факторных показателей, обоснования алгоритмов их расчета в динамике 2015, 2019 гг., включая:

- показатели результативности бизнес-модели, выбранной в качестве основы для текущего регионального планирования, оплаты и тарификации госпитального звена здравоохранения по главным стратегическим целям развития здравоохранения до 2030 года для разных половозрастных групп застрахованного населения;

- показатели эффективности информационных коммуникаций со стейкхолдерами отрасли, СМИ в целях получения обратной связи об уровне удовлетворенной потребностей, эффективности защиты прав застрахованных лиц.

4. Определены подходы учета социальной направленности, пациент-ориентированности в деятельности фондов ОМС объектов исследования в 2015-2020 гг., которые позволили обосновать и апробировать в региональной практике сценарные модели новых бюджетно-обеспечительных гарантий возмещения

расходов производителей обязательных страховых услуг здравоохранения в ОМС в условиях прогнозных медико-демографических рисков при использовании страховых взносов ОМС за работающее и неработающее население.

5. Предложены уточнения в существующие экономические методы управления в региональном здравоохранении РФ для совершенствования гарантированных государством обязательных страховых услуг по направлениям:

- бюджетирование расходов и доходов госпитального сегмента с учетом потребностей застрахованных лиц субъектов России с разными медицинскими, половозрастными характеристиками;

- тарифная политика ОМС при оплате высокотехнологичной помощи по направлениям реализации основных национальных приоритетов охраны здоровья граждан;

- текущий контроль финансовой устойчивости производителей услуг здравоохранения.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что в нем:

- обоснованы предпосылки и разработаны подходы для совершенствования стандартов государственных страховых услуг, предназначенных для оплаты социально значимых профилей медицинской помощи населению: онкология, сердечно-сосудистые заболевания, включая высокотехнологичные вмешательства;

- сформулированы правила и разработаны способы возмещения расходов производителей услуг в субъектах России, позволяющие сочетать региональные особенности рынка потребителей страховых услуг здравоохранения, единые стандарты оказания профильной медицинской помощи и существующие механизмы централизации тарифного регулирования в государственном здравоохранении;

- систематизированы тренды формирования региональных обязательных страховых программ здравоохранения за два десятилетия XXI века и выработаны ключевые индикаторы оценки сравнительной эффективности деятельности

фондов ОМС субъектов РФ при планировании обязательных страховых услуг здравоохранения на среднесрочную перспективу.

Практическая значимость исследования обусловлена тем, что разработаны:

- уточнения в существующие правила организационно-экономической проектной деятельности в страховой модели здравоохранения субъектов России;
- методическое обеспечение способов планирования и оплаты страховых случаев на принципах стратегического управления;
- алгоритмы внедрения механизмов контроллинга внешних медико-демографических воздействий и рыночных коммуникативно-информационных связей со стейкхолдерами в экономическую модель финансового обеспечения здравоохранения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Цель, задачи, содержание и результаты исследования соответствуют следующим направлениям паспорта научной специальности 08.00.05 – экономика отраслей народного хозяйства (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами: сфера услуг): 1.6.110. Особенности формирования и развития общественного (государственного) сектора сферы услуг; 1.6.114. Организационно-экономическое обеспечение стандартов на услуги населению; 1.6.121. Организационно-экономические механизмы обеспечения инновационного развития отраслей сферы услуг; 1.6.127. Экономические основы функционирования некоммерческих организаций в сфере услуг.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования за последние 5 лет доложены на международных и всероссийских научно-практических конференциях, среди которых выделим: Международный конгресс «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» г. Москва, 01.11.2017 г. (тема доклада «Развитие модели оплаты медицинской помощи на основе КСГ: преимущества и риски для медицинских организаций»); VI Международная конференция «Эффективное управление медицинской организацией» – Оргздрав-2018, г. Москва, 19.04.2018 г. (тема доклада «Частные

лечебные учреждения в системе обязательного медицинского страхования»); X Всероссийский конгресс пациентов «Взаимодействие власти и пациентского сообщества как основа построения пациент-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации» г. Москва, 27.02.2019 г. (тема доклада «Задачи и инструменты системы ОМС в повышении финансовой устойчивости лечебной сети»); Всероссийская научно-практическая конференция Национального центра по оценке технологий в здравоохранении, г. Москва, 19.02.2021 г. (тема доклада «Региональные тарифные решения как инструмент повышения качества и доступности медицинской помощи в рамках реализации национального проекта “Здравоохранение”»).

Структура и объем диссертационной работы. Диссертация изложена в 4-х главах, на 230 страницах, иллюстрирована 33 таблицами и 40 графиками, содержит ссылки на 185 отечественные и иностранные источники.

Перечень работ, в которых опубликованы основные положения диссертации.

Результаты исследования автора опубликованы в 15 научных работах общим объемом авторского вклада 8,06 п.л., в том числе: 3 статьи общим объемом авторского вклада 1,33 п.л. в рецензируемых научных журналах по экономическим наукам из перечня Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования и науки Российской Федерации, 3 из которых в журналах, рекомендованных диссертационным советом РАНХиГС при Президенте РФ; 1 статья с объемом авторского вклада 0,25 п.л. в журнале, рецензируемом в научных базах Scopus; 2 свидетельства о государственной регистрации результатов интеллектуальной деятельности; 9 статей общим объемом 6,48 п.л., опубликованных в иных научных изданиях.

Статьи, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки Российской Федерации для публикации результатов диссертационных исследований

1. Шелякин, В. А. Теоретико-методологическое определение и экономическое содержание обязательных страховых услуг здравоохранения / В. А. Шелякин. –

Текст: непосредственный // Экономика и предпринимательство. – 2021. – № 3. – С. 1127-1133 (0,33 п.л.).

2. Шелякин, В. А. Финансово-организационные новации по оплате медицинской помощи в обязательном медицинском страховании / В. А. Шелякин. – Текст: непосредственный // Финансовая экономика. – 2019. – № 5 (часть 5). – С. 525-527 (0,65 п.л.).

3. Шелякин, В. А. Адаптивность оплаты медицинской помощи в обязательном медицинском страховании: международный и национальный опыт / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева. – Текст: непосредственный // Страховое дело. – 2018. – № 12 (309). – С. 51-55 (вклад автора – 0,35 п.л.).

Статья, опубликованная в издании,

входящем в международную базу цитирования SCOPUS

4. Шелякин, В. А. The Effectiveness of Russian Government Policy to Support SMEs in the COVID-19 Pandemic (Эффективность государственной политики России по поддержке малого и среднего бизнеса в условиях пандемии COVID-19) / В. А. Шелякин, Е. Razumovskaia, L. Yuzvovich, E. Kniazeva, M. Klimenko. – Текст : непосредственный // Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity. – 2020. – № 6. – P. 160. – DOI: 10.3390/joitmc6040160 (вклад автора – 0,25 п.л.).

Свидетельства о государственной регистрации результатов интеллектуальной деятельности (РИД)

5. Шелякин, В. А. Программа для ЭВМ «Расчет финансирования медицинских организаций в условиях амбулаторно-поликлинической помощи» / В. А. Шелякин, Т. В. Демина, Л. А. Кузьминых, Е. В. Попенко, Е. С. Овчинникова, С. В. Аксенов. Тип: Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Номер свидетельства: RU 2018616504. Патентное ведомство: Россия. Год публикации: 2018. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39296219> (дата публикации: 01.06.2018).

6. Шелякин, В. А. Программа для ЭВМ «Поиск застрахованных и возможных дубликатов полисов ОМС» / В. А. Шелякин, И. М. Сартаков,

М. В. Гулик, И. Е. Голубева, А. П. Филонов. Номер свидетельства: RU 2018614862. Патентное ведомство: Россия. Год публикации: 2018. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39294265>.

Статьи, опубликованные в иных научных изданиях

7. Шелякин, В. А. Национальная страховая система: учебник / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, Е. А. Разумовская, Е. Ю. Половнева; Министерство науки и высшего образования РФ. – Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2020. – 324 с. – ISBN 978-5-7996-3156-7. – URL: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/95284/1/978-5-7996-3156-7_2020.pdf. – Текст: электронный (вклад автора – 1,7 п.л.).

8. Шелякин, В. А. Частные медицинские организации в системе ОМС: преимущества для пациента и риски для государственной лечебной сети / В. А. Шелякин, А. С. Худяев. – Текст: электронный // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2020. – № 3. – С. 20-25. – URL: <http://www.ffoms.gov.ru/upload/iblock/ef2/ef2b4ca3990f25552c21033aa3ef1953.pdf> (вклад автора – 0,4 п.л.).

9. Шелякин, В. А. Выход из коронакризиса: не без потерь, но с гордостью / В. А. Шелякин. – Текст: электронный // Современные страховые технологии. – 2020. – № 5 (82). – С. 38-41. – URL: <https://www.consult-cct.ru/strahovanie/vyehod-iz-koronakrizisa--ne-bez-poter-no-s-gordostyu.html> (0,5 п.л.).

10. Шелякин, В. А. Конструкция финансового регулирования в системе обязательного медицинского страхования / В. А. Шелякин. – Текст: непосредственный // Урал – драйвер неоиндустриального и инновационного развития России: сборник материалов Уральского экономического форума 24-25 октября 2019 года / Уральский государственный экономический университет. – Екатеринбург, 2019. – С. 235-238 (0,2 п.л.).

11. Шелякин, В. А. Региональный опыт совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний: достижения, проблемы, перспективы / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева,

А. С. Худяев. – Текст: непосредственный // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 1(11). – С. 47-53 (вклад автора – 0,34 п.л.).

12. Шелякин, В. А. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования: монография / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, А. В. Березников, Е. А. Береснева [и др.]. – Москва: ИД Академии Естествознания, 2018. – 80 с. – ISBN 978-5-91327-535-6. – DOI 10.17513/пр.315. – Текст: непосредственный (вклад автора – 2,31 п.л.).

13. Шелякин, В. А. Финансы, денежное обращение и кредит: теоретическая модель, вызовы и перспективы развития : монография. Глава Совершенствование механизма финансирования медицинской помощи на основе клинко-статистических групп заболеваний / В. А. Шелякин; под ред. Е. Г. Князевой. – Москва: ИД Академии Естествознания, 2018. – С. 68-75. – ISBN 978-5-91327-536-3 (0,5 п.л.). – Текст: непосредственный.

14. Шелякин, В. А. Об опыте подключения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области через региональную систему межведомственного электронного взаимодействия к электронному сервису Главного управления по вопросам миграции МВД России / В. А. Шелякин, Н. Г. Титкова, Е. А. Петрова. – Текст: непосредственный // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. – № 5. – С. 42-45 (вклад автора – 0,13).

15. Шелякин, В. А. Разгруппировка клинко-статистических групп как способ оптимизации оплаты помощи по профилю «нейрореабилитация» / В. А. Шелякин, Т. В. Демина, А. А. Белкин. – Текст: непосредственный // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. – № 1. – С. 58-63 (вклад автора – 0,4 п.л.).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА И ЭКОНОМИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Научно-практические подходы к определению и содержанию услуг здравоохранения в XXI веке

Значимой задачей любого современного государства в сфере общественного здравоохранения является создание инфраструктуры и финансирование широкого набора базовых доступных и бесплатных для населения страны медицинских услуг на основе публичных социальных стандартов.

Как известно, согласно конституционным положениям каждый гражданин нашей страны имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Основным законом закреплено то, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [47].

Отметим, что для каждого государства мира характерны собственные механизмы привлечения финансовых ресурсов для оказания медицинской помощи. Они связаны с экономическими, политическими, национальными условиями, историческими особенностями развития страны [161].

В 2000-2020 гг. в странах мира распространены две основные модели, применимые для большинства обязательных бесплатных социальных услуг, включая медицинские (таблица 1.1).

Таблица 1.1 – Основные подходы к регулированию обязательных социальных услуг населению государствами мира в 2000-2020 гг., их сильные и слабые стороны применительно к отечественной организации общественного здоровья и здравоохранения

№ п/п	Подходы к регулированию государственных социальных услуг в странах мира	Основные принципы регулирования социальных услуг	Сильные и слабые стороны различных подходов к регулированию социальных государственных услуг, возможности для России
1	<i>Бюджетный принцип регулирования обязательных социальных услуг – «бевериджский» подход</i>	Всеобщий охват населения стран	Обеспечение конституционных гарантий населению на социальное обеспечение и бесплатную медицину, но отсутствие правовой основы для встречных обязанностей граждан следить за личным здоровьем, вести здоровый образ жизни, быть вовлеченными в социальные инициативы и т. д.
		Национальная солидарность при обеспечении выплат («богатый платит за бедного»; «здоровый – за больного»)	Устойчивость систем предоставления бесплатных услуг населению, но отсутствие адресности и помощи для разных категорий граждан и персонификации медико-социальных программ
		Право на гарантированный минимальный социальный стандарт (соцзащиты, медпомощи, пенсионного обеспечения по старости и пр.)	Экстерриториальность получения и бесплатность минимального стандарта социальных услуг для населения вне зависимости от места жительства, при этом не созданы стимулы к экономичности расходования централизованно распределяемых ресурсов производителями услуг
		Финансовое обеспечение обязательных социальных услуг осуществляется через налоги из государственного бюджета	Гарантированный объем получения средств бюджета по смете, но распределение их между государственными институтами
		Ведомственное распределение средств между уполномоченными государством производителями по смете доходов (расходов)	Гарантии для государственных органов социальной сферы и подведомственных им производителей услуг получить финансы, но отсутствие регламентированных конкурентных критериев оказания услуг, предусматривающих отбор производителей

Продолжение таблицы 1.1

№ п/п	Подходы к регулированию государственных социальных услуг в странах мира	Основные принципы регулирования социальных услуг	Сильные и слабые стороны различных подходов к регулированию социальных государственных услуг, возможности для России
2	<i>Страховой принцип регулирования обязательных социальных услуг – «бисмарковский» подход</i>	Пользуются определенные группы лиц – застрахованные лица, имеющие страхователя и плательщика страховых взносов во внебюджетные фонды	Адресный характер обязательных услуг и программ страхования населения по полу и возрасту, но зависимость от страхователя и его финансовой устойчивости
		Групповая солидарность застрахованных граждан при регламентированном обязательном тарифе социального страхования	Возможность планового утверждения размера оплаты госпрограмм по годам и регионам с учетом количества получателей соцуслуг, но зависимость их наполнения от размера обязательного страхового тарифа
		Право на набор обязательных социальных услуг зависит от размера доходов во время трудовой активности и (или) размера отчислений страховых взносов	Задолго до наступления страхового случая граждане информированы о своих правах, при этом разрыв во времени между его наступлением и обязательными отчислениями ведет к неудовлетворенным ожиданиям
		Финансовое обеспечение осуществляется через сбор страховых взносов, аккумулируемых в специальных внебюджетных фондах	Централизация ресурсов и децентрализация распределения между производителями, возможность финансовой мотивации (демотивации) за достижение (недостижение) оговоренного объема и качества услуг
		Наличие уполномоченного органа или функции для проведения вневедомственного контроля качества обязательных социальных услуг	Наличие социально-экономических стимулов у производителей к росту качества обязательных социальных услуг, риски отвлечения госфинансов на обеспечение затрат на содержание уполномоченного органа (реализацию функции)

Источник: составлено автором на основе обобщения [6; 154]

Как видно из таблицы 1.1, при переходе от бюджетных к страховым принципам оказания обязательных, гарантированных гражданам социальных услуг (включая медицинские услуги) происходит расширение принципов адресности, персонализации их предоставления, усиливается регулирование стандартных и экстерриториальных подходов к оказанию услуг, а также контроль качества и мотивация производителей и пр. Все это, по нашему мнению, способствует доступности публичных государственных социальных услуг [6].

В этой связи согласимся с учеными-экономистами (А. Г. Грязновой, Е. В. Маркиной), отмечающими, что качество и уровень жизни граждан, социальная стабильность и перспективы экономического развития во многом зависят от доступности социальных услуг [137].

По мнению В. А. Шелякина, И. Д. Губаревой, Н. Г. Кокшаровой [165], для большинства социальных обязательных услуг здравоохранения, предоставляемых населению с учетом разных принципов их финансирования (бюджетного, страхового), очень важно сохранение сущности общественного блага.

При развитии у фондов ОМС функций основного плательщика за услуги здравоохранения в связи с уточнением нормативного регулирования программ ОМС (базовой, территориальных), а также расширением ответственности страховщиков за защиту прав застрахованных (2013-2019 гг.) можно констатировать усиление социального содержания обязательных, бесплатных для населения страховых услуг здравоохранения.

Социальное содержание обязательных страховых услуг здравоохранения России в XXI веке, окончательно переданных государством в 2013 году для оплаты в систему фондов ОМС (федерального, территориальных) – далее ОСУЗ, состоит в том, что они сохраняют свою особую общественно значимую природу (таблица 1.2).

Таблица 1.2 – Теоретико-методологическая основа для определения современного социального содержания обязательных страховых услуг здравоохранения

№ п/п	Основные признаки общественного блага (услуги)	Признаки ОСУЗ	
		Наличие признака (+), отсутствие признака (-) в ОСУЗ	Комментарии и особенности применения общих признаков общественных благ к категории ОСУЗ в российской модели в 2000-2020 годах
1	Основной регулятор производства (потребления, распределения) блага (услуг) – государство, правительство страны	+	Утверждаются федеральные натуральные и денежные единицы для планирования производства, распределения услуг; действуют единые регламенты, стандарты оказания блага (услуги)
2	Отсутствие рынка частных собственников на благо (услугу), влияющих на регулирование производства благ (услуг)	+	Производители услуг – государственные и частные организации здравоохранения – на равных условиях заявляют о своем праве участвовать в оказании ОСУЗ и на одинаковых условиях реализуют это право с учетом действующих регламентов и стандартов, установленных регулятором – государством в лице его органов
3	Организация и деятельность производителей общественного блага (услуги) не базируется на принципе «затраты-выгода»	+	Никто не обладает законодательным правом отказаться от организации и предоставления «невыгодных» с экономической точки зрения социально значимых, затратоемких ОСУЗ, включенных в перечень государственных гарантий для населения
4	Потребление общественного блага (услуги) не является исключительным правом отдельных лиц	+	Действует принцип всеобщности, равнодоступности ОСУЗ для застрахованных граждан вне зависимости от места их жительства и социально-экономического статуса
5	Нельзя лишить человека права пользоваться общественным благом (услугой)	+	Потребители ОСУЗ не могут помешать друг другу и (или) конкурировать между собой за естественное право на своевременное и качественное их получение

Источник: составлено автором с использованием [161] и на основе методологии Н. Г. Мэнкью [70]

Наряду с примененным нами классическим подходом к формированию социального содержания страховых услуг здравоохранения, гарантированных государством на протяжении первых двух десятилетий XXI века застрахованным по ОМС гражданам (таблица 1.2), отметим следующее.

Вопросам формирования категорий качества и доступности медицинской помощи, переведенной в России на страховые принципы формирования госпрограмм с 1998 года, посвящены исследования О. П. Щепина, В. И. Стародубова, А. Л. Линденбрата, Г. И. Галановой [174], В. А. Шелякина [165].

Коллектив авторов: Е. Г. Князева, Е. Н. Валиева, В. В. Фоменко, В. А. Шелякин [154] указывают на наличие особой медико-социальной природы страховых услуг здравоохранения, формируют научно-практические подходы к совершенствованию прав застрахованных лиц, обязанностей страхователей и страховщиков.

На протяжении 2000-2020 годов наблюдалась определенная стабильность в медико-социальных исследованиях полезной деятельности здравоохранения, не создающей материальных ценностей, всегда определяемой наличием у результатов этой деятельности специфической неосязаемой природы [138].

С юридической точки зрения обычно обобщается потребительская направленность услуг здравоохранения. Так, в наиболее ранних исследованиях (А. В. Тихомиров) выделяется отсутствие возможности таких услуг участвовать в приращении капитала хозяйствующего субъекта, а также подчеркивается защищенность их государственной собственностью и государственной монополией [123].

При этом некоторые авторы отмечают (В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, А. С. Худяев), что с момента перехода в России от преимущественно бюджетных принципов регулирования здравоохранения (распространены до 2007 года), далее к бюджетно-страховым (распространены в период 2007-2013 гг.) и, наконец, к полному установлению страховых принципов (распространены с 2013 года и по настоящий момент) теоретические подходы и научно-практические исследования категории «услуга здравоохранения» меняются и до сих пор находятся в стадии становления [138].

Для определения медицинского содержания услуг здравоохранения по этапам смены принципов их регулирования и финансирования в 2000-х гг.

представим существующую ведомственную систему организационно-правовых категорий, влияющих на *медицинское содержание* ОСУЗ после 2020 года (таблица 1.3).

Таблица 1.3 – Изменение медицинского содержания ОСУЗ в системе ведомственного регулирования бесплатных для населения государственных гарантий системы общественного здравоохранения при переходе от бюджетных к страховым принципам

№ п/п	Основные тренды ведомственного подхода к медицинскому содержанию ОСУЗ	Периоды реформирования медицинского содержания ОСУЗ		
		2007- 2012	2013- 2018	2019- 2023
1	Планирование и оплата отдельных видов услуг, направленных на поддержание, восстановление и укрепление индивидуального здоровья, профилактику, диагностику и лечение его нарушений [146]	+		
2	Начало планирования и оплаты комплекса отдельных видов медицинских услуг (в большей степени стационарных), объединенных одним диагнозом и ограниченных кратностью лечебно-диагностических услуг в заданный временной интервал (срок) предоставления		+	
3	Переход на планирование и оплату диагностически связанных групп заболеваний, объединяющих несколько диагнозов и виды медицинских услуг с кратностью их оказания, ограниченной интервалом времени (сроком) предоставления [94; 27]			+

Источник: составлено автором на основе [138; 146; 94; 27]

Как видно из таблицы 1.3, современный этап формирования медицинского содержания услуг здравоохранения характеризуется комплексным подходом к их оказанию и стандартизацией организации медицинской помощи и ее оплаты. Можно сказать, что за два десятилетия 2000-х гг. окончательно сформировался обобщенный набор медицинских услуг в рамках подтвержденного диагноза лечения, собранный с учетом федеральных стандартов и клинических рекомендаций, который в настоящее время регламентирует размер страховой оплаты и тарификацию их в ОМС.

Согласимся с устойчивым мнением, что в 2015-2019 гг. «...стандартизация медицинской деятельности должна объединять стандарты на ресурсы

здравоохранения, стандарты организации медицинских служб и учреждений, стандарты медицинской помощи» (авторы: Н. Г. Шамшурина [144]; С. П. Ковалев, П. В. Сороколетов, Е. Р. Яшина и др. [3]).

Более сложной научно-практической задачей последних десятилетий является придание данным стандартам денежной оценки для целей их тарификации и оплаты в системе экономических взаиморасчетов фондов ОМС, страховых компаний и медицинских организаций [149].

Выбор наилучшего способа стандартизации лечения и ухода, по мнению Р. Каплан, М. Портер, может снизить затраты, связанные с разнообразием лечебного процесса, и помочь систематизировать оценку полноты выполнения медицинской помощи пациентам, обращающимся за лечением определенного заболевания [180].

Отметим в этой связи высказывания А. Фукс о необходимости использования диагностических категорий медицинской помощи для анализа деятельности руководителями больниц и страховщиками [178]. Они очень важны с практической точки зрения при формировании объемно-финансовых показателей государственных программ в здравоохранении, оплачиваемых за счет собранных страховых тарифов на работающее и неработающее население.

Научные концепции первого десятилетия 2000-х гг. о превращении медицинской помощи в стандартизированную услугу, высказанные М. Портером, Р. Каплан, А. Фукс, весьма распространены в общемировых моделях группировок и распределения медицинских диагнозов по категориям, администрирования и бюджетирования разных поставщиков услуг – больниц и поликлиник [180; 178].

Общемировой научно-практический подход формирования на основе клинико-статистических групп заболеваний – КСГ (международный термин – diagnosis-related groups (DRG) – диагностически-связанные группы) – сегодня является одним из самых актуальных в мировом сообществе [145] (таблица 1.4).

Как видно из таблицы 1.4, особую медико-экономическую природу государственных обязательных услуг здравоохранения используют в мировой практике многие страны мира. Она тяготеет к комплексному подходу как с точки зрения набора медицинских услуг, так и для проведения экономических расчетов и

установления дифференцированных нормативов оплаты оказанной медицинской помощи населению (сначала в стационарах, а затем и в поликлиниках).

Таблица 1.4 – Мировые тенденции эволюции медицинского содержания обязательных, бесплатных для населения медицинских услуг при переходе к страховым принципам регулирования обязательных социальных услуг

№ п/п	Международная эволюция научно-практических подходов к содержанию обязательных бесплатных услуг здравоохранения	Основные этапы эволюции обязательных бесплатных для населения услуг для целей государственного регулирования и тарификации по охвату стран мира				
		Первый (до 1967 г.)	Второй (1968-1983 гг.)	Третий (1984-2003 гг.)	Четвертый (2004-2017 гг.)	Пятый (с 2018 г.)
1	Формирование отраслевых правил на основе согласования подушевых принципов оплаты оказанной населению медицинской помощи и (или) защиты годового бюджета для производителей услуг	Большинство стран мира, включая страны Центральной и Восточной Европы, Канаду, США, Англию, Австралию и др.				
2	Научно-практические исследования и стандартизация услуг и затрат стационарных организаций на базе методического подхода DRG	Не более 15 стран мира, включая США, Австралию, Канаду				
3	Обобщение стандартизованных комплексов медицинских услуг в стационарах и формирование дифференцирующих индексов затрат, связанных с лечением определенных заболеваний (их групп)	Более 40 стран, в том числе большинство стран Европы и Северной Америки, Австралия, Япония, Китай и многие другие				
4	Планирование на основе обобщения затрат политики в сфере неинфекционных заболеваний и специализированной медицинской помощи на макроуровне, а также формирование глобального бюджета на микроуровне	Больше 113 стран мира, включая Россию				

Продолжение таблицы 1.4

№ п/п	Международная эволюция научно-практических подходов к содержанию обязательных бесплатных услуг здравоохранения	Основные этапы эволюции обязательных бесплатных для населения услуг для целей государственного регулирования и тарификации по охвату стран мира				
		Первый (до 1967 г.)	Второй (1968- 1983 гг.)	Третий (1984- 2003 гг.)	Четвертый (2004- 2017 гг.)	Пятый (с 2018 г.)
5	Перенос методических подходов DRG для объединения случаев лечения в затратные группы для всех условий оказания услуг и формирование на этой основе всех государственных программ развития здравоохранения	Большинство экономически развитых стран Европейского бюро ВОЗ, США, Австралия и Россия				

Источник: составлено автором на основе [94; 145; 31]

При этом в региональных моделях ОМС России группировка обязательных страховых услуг по принципу клинико-статистических групп 2014-2019 гг. составляет существенную часть работы территориальных фондов ОМС, их результаты представляют научно-практическую ценность и могут масштабироваться в масштабах всей страны, особенно с точки зрения дифференциации профильной экономической оценки медицинской помощи [27; 145; 149].

В отечественной научной литературе 2000-х гг. особую медико-экономическую природу государственных обязательных гарантированных услуг здравоохранения исследуют такие авторы, как: В. Ю. Семенов [113], В. М. Шипова, В. Л. Ковалевский, И. В. Бикунч [172], Н. Г. Шамшурина [143; 144]. Авторы отмечают особенности нерыночного регулирования государственных тарифов, среди которых: специфические алгоритмы калькулирования прямых и косвенных расходов; отсутствие возможностей для включения в тариф плановой рентабельности от реализации услуг.

Некоторые авторы (Г. Минцберг) отмечают, что при наличии государственного регулирования на тарифы социальных бесплатных для населения услуг здравоохранения, тем не менее, они подвергаются существенным влияниям со стороны рынка. На размер государственных тарифов влияют спрос и предложение на материально-вещественные ресурсы, используемые производителями [65].

При переходе от бюджетных к страховым принципам регулирования обязательных социальных (медицинских) услуг происходит и активный перевод сферы здравоохранения на экономические методы управления. С развитием обязательного медицинского страхования, коммерческой деятельности государственных медицинских организаций формируются разные показатели государственной, страховой и коммерческой оплаты медицинской помощи по этапам прохождения разных финансовых потоков [163].

Поддерживая ведомственные методические подходы к калькуляции прямых, косвенных (общехозяйственных) расходов система ОМС сформировала собственные правила тарификации (2019) [93].

На протяжении всего анализируемого периода (2000-2020 гг.) научно-практические дискуссии, возникающие при обсуждении экономической составляющей медицинской помощи и (или) законченного случая лечения болезни, в итоге, как нам кажется, сводятся к признанию разной природы дефиниций: «себестоимость производства», «цена реализации», «страховой тариф возмещения гарантированных расходов».

Специфическая экономическая природа медицинских услуг, организованная на страховых принципах, связана с понятием «страховой тариф» (Н. Г. Шамшурина) [144].

Для целей настоящего исследования автор соглашается с важной ролью страхового тарифа, отмеченного в работе Н. Г. Шамшуриной, где он определен «...как средство установления экономических отношений производителей услуг, потребителей и страховых фондов...» [144, с. 17-19].

По нашему мнению, важную экономическую роль для достижения сбалансированности региональных сегментов предоставления гражданам России услуг в ОМС занимают также дифференцированные по полу и возрасту подушевые нормативы финансового обеспечения обязательств по бесплатной медицинской помощи [147].

При этом следует отметить, что размер тарифов ОМС и подушевых нормативов финансирования программ ОСУЗ для населения субъектов РФ во

многим определяется емкостью обязательных социальных страховых взносов в общем консолидированном бюджете Российской Федерации и внебюджетных фондов (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Место и роль совокупных обязательных социальных страховых взносов (ПФ, ФСС, ФОМС) в общем размере консолидированного бюджета, млрд рублей

Источник: составлено автором по данным сайта Росстат за 2019 год – <https://rosstat.gov.ru/folder/11192> [109]

На рисунке 1.1 на рубеже 2020 года наглядно представлена емкость всех обязательных социальных страховых взносов в общем консолидированном бюджете России и бюджетах внебюджетных фондов (пенсионного, медицинского и социального страхования). Эта емкость (8167,2 млрд рублей) превышает в

1,9 раза поступления от НДС (4258,9 млрд рублей), опережает в 1,2 раза платежи за использование природных ресурсов, а также несоизмеримо больше (почти в 40 раз) размера поступлений от платных услуг.

Отмечая наличие определенных трудностей формирования сбалансированных по доходам и расходам федеральной и территориальных программ ОМС, определим долю обязательных страховых взносов на ОМС во всех социальных страховых взносах бюджета РФ (таблица 1.5).

Таблица 1.5 – Обобщение количественного измерения страхового тарифа на ОМС на рубеже 2020 года в системе обязательных социальных взносов (ОСВ) в России

№ п/п	Обозначение обязательных социальных страховых тарифов	Сравнительные соотношения разных обязательных страховых взносов в общем размере ОСВ в конце 2019 года		
		% от соответствующей налогооблагаемой базы [71]	Общий размер ОСВ, млрд рублей [109]	% от общего размера ОСВ
1	Страховой тариф ОМС	5,1	1388,42	17,0
2	Страховой тариф фонда социального страхования	2,9	789,50	9,7
3	Страховой тариф пенсионного фонда	22	5989,28	73,3
Итого	Обязательные страховые взносы во внебюджетные фонды	30	8167,2	100

Источник: составлено автором на основе данных федерального казначейства РФ [109] и норм Налогового Кодекса РФ [71]

Таким образом, на рубеже третьего десятилетия 2000-х гг. в здравоохранении России и большинстве стран мира, реализующих страховые принципы организации и оплаты медицинской помощи, выявлены следующие общие методологические и научно-практические тенденции:

1. Сформировалось особое социальное, медицинское и экономическое содержание бесплатных услуг здравоохранения, переданных на оплату в систему внебюджетных страховых фондов ОМС, что обосновывает введение в научно-практический оборот третьего десятилетия XXI века новой дефиниции «обязательные страховые услуги здравоохранения – ОСУЗ».

2. Дефиниция ОСУЗ в отечественной практике имеет обязательный государственный ресурс *тарифного страхового возмещения* (таблицы 1.5 и 1.6), размер которого должен быть адекватен принципам равнодоступности, бесплатности, массовости потребления *социального общественного блага* – гарантированных бесплатных медицинских услуг в сфере здравоохранения (таблица 1.2).

3. Научно-практическая значимость дефиниции ОСУЗ, имеющей *количественное медицинское наполнение* (таблицы 1.3, 1.4) в рамках реализации обязательного *социального страхового заказа*, заключается в регулировании мезоэкономических отношений по производству, оплате и потреблению профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и иных программ поддержания общественного здоровья населения страны.

Отметим, что администрирование и бюджетирование обязательных страховых взносов консолидированного бюджета РФ в среднесрочной медико-демографической ситуации здравоохранения нуждается в новом финансовом регулировании с использованием обобщенных общетеоретических подходов.

1.2. Общетеоретические подходы, определяющие факторы, влияющие на организационно-управленческие решения и экономические отношения в страховой модели здравоохранения в странах мира и в России

В большинстве стран с государственным социальным страхованием граждан основным способом госрегулирования в сфере здравоохранения является финансовое регулирование.

Отметим, что для экономики средств ОМС важное место имеет развитие теоретических и правовых аспектов дефиниции «финансовое регулирование» в международной трактовке, которую представляют в виде совокупности законов и правил, регулирующих деятельность финансовых учреждений [177].

При этом в системах здравоохранения с обязательным медицинским страхованием выделяются государственные агенты – финансово-кредитные организации (фонды и (или) больничные кассы), которые по поручению государства

формируют свою деятельность на основе определенной иерархии федеральных законов, постановлений правительства, приказов министерства здравоохранения и т. д. [164]. На рисунке 1.2 обобщим подходы моделей финансового регулирования применительно к здравоохранению и медицинскому страхованию.

ОСНОВНЫЕ КОНСТРУКЦИИ МОДЕЛЕЙ ФИНАНСОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ			
Характеристики			
Комплексность		Универсальность	
Многовариантное целевое назначение			
обеспечение соблюдения установленных правил, стандартов	предотвращение системных кризисных явлений посредством государственного субсидирования расходов	эффективное распределение финансовых ресурсов на основе установления заказов (заданий) на объемы бесплатных медицинских услуг	защита интересов потребителей на основе установления индикаторов качества услуг
Масштабность			
внешнее (государственное) обязательное медицинское страхование		внутреннее (системное, корпоративное) на основе корпоративной социальной ответственности (КСО), предотвращения производственных заболеваний (травм), добровольное коллективное страхование здоровья	
Формат регулирующих мероприятий			
вертикальное (публичное) на основе законодательства об охране здоровья граждан и правилах его обеспечения и страхования		горизонтальное (частное) на основе стандартов КСО, норм трудового права и охраны труда	их взаимодействие
Модельный ряд			
институциональная	консолидированная	функциональная	Twin Peaks

Рисунок 1.2 – Модельная конструкция финансового регулирования в сфере здравоохранения на современном этапе

Источник: составлено автором на основе [154; 157]

На рисунке 1.2 модель «Twin Peaks» (двойные пики) базируется на целевом назначении финансового регулирования. Соответствующий регулятор (один пик) занимается пруденциальным регулированием, другой (второй пик) – защитой прав потребителей финансовых услуг.

В современном научно-практическом обобщении, по нашему мнению, финансовое обеспечение применительно к системам общественного здоровья, подверженным переходу к ОМС, строится по 4 основным моделям регулирования: институциональная; консолидированная; функциональная; модель «Twin Peaks» (двойные пики) [46].

Внутреннее регулирование основано на организационном функционале участников системы здравоохранения и ОМС, применении в деятельности регулирующих процедур, правил, стандартов (рисунок 1.2).

Для участников системы здравоохранения особенно стоит выделить следующие классификационные методические подходы к управлению финансовыми средствами, представленные на рисунке 1.2.

Внешнее и внутреннее регулирование [136]. Внешнее подразумевает участие государства, руководителей органов управления в здравоохранении в установлении единых правил организации и экономики медицинской деятельности и ее финансового обеспечения. Публичное и частнохозяйственное регулирование [9]. Публичная теоретико-прикладная конструкция регулирования объединяет: финансы макроэкономического уровня с учетом объемов валового внутреннего продукта, направляемого на развитие здравоохранения на основе национальных приоритетов; финансовые ресурсы мезоэкономического внутриотраслевого уровня в масштабе регионального здравоохранения в субъектах (муниципалитетах) России; средства микроэкономики организаций-работодателей, производителей услуг здравоохранения, домохозяйств (рисунок 1.2).

Вертикальные и горизонтальные мероприятия регулирования [16]. Вертикальное регулирование государством ежегодных программ диспансеризации, тарифов и правил обязательного медицинского страхования дополняется мерами корпоративной политики всех организаций народного

хозяйства, направленной на поддержание здоровья работников с помощью развития производственной медицины, добровольного коллективного (личного) страхования (горизонтальные меры) (рисунок 1.2).

Рассматривая систему централизованного пулинга средств ОМС как элемента государственного регулирования, отметим важность установления правил и норм перераспределения финансового ресурса на реализацию реальных гарантий территориального населения. В этой связи подсистема экономических отношений участников ОМС может представлять предмет специального изучения. Нами было обосновано [155] особое место каждого участника современной системы ОМС, которые объединены экономическими связями, а именно:

- фонды (федеральный (ФОМС) и 85 территориальных – ТФОМС) – плательщики;
- страховые медицинские организации (СМО) – 53 организации – агенты плательщика;
- государственные и частные медицинские организации, участвующие в реализации базовой (федеральной) и территориальных программ ОМС – 14700 медицинских организаций – производители медицинских услуг;
- застрахованные граждане – около 144,9 млн человек (по последним оценкам около 98,8% населения от общей численности населения страны, равной 146,7 млн человек [95]) – потребители медицинских услуг [168].

Методологически важным аспектом функционирования любой экономической системы может служить оценка ее экономической эффективности по набору установленных индикаторов (внешних, внутренних).

При переходах в федеральной и территориальных моделях ОМС к реализации разных поручений государства (в лице своих органов) в 2000-2020 гг. менялись медико-социальные задачи и присущие им индикаторы оценки эффективности проектов ОСУЗ.

М. Портер и Е. Тайсберг утверждают, что для роста экономической эффективности сферы здравоохранения нельзя принижать роль обязательной количественной оценки показателей результативности деятельности каждого

участника системы. При этом объект количественной оценки должен быть стандартизирован, равно как и подходы к лечению пациентов должны проводиться в соответствии с принятыми международными или национальными стандартами [180].

По мнению академика А. Г. Аганбегяна, два индикатора могут обобщать оценки эффективности социального развития страны: показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), доходы и потребление населения в реальном выражении [1].

Как видим, первый показатель – ОПЖ, во многом (за исключением образа жизни) зависит от работы органов управления (агентов государства и эффективной организации и преемственности в работе служб здравоохранения (медицинские, социальные услуги, уход и патронаж)).

Второй показатель (доходы и потребление населения), выделенный А. Г. Аганбегяном [1], с одной стороны, обусловлен социальными обязательствами государства перед населением, с другой – опосредованно, но характеризует базу исчисления страховых взносов в системы обязательных страховых фондов.

Отмечая важность социального содержания, медико-экономического определения услуги здравоохранения, сделаем акцент на том, что ОСУЗ испытывают постоянное внешнее воздействие: макроэкономики государственных «бюджетных ограничений», мезоэкономики ведомственного районирования сети медицинских организаций, а также зрелости микроэкономики в «бюджетном менеджменте» производителей медицинских услуг [151].

Отметим, что при формировании федерального нормативного регулирования программ ОСУЗ в субъектах РФ выделяют следующие основные группы факторов, влияющих на оценку их эффективности [131]:

внешние факторы среды:

- особенности половозрастного состава населения;
- уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

внутренние факторы планирования в системе плательщиков (ТФОМС, СМО):

– методики балансировки объема ОСУЗ по видам и их финансовое обеспечение [131].

При этом следует отметить появление особого импульса для формирования внешних факторов воздействия на эффективность экономических отношений участников системы ОМС со стороны нового потребительского спроса, который начал проявляться на рубеже второго десятилетия XXI века, а усилился в период пандемии 2020 года. Связан он с большей социальной направленностью современных ОСУЗ, удовлетворением растущих потребностей пожилого (60-74 года) и старческого населения (75-90 лет), проходящих лечение за счет ОМС.

Соглашаясь с А. В. Решетниковым (2001), подчеркнем, что самый важный вызов на протяжении последних десятилетий для системы здравоохранения – это удовлетворение растущих потребностей населения в качестве услуг, сервисности процессов оказания медицинской помощи [103].

Воздействие растущего спроса на обязательные бесплатные для населения медицинские услуги обострила текущая ситуация массового спроса в условиях распространения новой коронавирусной инфекции [160]. Тестирование, лечение населения России оплачивалось из средств территориальных программ ОМС [88].

При этом, как отмечает классик маркетинговых исследований Ф. Котлер: «...услуга завершается в момент окончания действий по принятым обязательствам, а не в момент наступления результата; неосвязаемость услуги создает проблему авансированного доверия потребителя...» [48, с. 96].

Риск разрыва ожиданий пациента и фактического восприятия полученной медицинской услуги создает серьезные экономические проблемы производителям ОСУЗ, страхователям и страховщикам в современной модели государственного регулирования и финансирования здравоохранения.

Отметим прямое внешнее воздействие изменения доли населения старших возрастов по сравнению с трудоспособным и детским населением России на рост массового спроса на бесплатные услуги здравоохранения. Старение населения

мира называют сегодня одним из главных вызовов безопасности национальных экономик [19], включая учет этого фактора в стратегии развития отечественного здравоохранения до 2025 года [122].

В последние десятилетие (2010-2020 гг.) соотношение трудоспособного и нетрудоспособного населения в мире имеет негативную динамику, что не может не отражаться на трендах производства, распределения и потребления общественного блага. Так, на рубеже 2017-2018 гг. цифры по некоторым крупным экономикам мира показывают следующие проценты населения, вышедшего за границы трудоспособного возраста: в США – 16%, в Италии – 23%, в Японии – 28%. От 9% и до 14% таких граждан в расчете на общую численность жителей сегодня имеют страны Латинской Америки, Африканского континента, Юго-Восточной Азии [108].

Информация федеральной службы государственной статистики в 2018 году в Российской Федерации свидетельствует о том, что из 146,88 млн человек каждый четвертый (25,4% всего населения страны) или 37,362 млн человек находился в возрасте старше трудоспособного (старше 55 лет для женщин и старше 60 лет для мужчин) [118].

Прогноз демографической ситуации в России по базовому сценарию Министерства экономического развития России характеризует данную группу граждан к 2023 году на уровне 35,7 млн человек, что составит 24,4% от общей прогнозной численности населения России (146,4 млн человек) [96].

Потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другим) для лиц старших возрастов в 1,5-3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения, а потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2-4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста [124].

Все вышесказанное позволяет заключить, что рост населения России в возрастных группах старше 60-ти лет, а также увеличение продолжительности жизни населения всех возрастов потребуют создания новой страховой модели

здравоохранения, эффективной системы тарифного регулирования и нового перераспределения ресурсов регионального здравоохранения [164].

Можно говорить о том, что на рубеже третьего десятилетия XXI века определился тренд формирования «нового спроса» на ОСУЗ в ряде субъектов РФ, имеющих сходные объемы застрахованных граждан и близкие бюджеты ТФОМС². Он потребует всесторонней проработки категории «справедливое распределение» заданных ресурсов страховых взносов ОМС в консолидированном бюджете РФ – как в теоретическом, так и в практическом плане.

Таким образом, сформирована теоретико-методологическая платформа финансово-экономических отношений при регулировании, производстве, оплате и потреблении обязательных страховых услуг здравоохранения (ОСУЗ) в условиях новых вызовов третьего десятилетия XXI века, которая:

- испытывает на себе «макроэкономические бюджетные ограничения», регуляторные воздействия финансового механизма (рисунок 1.2);
- развивается в условиях новых медико-демографических сдвигов потребления в старшие половозрастные группы населения.

Такая модель мезоэкономических отношений внутри контура «производство – распределение – оплата – потребление» ОСУЗ нуждается в систематизации и описании факторных параметров входных и выходных характеристик, базирующихся на теории социально-экономической эффективности полезной деятельности, лучших практиках индикативного проектного менеджмента.

1.3. Методы и инструменты для экономических решений в здравоохранении и ОМС на рубеже третьего десятилетия XXI века (с учетом международного опыта)

По мнению Е. Р. Вейнтрауба [181], классики экономической науки (Л. Вальрас, К. Викселль, У. Джевонс, В. Парето, Ф. Эджоурт) впервые на

² ТФОМС – объекты исследования областей: Свердловской, Нижегородской, Новосибирской, Челябинской; краев: Пермского и Красноярского; Республики Татарстан.

математическом языке старались описать закон совокупного спроса, теории монополистического ценообразования, конкурентного механизма и издержек [181].

С тех пор экономические методы управления тесно связаны с применением математического моделирования. Экономико-математические методы при распределении финансовых средств участников системы здравоохранения на федеральном и региональных уровнях управления, информационные системы в управлении, а также методы оптимизации расходов госпрограмм изучаются многими авторами, в частности: В. З. Кучеренко, М. Н. Пешков и др. [55]; Ю. П. Лисицин, Н. В. Полунина [56]; В. И. Стародубов [38]. Эти и другие авторы на протяжении последних десятилетий защищают идеи цифровой зрелости здравоохранения.

Для целей настоящего исследования отметим важность интегральных оценок количественных показателей, характеризующих степень достижения субъектами РФ индикаторов национальных целей развития здравоохранения при наличии финансовых ограничений (доли ВВП, размера страховых взносов работодателей и органов исполнительной власти) [162].

С учетом наличия внешних макроэкономических воздействий, внутренних мезо- и микроэкономических связей внутри открытой системы экономики ОМС, а также выделения особой социальной и медико-экономической природы ОСУЗ в данном разделе сформируем теоретико-методическую гипотезу *«интегрального социально-экономического индекса региональной экономики ОМС-2020 с учетом особой природы ОСУЗ»*.

Разного рода интегральные индексы в здравоохранении стали очень активно применяться относительно недавно. Так, они встречаются в исследованиях таких авторов, как: Х. Н. Гизматулин, Д. А. Ризванов [26]; Л. А. Исмагилова, Е. В. Орлова [39]; С. В. Шишкин [172]; С. П. Ковалев, П. В. Сороколетов, Е. Р. Яшина и др. [3].

Новый импульс расчетам совокупных оценочных индексов, включая сферу здравоохранения, получен после принятия стратегии устойчивого развития ООН,

к которым присоединилась Россия, имеющая планы до 2030 года по 160 показателям, объединенным в 17 целей [143].

Во многих секторах сферы услуг комплексные индексы объединяют оценки реализации задач результативности деятельности сфер: образование, здравоохранение, социальное обеспечение (например, индекса возможностей пожилых граждан (индекс HCERI в зарубежной интерпретации)) [73]. Они направлены на измерение эффективности человеческого капитала в глобальных макроэкономических и внутривостановых исследованиях.

Очевидно, что такие исследования опираются на инструменты статистики и регрессии, теории экономической эффективности, математические методы, методы моделирования и пр.

А. А. Барлыбаев, Г. М. Юнусова (2009) отмечают, что современные математические методы становятся способными исследовать и качественные явления, благодаря чему границы их применения расширяются [8].

Практические возможности методов моделирования социальных процессов рассмотрены в трудах: Б. Я. Советова, С. А. Яковлевой [117], в том числе и на примере организационного управления финансовыми потоками региональных социальных систем в работах: Л. Я. Бухарбаевой, Н. Е. Колпаковой, М. В. Танюкевич [18]; В. И. Гурмана, Е. В. Рюминой [69].

В качестве методологической базы математического и экспертного моделирования декомпозиции проблем развития региональной финансовой модели можно обратиться к следующим подходам:

- метод анализа иерархий, предложенный Т. Саати [105; 106], основанный на измерении степени взаимодействия элементов, инструментах матрицы парных сравнений (от 1 до 9 баллов) в сложной системе управления и финансирования здравоохранения;

- метод экспертных оценок сравниваемых параметров количественных показателей в динамике и вычисление вектора результирующих весов (векторов-приоритетов), описанный Б. Г. Литвак [57], А. П. Еремеевым [34], а также

алгоритмы имитационных систем для принятия экономических решений, содержащиеся в работе К. А. Багинского, Т. И. Конник, М. Р. Левинсон [7];

– метод вербальных естественных описательных характеристик параметров изучаемого объекта, описанный В. Д. Могилевским, который для выбранных переменных, характеризующих разнонаправленные процессы развития регионального здравоохранения, наиболее удобно использовать при осуществлении нормирования значений параметров (от 0 до 1) [68].

В качестве методической базы и научно-практического аппарата, используемого при обработке данных динамических рядов показателей, могут быть использованы труды: Д. Хейс [140], Ш. Х. Гайдышева [25], Т. М. Максимовой [59], В. А. Медик, М. С. Токмачев [62] и др.

Говоря о возможностях использования современной научно-практической базы для моделирования экономических отношений по регулированию процессов рационального производства и распределения, потребления ОСУЗ, отметим следующие особенности.

Первое – это то, что с 2013 года оплата более 80% всей медицинской помощи, оказываемой в рамках исполнения публичных обязательств государства в Российской Федерации, передана в систему ОМС.

Второе – управление в системе обязательного медицинского страхования представляется как императивный метод, выражающийся в нормативных предписаниях, которые должны выполняться всеми участниками медико-экономических отношений.

Такая экономическая и правовая конструкция экономических отношений в ОМС России имеет определенную специфику по содержанию, списку уполномоченных участников и установленным количественным и качественным показателям оценки результативности функционирования. Исходя из общих принципов формирования сценарных моделей развития услуг здравоохранения, включая ОСУЗ, для оценки социально-экономической эффективности взаимодействия участников системы на всех уровнях управления производится оценка количественных индикаторов, их результативности, передаваемых

посредством обратной связи государству (в лице его органов) как регулятору экономических отношений.

Отметим, что, по утверждению Д. Г. Егорова [33], любая экономическая система при своем функционировании увеличивает стоимость, т. е. производит новые товары (работы, услуги), а экономика может быть определена как наука, изучающая экономические системы.

Нам представляется, что экономика здравоохранения, таким образом, может состоять в исследовании процессов оказания, распределения и потребления медицинских услуг. При этом при последовательной передаче в 2000-2020 гг. ответственности за ряд медико-социальных решений, функций по оплате медицинской помощи в систему фондов ОМС, можно говорить о наличии в сфере здравоохранения отдельной экономической подсистемы – экономики ОМС.

Можно в рамках исследования обособить решение научно-практической задачи по описанию функции экономической деятельности участников ОМС – функции, встроенной в укрупненную модель регулирования, производства, оплаты и потребления ОСУЗ. С учетом вышесказанного в теоретическом обосновании современной финансовой модели здравоохранения отметим роль и особенности формирования страховых взносов и деятельности фондов обязательного медицинского страхования (федерального и территориальных) в общей иерархии экономической деятельности объектов социальной сферы [154].

Таким образом, в исследованиях экономики ОМС в современных экономических условиях требуется комплексная количественная оценка работы ТФОМС. Данная оценка должна описывать эффективность функциональных связей, регулирующих внешние по отношению к участникам ОМС факторные показатели.

Кроме того, важна оценка внутренних факторных показателей, характеризующих уровень развития финансово-экономических отношений СМО, ТФОМС, медицинских организаций в процессе перераспределения видов и объемов медицинской помощи.

С учетом роста открытости системы ОМС на протяжении 2000-2020 гг., усиления акцентов на информированность граждан о правах на качественную и

доступную медпомощь приобретают особую роль факторные показатели внешних связей со стейкхолдерами и обратной связи с населением через работу с обращениями и жалобами.

1.4. Обобщение теоретических основ и методических подходов для выработки организационно-управленческих решений в здравоохранении и ОМС при реализации новых национальных приоритетов в сфере здравоохранения – 2030

Для целей настоящего исследования отметим, что менеджмент услуг приобретает черты социальной технологии и только начинает оформляться в отдельную школу так называемого «менеджмента 2.0» (М. Н. Кулапов и Ю. Д. Одегов [54], Д. В. Кузин [52]). В «новом» менеджменте связь науки управления с культурным, техническим, этическим прогрессом, изменениями в экономическом и политическом мировоззрении прослеживается особенно явно.

Стратегический менеджмент, который может быть очень эффективен при переходе социальной сферы к проектному управлению, в рамках реализации долгосрочных национальных задач также представляет область знаний с постоянным развитием методологии.

Отметим некоторые определения стратегического менеджмента, их общие и отличительные характеристики. Так, Л. С. Шеховцева, цитируя И. Ансофф – одного из первых известных разработчиков этого направления, определяет его содержание как «деятельность, связанную с постановкой целей и задач организации и поддержанием взаимоотношений между организацией и окружением, которые позволяют ей достичь своих целей, соответствуют ее внутренним возможностям и обеспечивают его приспособленность к внешним условиям» [170].

А. Томпсон и А. Дж. Стрикленд [124], изучая как теоретические, так и практические аспекты управления компаниями, понимали под стратегическим менеджментом деятельность, «определяющую долгосрочные направления развития организации, ее специфические цели, с учетом всех возможных внутренних и внешних обстоятельств».

Интересны также определения этого понятия, предлагаемые представителями отечественной научной школы. Так, А. К. Ляско [58] определяет стратегию управления как набор административных действий, использующий ключевые компетенции и позволяющий получить ряд конкурентных преимуществ перед другими участниками рынка. Т. Д. Синявец [115] обстоятельно доказывает, что стратегический менеджмент – это деятельность организации по формированию условий для ее воспроизводства в будущем.

Заметим, как отличаются определения данного понятия в отечественной и западной научных школах. Так, в зарубежной практике стратегическое управление – процесс, направленный исключительно на будущие перспективы и достижения организации (кроме перечисленных выше авторов схожие трактовки встречаются также у Дж. Хиггенса, Дж. Пирса [66], Дж. Робинсона [104] и др.).

В то же время отечественная школа предлагает смотреть на задачи стратегического менеджмента шире и использовать подходы и инструменты стратегического управления для решения оперативных задач.

В этой связи наиболее широко и актуально применительно к задачам развития социально ориентированных отраслей, по нашему мнению, определил суть стратегического менеджмента О. С. Виханский, сказавший, что стратегия «ориентирует производственную деятельность на запросы потребителей, гибко реагирует и проводит своевременные изменения в организации, отвечающие вызову со стороны окружения и позволяющие добиваться конкурентных преимуществ... в долгосрочной перспективе» [22].

Стратегический менеджмент в практической деятельности объектов управления дополняется операционными задачами, – происходит так называемая «операционализация» стратегии. Например, на макроуровне, когда «...государства мира регулируют и развивают скоординированную политику достижения национальных приоритетов; проводят «...операционализацию и имплементацию стратегии за счет годовых и многолетних планов действий и за счет предоставления адекватных ресурсов для этих целей ...» [102].

Для целей настоящего исследования весьма важным и актуальным является утверждение ряда авторов: Хервиг Р., Фридаг, В. Шмидт [141], С. И. Крылова [50; 51]; Д. И. Стасевич [118], которые поддерживают необходимость использования сбалансированной системы показателей (далее – ССП) в качестве аналитического инструмента стратегического управления и рекомендуют их для разных отраслей деятельности.

При этом, по утверждению А. Мироненко [66], А. Первенцева [74]: «...каскадированную до необходимого уровня управления СПП успешно используют в управлении финансово-кредитные организации, крупные банки и промышленные корпорации».

В таблице 1.6 приведем теоретические основы менеджмента страховых обязательных медицинских услуг в современном здравоохранении на основе системы сбалансированных показателей (СПП), проектного управления результативностью и изменениями деятельности.

Таблица 1.6 – Теоретические основы менеджмента на основе ССП, проектного управления, управления изменениями и результативностью в деятельности организаций

Определения теорий современного менеджмента – основы формирования методологии управления в системе экономических отношений в ОМС	Сущность понятий и инструментов теорий современного менеджмента	Авторы, исследующие теории и формирующие основные понятия
Менеджмент на основе ССП (Balanced Scorecard)	Система управления, основанная на ключевых показателях эффективности (KPI), оценке и механизмах воздействия на основные нематериальные активы компании – финансовую эффективность (прибыль и капитализацию), внешнюю эффективность (повышение лояльности клиентов и расширение конкурентных преимуществ), внутреннюю эффективность (качество бизнес-процессов), потенциал роста компании (гибкость управления, готовность к изменениям и т. д.)	Л. Брейди, Дж. Кронин [14], М. Г. Браун [13], А. Каплан [41], К. Омае [71]

Продолжение таблицы 1.6

Определения теорий современного менеджмента – основы формирования методологии управления в системе экономических отношений в ОМС	Сущность понятий и инструментов теорий современного менеджмента	Авторы, исследующие теории и формирующие основные понятия
Управление изменениями (Change Management)	Вид менеджмента, основанный на проектной деятельности и направленный на выявление необходимых изменений в деятельности организации, их реализацию и внедрение в рутинную практику. В основе это вида менеджмента лежит изменение модели поведения сотрудников в пользу их высокой вовлеченности в систему изменений, ориентированности на результат	Н. М. Кузьмина [53], Дж. П. Коттер [49], Т. Питерс [75], Э. Камерон [40], К. Фрайлингер, Й. Фишер [138]
Управление результативностью (Performance Management)	Тип менеджмента, основанный на определении четких количественных задач, их поэтапном контроле, анализе эффективности и оценке квалификации сотрудников (как команд, так и отдельных специалистов), т. е. системный подход, направленный на достижение целей организации	М. Армстронг [175], Х. Брюйн [15], Дж. Иган [36], Г. Кокинз [44]

Источник: составлено автором с учетом обобщений [13-15; 36; 40-41; 44; 49; 53; 71; 75; 138; 175]

Как видно в таблице 1.6, все представленные теоретические подходы и научно-методические инструменты менеджмента в полной мере должны использоваться при построении современной системы социально-экономических отношений в здравоохранении и ОМС.

На Гайдаровском форуме (январь 2021 года) А. Бернанд – руководитель платформы формирования будущего здоровья и здравоохранения Всемирного экономического форума (online), представил доклад о начале международного проекта оценки устойчивости систем здравоохранения в условиях внешних вызовов [15].

Среди главных факторов, влияющих на эффективность систем здравоохранения и сохранение ее устойчивости, в докладе названы:

- Лидерство и управление, поддержка в принятии решений.
- Финансирование.

- Кадровые ресурсы.
- Новые медицинские технологии и лекарственные препараты.
- Здоровье населения и социальные детерминанты здоровья.

Измерение факторных показателей по представленным в докладе группам оценок внутри страны, а также между странами будет постоянно совершенствоваться.

Включение России в международные оценки подобного рода будет и дальше стимулировать научные исследования и разработки социально-экономической эффективности некоммерческих организаций и фондов в сфере здравоохранения.

При этом дальнейшее развитие получит, по нашему мнению, применение современной системы сбалансированных показателей для оценки внешнего регулирования ОСУЗ, клиентов (потребителей услуг), внутренних бизнес-процессов в системе здравоохранения и коммуникаций между плательщиками (агентами плательщика), производителями ОСУЗ.

В методических рекомендациях по проектному управлению инвестиционной деятельностью организации, подготовленных в 2020 году одной из крупнейших в России правовых и информационно-аналитических платформ «Консультант Плюс» [9], указывается на следующие моменты, представляющие научно-практический интерес в рамках совершенствования управления в некоммерческих организациях здравоохранения и фондах ОМС:

- «развитие механизмов операционализации стратегических целей в краткосрочные и среднесрочные планы по их достижению невозможно без развития проектного управления»;
- необходим «...мониторинг и контроль ключевых показателей эффективности»;
- следует использовать «...систему экспертной оценки в части ключевых факторов создания стоимости...», которая будет «...поддерживать внутренний контроль результатов достижения стратегии...» [9].

Можно констатировать, что подобные научные взгляды и практические рекомендации весьма созвучны теоретико-методологической платформе, позволившей сформулировать базу для построения перспективной социально-экономической модели отношений субъектов управления в здравоохранении и ОМС на перспективу.

Все вышесказанное позволяет предложить следующую дефиницию – *«менеджмент обязательных страховых услуг здравоохранения» (МОСУЗ)*.

МОСУЗ – это процесс управления, который:

– с одной стороны – обеспечивает операционализацию стратегии развития здравоохранения на основе координации национальных приоритетов и тактических задач деятельности участников ОМС и органов управления в региональном здравоохранении;

– с другой – адаптирует внутренние факторы и бизнес-процессы управления деятельностью плательщиков отрасли (фондов, страховых компаний) под внешние условия финансового регулирования, нормативно-правовую среду, медико-демографические характеристики рынка потребителей (клиентов) для решения текущих задач и реализации долгосрочных перспектив деятельности.

В таблице 1.7 представим обобщения теоретических подходов процессного менеджмента, являющихся методологическим фундаментом построения эффективных решений в системе экономических отношений в сфере здравоохранения.

Таблица 1.7 – Обобщение теоретических подходов к функциям, стратегическим и тактическим задачам МОСУЗ в современных условиях

Единые функции менеджмента отраслей народного хозяйства и менеджмента МОСУЗ	Стратегические задачи в соответствии с едиными функциями менеджмента для МОСУЗ	Тактические задачи в соответствии с едиными функциями менеджмента МОСУЗ
Планирование	Формирование кратко- и долгосрочных целей [114] участников ОМС	Определение текущих задач [114] участников ОМС

Продолжение таблицы 1.7

Единые функции менеджмента отраслей народного хозяйства и менеджмента МОСУЗ	Стратегические задачи в соответствии с едиными функциями менеджмента для МОСУЗ	Тактические задачи в соответствии с едиными функциями менеджмента МОСУЗ
Организация	Определение и внедрение перспективных направлений развития в производстве [116] ОСУЗ	Обеспечение текущей работы основного и вспомогательного производства [115] ОСУЗ
Координация	Создание долгосрочной системы управления и контроля в сфере производства [117] ОСУЗ	Формулировка, корректировка задач и закрепление их за структурными подразделениями [117] (производителями медицинских услуг и институтами, ответственными за организационное и финансовое обеспечение их производства)
Мотивация	Формирование эффективной стратегии управления на принципах корпоративной социальной ответственности в сфере производства ОСУЗ и максимального удовлетворения потребностей населения	Поощрение и наказание производителей медицинских услуг [118] и институтов, обеспечивающих их производство
Контроль	Выработка стратегии качества, основанной на устойчивом развитии, управлении изменениями и результативностью [118] при оказании ОСУЗ в средне- и долгосрочной перспективе	Определение отклонений от задач (факторных показателей, сбалансированных показателей), поставленных перед производителями ОСУЗ

Источник: составлено автором на основе [128; 28; 116-120]

Отметим связь проектного управления по целям и системе сбалансированных показателей с задачами современного эккаунтинг-менеджмента и контроллинга, определения которого дают в своих трудах Ю. П. Анискин [5], О. А. Романова [104].

В современной научной практике понятия эккаунтинга и контроллинга как неотъемлемых частей стратегического менеджмента и проектного управления рассматриваются почти исключительно в контексте управления коммерческой организацией [178].

Очевидно, что сопоставление оценок «план» и «факт», поиск причин появления отклонений и значимости их влияния на перспективные цели, выработка

корректирующих мероприятий в самом простом их значении направлены на сокращение издержек и увеличение финансового результата в кратко- и среднесрочной перспективе могут быть актуальны для государственного управления.

В таблице 1.8 обобщим в связи с этим определения эккаунтинга как возможного компонента МОСУЗ, который включает в себя весь комплекс прогрессивных задач развития процессного управления и является ядром контрольно-учетной среды.

Таблица 1.8 – Научно-методические определения эккаунтинг-менеджмента, контроллинга и управленческого учета для целей формирования современной концепции МОСУЗ

Виды менеджмента – научно-практическая платформа современного МОСУЗ	Определения, раскрывающие суть направлений менеджмента	Авторы
Эккаунтинг	Вид управления, базирующийся на сборе, обработке и анализе данных о деятельности организации, их сравнении с настоящими и плановыми показателями и результатами иных участников экономического процесса	Н. П. Кондраков [45], В. В. Бурцев [17]
Контроллинг	Комплекс мер, принимаемых в целях планирования, управления, корректировки и наблюдения за деятельностью организации; информационное обеспечение, ориентированное на запланированный результат управления	П. Хорват [141], Т. Райхман [98], Б. Райн [97], С. Г. Фалько [128]
Корпоративная учетно-контрольная система (управленческий учет)	Система учета данных о деятельности организации, основанная на внутрикорпоративном информационном потенциале (сведениях статистической, финансовой, бухгалтерской, налоговой отчетности и пр.) и необходимая для поиска механизмов реализации и определения этапов стратегии развития организации и/или отрасли	А. В. Бодяко [11], Т. М. Сенков, В. А. Рогуленко [113], У. Шеффер, Ю. Вебер [20], И. Д. Демина [29]

Источник: составлено автором на основе [12; 17; 20; 29; 45; 97-99; 113; 128; 134; 141]

Как видно из таблицы 1.8, понятия эккаунтинга, контроллинга и управленческого учета не только не тождественны, но и находятся в иерархической зависимости друг от друга. При этом они, безусловно, должны формировать инструменты и методы для эффективного управления в государственной системе здравоохранения и обязательном медицинском страховании.

Исторической же особенностью развития российского государственного сектора является многолетний дефицит финансирования, особенно характерный для социальной сферы в целом. Это сформировало крайне специфический подход к менеджменту и контроллингу, в котором аналитические решения производственных задач, основанные на огромном массиве данных, служат, в первую очередь, цели определения необходимого объема ресурса (финансового, временного, кадрового, инфраструктурного и т. д.).

Такой подход практически не задействует оценки иных важных аспектов: управление результативностью; внедрение компетентностного подхода в кадровом обеспечении отрасли; развитие всеобщего охвата услугами; совершенствование стандартов качества услуг. Как следствие – это не способствует ликвидации узких мест в быстро меняющейся внешней среде, оптимизации расходов, повышению качества и доступности оказываемых государственных услуг, росту удовлетворенности граждан.

В качестве иллюстрации этого тезиса необходимо отметить один из самых финансовоемких инструментов МОСУЗ последних лет – введение с 2013 года так называемых «зарплатных дорожных карт» – ЗДК, в том числе в сфере здравоохранения [99].

Одними из важных элементов оплаты труда медиков в рамках реализации механизмов ЗДК должны были стать формирование инновационных механизмов оценки деятельности персонала организаций здравоохранения и соответствие уровня оплаты их труда качеству оказанной медицинской помощи (т. н. «эффективный контракт»). В соответствии с регламентирующим документом показатель средней заработной платы врачей и иных специалистов с высшим медицинским (в т. ч., фармацевтическим) образованием к 2017 году достиг 200%,

а среднего и младшего медицинского персонала – 100% от среднерегиональной заработной платы во всех прочих, не медицинских отраслях. В большинстве субъектов РФ уровень оплаты труда в связи с реализацией ЗДК достиг указанных значений, но вместе с тем приобрел форму целевого критерия, мало связанного с качеством оказанных в т. ч. ОСУЗ.

В противовес сложившейся практике в настоящем исследовании хочется подчеркнуть возможность и необходимость использования в целях развития государственной системы гарантий новой парадигмы МОСУЗ, учитывающей локальные особенности их производства, а также экономический, медико-демографический и имиджевый факторы (рис. 1.3).

На рисунке 1.3 видно, что наряду с расширением внутренних информационных коммуникаций с потребителями важную роль должна играть система операционных задач социальной направленности, способствующих приращению человеческого капитала. При этом гибкий подход к управлению наряду с ситуационным уточнением стратегии проектной деятельности (проектного финансирования) позволят включать мониторинги индикативных оценок в тактические задачи управленцев на всех уровнях.

Таким образом, можно утверждать, что формирующиеся сегодня подходы к управлению ОСУЗ в системе обязательного медицинского страхования должны обладать всеми характерными чертами современного менеджмента (рисунок 1.3):

- быть нацелены на управление бизнес-процессами, а не функциями (линейное функциональное управление часто характерно для госсектора);
- формировать результативный, стратегический подход к управлению, доведенный в виде тактических задач до структурных подразделений и сотрудников;
- учитывать роль корпоративной организационной культуры и инструменты вовлеченности персонала.



**Рисунок 1.3 – Инструменты современного менеджмента в стратегии инноваций и управления ОСУЗ
в условиях массового спроса и новых демографических вызовов**

Источник: составлено автором на основе [134; 21; 10]

В процессном управлении и для целей формирования эффективной системы обратной связи с потребителями, эффективного позиционирования производителей ОСУЗ их коммуникаций с фондами ОМС, страховыми компаниями в региональной системе здравоохранения важно уделять должное внимание исполнению требований систем качества менеджмента (СКМ), менеджменту изменений.

Для целей настоящего исследования мы поддерживаем определения СКМ, данные такими учеными, как: А. Фейгенбаум [134], В. Г. Версан [21], Н. Биггарт [10].

Обобщив классиков СМК, представим его определение следующим образом: СКМ – система управления и контроля качества услуг, направленная на улучшение выпускаемой продукции, снижение издержек, улучшение управленческого контроля, рациональное использование ресурсов, улучшение взаимодействия подразделений, повышение лояльности персонала к компании в условиях ускоренных изменений и глобализации рынков.

Научная платформа менеджмента на основе внедрения стандартов качества, управление изменениями и построение систем сбалансированных показателей можно с успехом применять в качестве теоретической базы и научно-практических инструментов в МОСУЗ в среднесрочной перспективе.

В последнее время много внимания государственные программы уделяют обратной связи с населением – главным потребителем социальных услуг.

По нашему мнению, именно рост уровня доверия к государственным институтам может говорить об эффективности институтов государственного управления. При этом если рассматривать качество медицинской помощи для населения как стратегическую цель всех участников организации и финансирования системы здравоохранения, то ключевые критерии качества организационной структуры и качества внутренних процессов деятельности участников системы станут факторами, определяющими критерии результативности.

С другой стороны, наличие развитой региональной сети государственных институтов здравоохранения и существование механизмов централизации

функций их финансового обеспечения (бюджетного, страхового) актуализирует вопросы оценки репутационных факторов и (или) профессиональной репутации на уровне производителей и плательщиков ОСУЗ.

Несмотря на кажущуюся простоту термина «профессиональная (деловая) репутация», ни в российской, ни в международной правовой и экономической практике нет единого утвержденного определения. Нет его и в российском законодательстве. Так, в соответствии с типовым положением по бухгалтерскому учету репутация определяется как «символ профессиональной деятельности организации» и «является составной частью нематериальных активов этой организации либо предприятия» [100].

В ряде литературных источников Л. С. Сальникова [111], Ю. П. Анискин, А. М. Павлова [5] определяют деловую репутацию в общем виде как приобретаемую в процессе профессиональной деятельности оценку, общее представление о личных и деловых качествах, достоинствах человека или организации.

Кроме того, важно отметить, что многие исследователи (А. В. Бодяко, Ю. Вебер У. Шеффер [12; 20]) до настоящего момента отождествляют понятия «деловая репутация» и «гудвилл». При этом «деловая репутация» – во многом социально-правовая категория, нематериальное благо, не являющееся активом. Гудвилл – в самом широком смысле – это своеобразная стоимостная оценка деловой репутации, ее количественный показатель, т. е. разница между ценой приобретенного предприятия и справедливой стоимостью всех его активов. Обобщим понятие деловой репутации на основе контент-анализа доступных источников (таблица 1.9).

Таблица 1.9 – Определение термина «деловая репутация» в российской научно-практической литературе

Автор	Определение термина
В. В. Килинкаров [42]	Приобретаемая кем или чем-либо общественная оценка, мнение о достоинствах и недостатках кого- или чего-либо, сведения о негативных и (или) позитивных качествах объекта, известных окружающим и формирующим их мнение об объекте
А. М. Эрделевский [174]	Оценка, мнение общества о качествах, достоинствах и недостатках лица и (или) организации

Продолжение таблицы 1.9

Автор	Определение термина
М. Н. Малеина [60]	Набор качеств и оценок, с которыми их носитель персонифицируется и ассоциируется в глазах своих коллег, клиентов, потребителей, избирателей и т. д.
А. Л. Анисимов [4]	Оценка производственной (или иной) деятельности в соответствии с правовым статусом организации в условиях существующих рыночных отношений
Н. П. Козлова [43]	Важнейший нематериальный актив компании, необходимый для достижения устойчивого и продолжительного развития. Это формирующееся в сознании заинтересованных сторон (целевых групп) в течение значительного промежутка времени общественное мнение о компании, в основе которого лежит оценка основных аспектов ее деятельности – экономического, социального, экологического

Источник: составлено автором на основании [4; 42; 43; 60; 174]

Как видно в таблице 1.9, несмотря на схожесть приведенных дефиниций, наиболее точным и прямо относящимся к цели настоящей работы, по нашему мнению, можно считать определение понятия, данное Н. В. Козловой [43]. Сформулируем его применительно к участникам оказания и оплаты ОУЗ следующим образом: «деловая репутация» – это объективная общественная измеримая оценка свойств (экономических, социально-правовых, этических и пр.) участников системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования (фондов обязательного медицинского страхования, медицинских и страховых медицинских организаций), влияющая как на отношения участников со стейкхолдерами, так и на объем и распределение находящихся в их распоряжении финансовых средств.

Выводы по главе 1

1. Для оценки прироста ценности общественных благ в сфере здравоохранения при переходе к страховым принципам оплаты медицинской помощи требуется анализ текущего состояния ближайшего пятилетнего периода (2015-2020 гг.) в части развитости финансово-экономических отношений в системе здравоохранения на федеральном и региональном уровнях управления:

– для общества – с точки зрения отдачи от вложенных в инфраструктуру бюджетных средств в виде снижения показателей нетрудоспособности,

заболеваемости, инвалидизации, смертности, роста ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, естественного прироста населения страны и пр. (социальная эффективность);

– для групп застрахованного населения страны – с позиции удовлетворенности качеством, количеством комплексных случаев диагностики и лечения возникающих заболеваний, достаточности отраслевых ресурсов, возможностей для применения передовых достижений медицинской науки (медицинская эффективность);

– для покупателей, плательщиков, получателей средств внебюджетного фонда ОМС – с позиций соизмерения затрат данных средств и достигнутых социальных и медицинских результатов в деятельности участников системы экономических отношений (экономическая эффективность).

2. Индикативное планирование здравоохранения с 2018 года выходит на новые национальные цели и приобретает особое место в системе менеджмента ОСУЗ. Выявление трендов взаимовлияния и синергии разнонаправленных показателей социальной, медицинской и экономической эффективности работы сегмента ОМС в общей модели экономических отношений в сфере здравоохранения представляет научно-практический интерес для построения среднесрочных сценарных стейкхолдерских моделей менеджмента.

3. Весь комплекс индикаторов (входных параметров, выходных показателей) в процессе создания-потребления ОСУЗ в условиях реализации национальных приоритетов может быть систематизирован с использованием методов моделирования, которые должны дополнять методы менеджмента ОСУЗ на базе типизации алгоритмов и инструментов для объектов отрасли – территориальных участников системы ОМС.

4. Для целей научно-практического обособления, последующей оценки и совершенствования проектного финансирования национальных приоритетов развития здравоохранения, переданных на оплату в систему фондов ОМС, потребовалось на рубеже третьего десятилетия XXI века выделить категории:

– *обязательные страховые услуги здравоохранения (ОСУЗ)* с обоснованием применимости критериев общественного блага с учетом того, что в ОМС Российской Федерации все социально значимые для общественного здоровья населения страны услуги здравоохранения оплачиваются по страховым принципам; адаптации общемировых трендов стандартизации медицинского содержания и тарификации государственных услуг здравоохранения в региональных программах ОМС; макро-, мезоэкономического регулирования единых социальных налогов, включая тарифы на ОМС с учетом новых половозрастных, медицинских характеристик потребительского спроса;

– *менеджмент обязательных страховых услуг (МОСУЗ)* в качестве самостоятельного раздела общей системы государственного управления в здравоохранении, определив его принципы на основе использования научной базы стратегического и общего менеджмента.

5. Отдельное обоснование, содержание и место эккаунтинг-менеджмента в системе МОСУЗ позволит внедрять инструменты эффективного управления, основанные на механизмах анализа, контроллинга и управленческого учета всей информационной системы индикативного планирования в здравоохранении.

6. Расширение процессных подходов с учетом принципов менеджмента качества в системе здравоохранения России может быть усилено при практическом применении системы сбалансированных показателей, что для МОСУЗ весьма актуальная задача в условиях формирования централизованных баз данных и построения единого федерального и региональных сегментов информационного ресурса участников ОМС [150].

7. Репутационные факторы участников ОМС могут показать большую вовлеченность в систему финансово-экономического распределения ресурсов здравоохранения в условиях использования оценочных факторов профессиональной «деловой репутации» во внутрисистемных управленческих механизмах.

ГЛАВА 2. СУЩЕСТВУЮЩИЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ И ЭКОНОМИКИ ОМС НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ

В предыдущей главе исследования были определены основные теоретико-методические подходы к формированию дефиниции ОСУЗ, финансового регулирования деятельности плательщиков и производителей, подходов к управлению в страховой модели здравоохранения. Выявлена актуальность для институтов государственного управления внедрения принципов операционализации национальной (отраслевой) стратегии на основе процессного индикативного планирования, эккаунтинг-менеджмента, инструментов системы сбалансированных показателей, принимаемых в качестве научно-методической основы для сценарных экономико-математических моделей.

Отмечено, что в современной российской практике государственные стратегии развития зачастую связаны с целевыми механизмами воздействия, не всегда учитывают региональные особенности развития социальной сферы, локальные инициативы, потребности производителей и потребителей ОСУЗ. Рынок обязательных страховых услуг, испытывая сильную зависимость от внешних регулирующих воздействий, в первую очередь финансовых, имеет специфические объемно-финансовые нормы, принципы тарификации и оплаты услуг, регулируемых отраслевыми порядками, стандартами, регламентами.

Одновременно с этим проанализированы возможности обратной связи внутренних процессов, происходящих в мезоэкономике ОМС, с наметившимися в последние годы новыми вызовами демографического сдвига потребностей населения. Рост обращений лиц старше 60 лет и тренды увеличения продолжительности их жизни, стагнация доли трудоспособного, экономически активного населения в общей численности жителей задают вектор совершенствования страховых моделей российского здравоохранения.

Внешние для экономических процессов задачи здравоохранения по снижению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний у населения,

развитие профилактической направленности медицинской помощи, рост доступности высокотехнологичных услуг и сложных инструментальных методов исследования по полису ОМС – это и многое другое приводит к необходимости постоянных изменений, обновлений в управлении и бюджетировании ОСУЗ.

В этих условиях перераспределение медико-экономических параметров региональных программ, гарантированных государством для застрахованного населения субъектов России, переданных для оплаты в систему медицинского страхования, должно отвечать социальным целям сбережения здоровья граждан и быть рациональным в использовании ограниченных ресурсов (финансовых, кадровых, материально-вещественных, организационных и пр.) в развернутой региональной сети медицинских организаций.

2.1. Влияние макроэкономических показателей национальных целей развития здравоохранения на управление и бюджетирование обязательных страховых услуг здравоохранения

По статистике национальных счетов России по всем отраслям экономики в 2016-2018 гг. в структуре валовой добавленной стоимости деятельность в области здравоохранения и оказания социальных услуг составляла соответственно: 3,2% или 2479,2 млрд рублей в 2016 году; 3,1% или 2577,84 млрд рублей в 2017 году; 3,4% процента или 3155,2 млрд рублей в 2018 году [120]. При этом в структуре общероссийского выпуска доля сферы здравоохранения как отрасли экономики находилась на уровне 2,5% в каждый год рассматриваемого периода (2016-2018 гг.), что соответственно составляло: в 2016 году 3846,43 млрд рублей; в 2017 году – 4158,23 млрд рублей; в 2018 году – 4638,35 млрд рублей (в сопоставимых ценах) [119]. В большинстве международных исследований, отечественных стратегиях и нормативных документах принято размеры финансового регулирования здравоохранения измерять в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП). Так, если предположить в 2020-2023 гг. неизменный размер расходов на сферу здравоохранения, определенный Президентом РФ В. В. Путиным (не менее 5% ВВП) [96], а также сохранить на

эти годы установленный размер отчислений на ОМС от фонда заработной платы работников организаций (5,1%) [70], приняв их долю в общем доходе ФОМС на уровне сложившихся 58%, то некоторые макроэкономические параметры, составляющие внешнее ограничение размеров средств ОМС в ближайшие годы, могут быть представлены на рисунке 2.1.

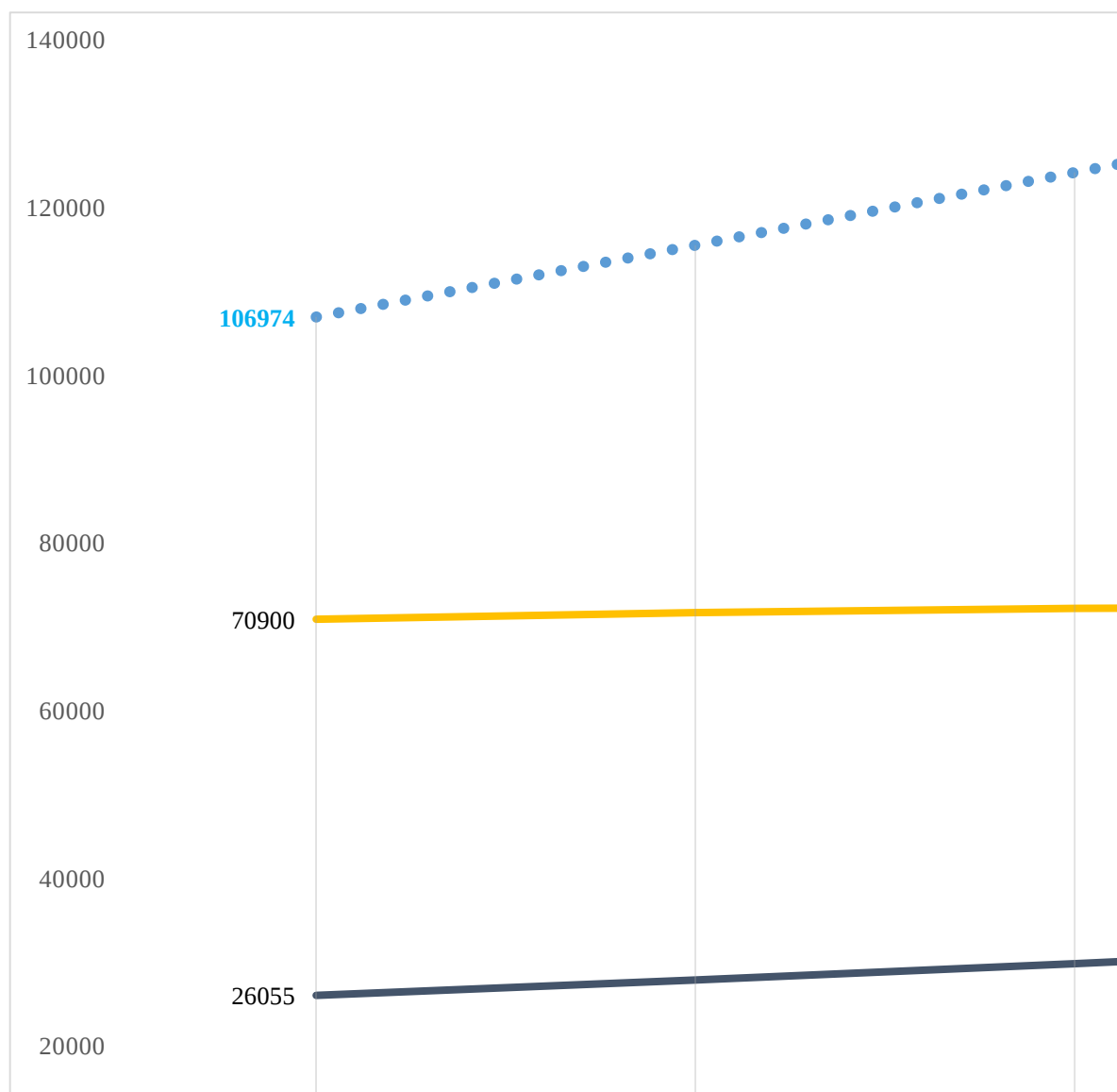


Рисунок 2.1 – Макроэкономические параметры среднесрочной перспективы (до 2023 года), влияющие на финансово-экономические среднесрочные предпосылки развития здравоохранения и обязательного медицинского страхования

Источник: составлено автором с использованием данных [94]

Как видно на рисунке 2.1, существуют определенные ограничения: численности работающих граждан; фонда оплаты их труда; размера страховых отчислений от такого фонда в бюджет федерального фонда ОМС и т. д., которые наряду с установлением процента отчислений от ВВП на нужды здравоохранения формируют устойчивое бюджетное ограничение. В дальнейшем в рамках заданного размера средств на обеспечение ОСУЗ выстраивается весь процесс финансового регулирования деятельности участников системы здравоохранения.

Большее значение для устойчивости институтов здравоохранения и ОМС имеет системный регуляторный государственный механизм в виде нормативного контура управленческого воздействия (рисунок 2.2).

Как видно на рисунке 2.2, система менеджмента страховых услуг с 2008 года и до настоящего времени находится в фокусе национальных интересов. Особенно важен для целей настоящего исследования акцент стратегии социально-экономического развития России, получивший развитие с 2018 года, направленный на рост собираемости страховых взносов в систему ОМС и повышение эффективности расходования ресурсов.

Крайне примечательным выглядит тот факт, что нормативный контур системы управления ОСУЗ учитывает преимущественно меры широкой государственной инвестиционной поддержки социальной сферы (в первую очередь, сферы здравоохранения) и практически не использует потенциал участников на микроуровнях (рисунок 2.2).

Видно, что нормативный контур в основном задействует федеральную вертикаль управления. При этом от решений, которые принимаются на уровне региональных лидеров в отрасли: руководителей органов управления в здравоохранении (министерств, департаментов), дирекций фондов ОМС, руководителей и специалистов страховых компаний, руководителей федеральных и субъектов медицинских организаций, зависят конкретные меры сбережения населения России. Все перечисленные выше заинтересованные участники проектных решений (стейкхолдеры) работают для населения, призваны удовлетворять его потребности в качественных и доступных ОСУЗ.

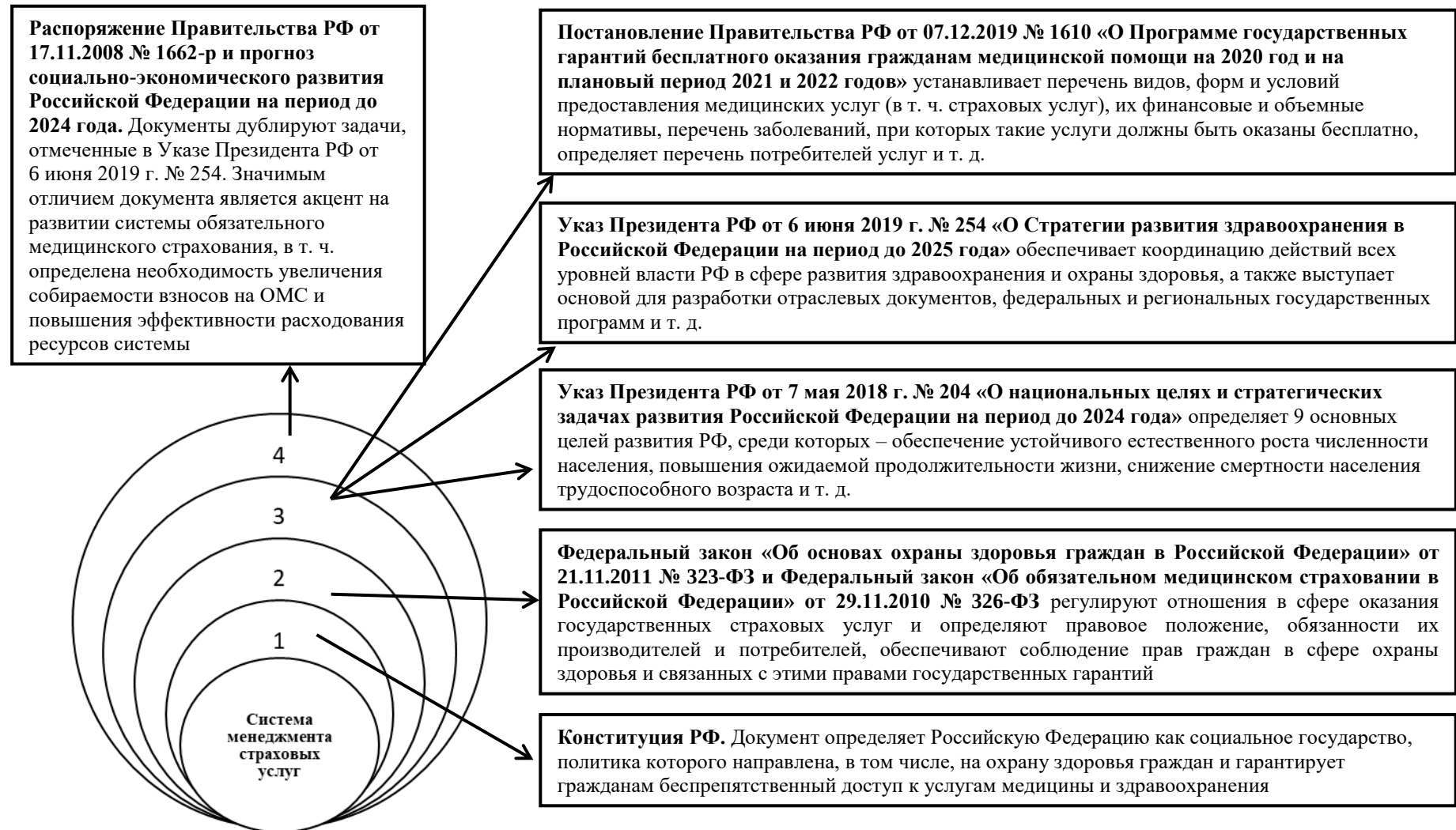


Рисунок 2.2 – Нормативный контур управления государственными обязательными страховыми услугами здравоохранения

Источник: составлено автором на основе [87; 92-96]

В этой связи отметим, что запросы общества – социальный заказ для здравоохранения и медицинского страхования – в концентрированном виде сформированы в Указах Президента России 2018-2020 гг. [125; 126], в которых провозглашен курс:

- на рост ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) (до 78 лет к 2024 году и до 80 лет – к 2030 году);
- снижение младенческой смертности (4,5 на 1 тыс. рожденных детей);
- снижение смертности трудоспособного населения (до 350 на 100000 населения);
- снижение смертности старшего поколения от всех причин, включая снижение смертности от сердечно-сосудистых (до 450 на 100000 населения) и онкологических заболеваний (до 185 на 100000 населения) [125; 126].

Для целей исследования данные национальные цели отраслевой стратегии здравоохранения требуется адаптировать для финансово-кредитных организаций – фондов ОМС.

Для начала остановимся на характеристиках основных национальных целей в достигнутых цифровых измерителях по состоянию на 2019 год, в сравнении с аналогичными показателями 2010, 2015 гг.

Так, например, реализацию стратегии по снижению смертности населения от болезней в системе здравоохранения можно проследить на цифрах рисунков 2.3 (для мужчин разных возрастов) и 2.4 (для женщин разных возрастов). Представлены сложившиеся на момент принятия стратегических целей возрастные коэффициенты смертности в РФ мужчин и женщин соответственно (на 100 тыс. соответствующего по возрасту населения) в 2019, а также аналогичные показатели 2015 года и 2010 года.

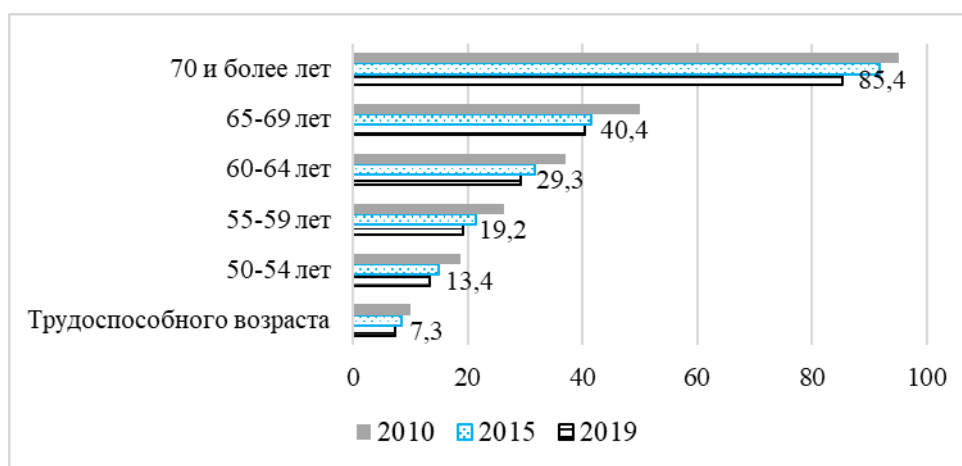


Рисунок 2.3 – Возрастные коэффициенты смертности мужчин России, достигших определенного возраста в динамике по годам: 2010, 2015, 2019, умерших на 1000 человек соответствующего возраста

Источник: составлено автором на основании данных Росстата [30], 2020 год

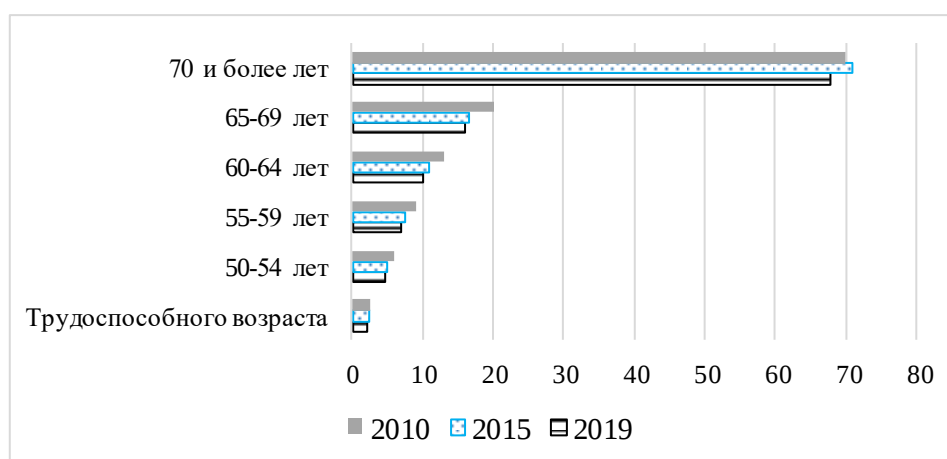


Рисунок 2.4 – Возрастные коэффициенты смертности женщин России, достигших определенного возраста в динамике по годам: 2010, 2015, 2019, умерших на 1000 человек соответствующего возраста

Источник: составлено автором на основании данных Росстата [30], 2020 год

Отмеченный в первой главе демографический сдвиг потребления услуг здравоохранения в сторону старших возрастных групп подтверждается статистикой смертности мужчин и женщин в возрастах старше 60 и старше 70 лет. В международной статистике 60-74 – это пожилые люди, а старше 75 – это лица старческого возраста.

На рисунке 2.5 представим текущую ситуацию в анализируемых субъектах РФ с реализацией основных отмеченных выше медико-демографических

показателей, включенных в национальную стратегию сферы здравоохранения, в сравнении с имеющимися для этого кадровыми и инфраструктурными ресурсами госпиталей и поликлиник. Анализировать будем данные официальной медицинской статистики по 7-ми субъектами РФ со схожими параметрами бюджетов фондов ОМС и численности застрахованного населения.

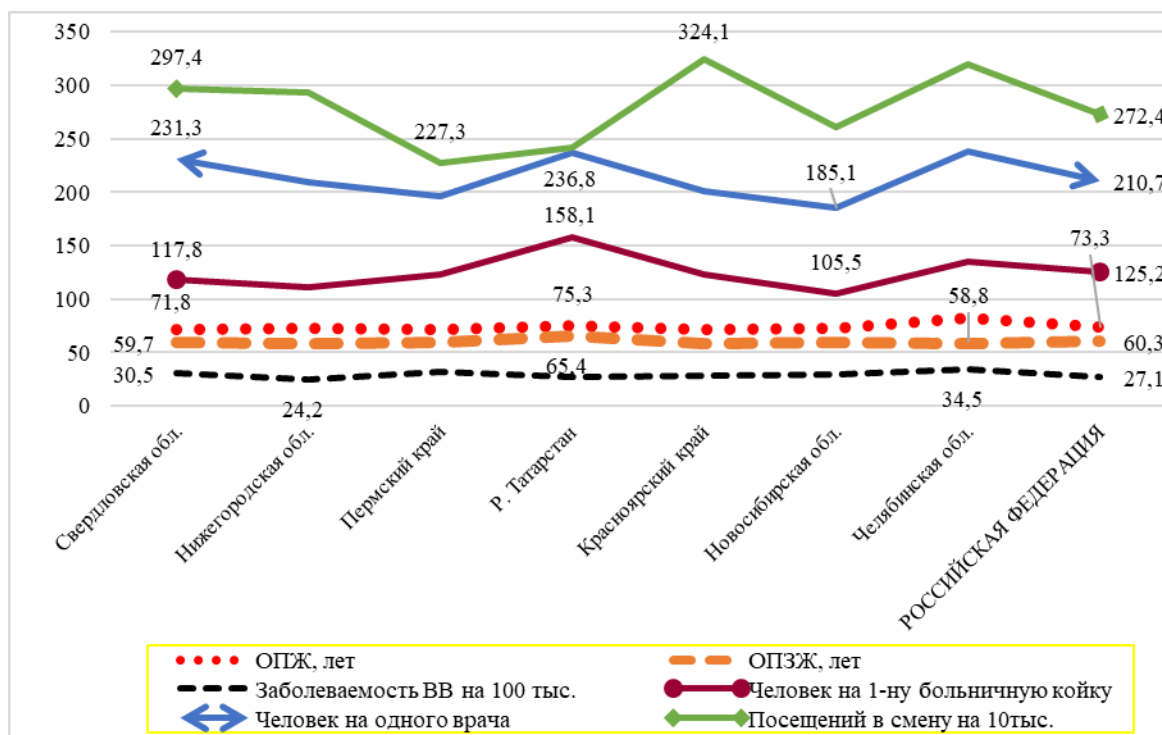


Рисунок 2.5 – Сравнительные данные достижения национальных приоритетов в Российской Федерации и на объектах исследования по показателям: ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ), смертности всего населения по всем классам болезней (ВВ – впервые выявленным) и эффективности использования региональной сети организаций здравоохранения и кадров отрасли, 2019 год

Источник: составлено автором по данным официальной статистики [30]

Отметим следующие общие тенденции, выявленные при анализе территориальной статистики в 7-ми субъектах РФ в 2019 году (рисунок 2.5):

– среднероссийский показатель ОПЖ (73,3 лет) превышен в Р. Татарстан (75,3 лет), а самый низкий его размер показан в Свердловской области (71,8 лет);

– среднероссийский показатель ОПЗЖ (60,3 лет) превышен в Р. Татарстан (65,4 лет), самый низкий размер показало население Челябинской области (58,8 лет);

– среднероссийский показатель общей заболеваемости населения от впервые выявленных по всем классам болезней в 2019 составил 27,1 на 100 тысяч населения (не превышен только в Нижегородской области (24,2); самый высокий показатель общей заболеваемости на 100 тыс. населения наблюдался в 2019 году в Челябинской области);

– ресурсная инфраструктура оказания медпомощи в госпитальном секторе в РФ характеризуется нагрузкой на одну койку 125,2 человек (самый высокий показатель в 2019 году среди анализируемых субъектов РФ показала Челябинская область (134,9 человек), самый низкий (105,5 человек на койку) – Новосибирская область);

– мощность поликлиник в смену в 2019 году в среднем по всему отечественному здравоохранению находилась на уровне 272,4 посещений в расчете на 10 тыс. населения (самая большая загруженность амбулаторного звена в смену среди анализируемых субъектов наблюдалась в это время в Красноярском крае (324,1 посещения на 10 тыс. населения), самая низкая (227,3 посещения на 10 тыс. населения) – в Пермском крае);

– функция врачебной должности, выраженная в обслуженных жителях субъектов РФ в 2019 году, была достаточно высокая: от 185,1 человека на одного врача (Новосибирская область) до 236,8 человек (Республика Татарстан), при том, то среднероссийские данные о нагрузке на одного работника здравоохранения с высшим медицинским образованием в это время были на уровне 210,7 человека (рисунок 2.5).

Определяя национальные приоритеты, по нашему мнению, важно строить подходы к современному менеджменту ОСУЗ с учетом необходимости сопряженности экономики программ ОМС с реализацией общих базовых ценностей и формированием их общей отраслевой миссии. При этом в единой системе отраслевых ценностей трудно переоценить роль профессиональной репутации фондов ОМС, страховых компаний, которые базируются на принципах корпоративной социальной ответственности.

Новые механизмы коммуникаций со стейкхолдерами, где пациенты занимают главное место, призваны обеспечить связь процессного управления и бюджетирования участников ОМС на принципах пациент-ориентированности, направленности на рост доступности и качества услуг всем половозрастным группам населения.

Рассматривая механизмы обеспечения социально-экономической эффективности менеджмента ОМС, можно предложить своеобразную таргетинговую модель современного управления качеством и доступностью ОМУЗ в стейкхолдерской концепции (рисунок 2.6). На рисунке 2.6 видно, что «стейкхолдерская» концепция управления ОМУЗ подразумевает:

- эффективно выстроенные бизнес-процессы, сопряженные с национальными целями развития здравоохранения;
- высокую ориентацию на потребителя – застрахованного гражданина с разными половозрастными приоритетами личного здоровья;
- учет в корпоративном управлении внутренней культуры организации, социальной активности и социальной ответственности, которые нацелены «внутри» системы ОМС и «на выходе» системы – на поддержание достойного размера оплаты труда медиков за счет страховых средств.



Рисунок 2.6 – Таргетинговая модель современного менеджмента качества и доступности ОМУЗ в государственной модели здравоохранения

Источник: составлено автором на основе [10; 43]

Последние, как наименее изученные в сфере государственного здравоохранения, но вносящие огромный вклад (а в отдельных случаях – и огромный урон) в рост социально-экономической эффективности публичных государственных услуг, будут рассмотрены в настоящем исследовании с точки зрения научно-практической результативности.

При этом, как в любой экономической системе, в сфере регулирования, оплаты и потребления обязательных страховых медицинских услуг современный менеджмент должен опираться на взаимодействие со стейкхолдерами.

На рисунке 2.7 представим основные модели (от 1-го до 3-го уровня) взаимодействия со стейкхолдерами участников регионального сегмента производства и оплаты ОСУЗ.

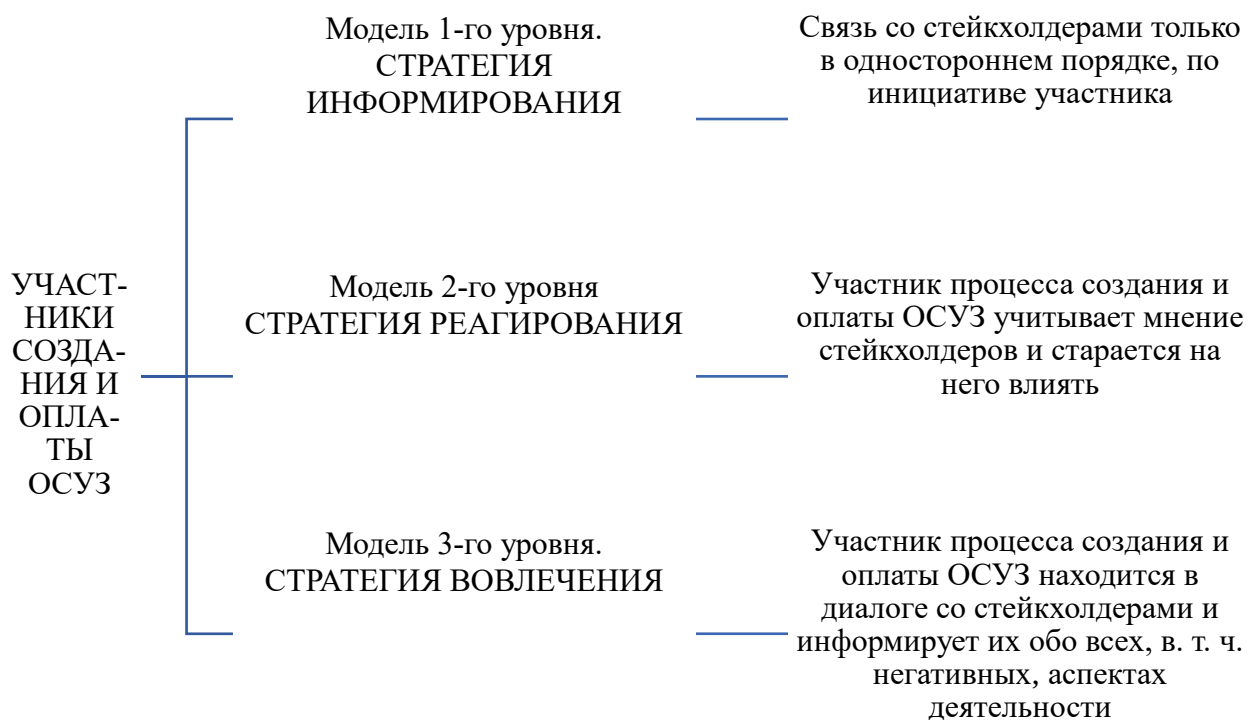


Рисунок 2.7 – Основные модели взаимодействия участников создания, оплаты и потребления ОСУЗ со стейкхолдерами

Источник: составлено автором на основе [10; 43]

На рисунке 2.7 видно, что модели информационно-финансовых коммуникаций могут быть принципиально различными по степени вовлеченности заинтересованных лиц в деятельность участников ОСУЗ. Так, реализуя стратегию информирования (модель первого уровня), участник создания и оплаты ОСУЗ,

например, осуществляет одностороннюю, информационную связь со стейкхолдерами. Последние со своей стороны могут как проявлять такую же ограниченную лояльность к страховой системе (в силу потребительских привычек, высокой инертности и т. д.), так и наносить значимый ущерб (рисунок 2.7).

Эта стратегия является наиболее простой в реализации и наименее эффективной, поскольку подбор информации, ее объективность остаются прерогативой самого фонда, страховой компании или производителя услуг ОСУЗ. Характер коммуникаций носит односторонний характер, а значит и об ответной реакции (например, со стороны потребителя) участник создания и оплаты ОСУЗ также может узнать несвоевременно, что скажется на оценках результативности его деятельности (рисунок 2.7).

Стратегия реагирования (модель 2-го уровня), хоть и информационно-асимметрична, предполагает обратную связь от заинтересованных лиц. Не изменяясь существенно, участники системы создания ОСУЗ с помощью информационных инструментов стараются менять мнение о себе со стороны стейкхолдеров и тем самым – их поведение.

В этой модели организация зачастую проводит серьезные исследования (опросы, фокус-группы, наблюдения и т. д.), чтобы выяснить, какие действия необходимо совершить, чтобы повысить лояльность со стороны партнеров.

Взаимодействие в этой модели выглядит как получение обратной связи в виде результатов исследований. Стейкхолдеры в стратегии реагирования воспринимаются как существенные, но пассивно-реагирующие участники процесса. Как и в случае с предыдущей стратегией, этот механизм взаимодействия не позволяет оперативно реагировать на дефекты работы, а получаемая обратная связь напрямую зависит от качества подготовки исследований (рисунок 2.7).

Стратегия вовлечения (модель 3-го уровня) подразумевает активный диалог со стейкхолдерами. Она является обоюдно-симметричной, при этом не гарантирует полное одобрение деятельности со стороны заинтересованных лиц. Реализация любых производственных, финансовых или социальных инициатив в

рамках данной модели происходит только по согласованию со стейкхолдерами и при их непосредственном участии (рисунок 2.7).

В рамках настоящего исследования информационные коммуникации, особенности формирования деловой репутации и механизмы взаимодействия со стейкхолдерами федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования представляют определенный интерес. Он обусловлен тем, что фонды как ключевые регуляторы регионального сегмента в модели экономических отношений производства ОСУЗ влияют на репутационные процессы и формируют систему выходных параметров обратной связи с федеральным регулятором.

Основными стейкхолдерами для ТФОМС в региональном сегменте ОСУЗ остаются уполномоченные государством органы исполнительной и законодательной власти.

При этом региональный сегмент создания ОСУЗ прежде всего характеризуется развитой сетью медицинских и страховых медицинских организаций, а также приближен к населению, застрахованному в системе ОМС, к пациентским сообществам, общественным организациям, СМИ.

Несмотря на значительные изменения и модернизацию сферы ОМС, произошедшие в последние годы (2013-2019 гг.), формирование новых механизмов взаимодействия участников системы ОМС со всеми потенциальными стейкхолдерами (от застрахованных граждан – до органов власти) остается невысоким.

Отметим, что с позиций социальной оценки результативности деятельности системы ОМС важным партнером может стать новый институт страховых представителей, призванных обеспечивать защиту прав пациентов на всех этапах получения ими медицинской помощи.

Уровень доверия населения к системе ОМС – это важнейший параметр внешней среды, обеспечивающий модель социально-экономических отношений по созданию ОСУЗ важным смыслом.

По данным опросов ВЦИОМ, проведенных в 2018 году, более 89% респондентов в целом знакомы с термином «обязательное медицинское страхование» и в какой-либо степени осведомлены о своих правах при получении помощи по полису ОМС (для сравнения – в 2015 году этот показатель составлял 71%). 52% опрошенных считают ОМС важнейшей социальной гарантией, предоставляемой государством. Вместе с тем только 3% респондентов оценивают работу страховых компаний как «важную» и менее 10% в целом положительно оценивают работу «системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования» [24].

Таким образом, формирование единого имиджа системы ОМС, рост доверия к ней населения, бизнеса и власти, повышение ее влияния и узнаваемости, оценка репутационных рисков и поиск механизмов их преодоления являются важной составляющей механизма управления ОСУЗ и одной из ключевых задач настоящего исследования.

Таким образом,

1. Региональный потенциал и территориальные особенности системы управления ОСУЗ сегодня имеют значительное влияние на устойчивость институтов здравоохранения на мезо- и макроуровнях. Расширение автономности региональных систем, учет их опыта и потенциала может положительно сказываться на формировании единого государственного контура управленческого воздействия на систему социальных гарантий и способствовать принятию эффективных мер к сбережению населения страны.

2. Исходя из приведенного выше тезиса, одной из ключевых управленческих задач сегодня остается адаптация национальной стратегии развития здравоохранения к деятельности фондов обязательного медицинского страхования как ключевых стейкхолдеров в системе управления ОСУЗ, имеющих значительный финансовый, организационный и информационный потенциал к анализу потребности населения в страховых услугах и повышению их качества и доступности.

3. Анализ достижения критериев, определенных национальными приоритетами развития здравоохранения, проведенный в 7 субъектах РФ, подтверждает значительные отличия в демографических показателях территорий, уровне их экономической, кадровой и инфраструктурной обеспеченности. Это актуализирует необходимость поиска новых путей нивелирования региональных отличий для формирования единой отраслевой миссии.

4. Важным элементом менеджмента ОСУЗ становится внедрение и развитие стейкхолдерской концепции, основанной, с одной стороны, на эффективных бизнес-процессах, а с другой – учитывающей уровень развития деловой репутации и принципы корпоративной социальной ответственности. Реализация модели вовлечения всех групп стейкхолдеров (органов власти, населения, профессиональных союзов, пациентских организаций и т. д.) в процесс создания, оплаты и потребления ОСУЗ позволяет повысить уровень доверия граждан к системе здравоохранения как ключевому государственному социальному институту.

2.2. Место финансово-экономических отношений участников ОМС в существующей и перспективной национальной модели здравоохранения России

Финансирование всех национальных проектов в 2019-2024 гг. характеризуется цифрой в 13466,9 млрд рублей (ежегодная стоимость всех нацпроектов до реализации мер борьбы с новой коронавирусной инфекцией оценивается на уровне не более 2 трлн рублей) [32].

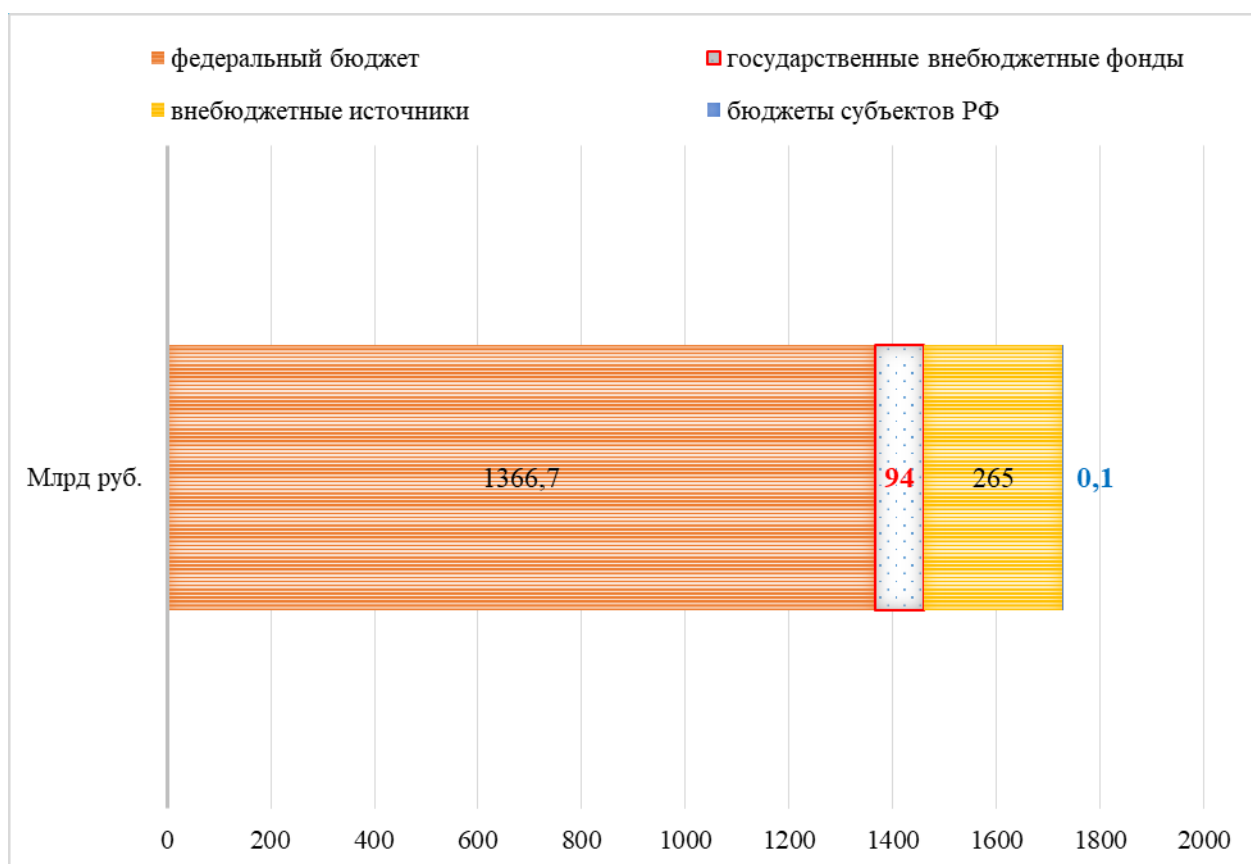


Рисунок 2.8 – Структура источников финансирования Национального проекта «Здравоохранение», 2019-2024 гг., млрд рублей

Источник: составлено автором по данным [73]

Размер федеральной бюджетной составляющей ведомственных проектов «Здравоохранение» в 2019-2024 гг. по последним оценкам составил чуть более 1,37 (рисунок 2.8) и около 3,3 трлн рублей составили расходы федерального бюджета на проект «Демография». Как известно, в структуре расходов на реализацию национального проекта «Здравоохранение» – одной из самых значимых современных стратегических задач по развитию сферы государственных обязательных страховых услуг здравоохранения – невелика роль бюджетов субъектов (0,1 млрд руб.), средств государственных внебюджетных фондов (94,0 млрд руб.) (рисунок 2.8.). Как видно на рисунке 2.8, в соответствии с бюджетом национального проекта доля бюджетов субъектов РФ в его финансировании составит менее 0,006% [73].

Данное обстоятельство, с одной стороны, отражает работу государства по снижению экономической нагрузки с регионов, а с другой – снижает их

пассионарность, ответственность и мотивацию к улучшению системы менеджмента приоритетных проектов.

На рисунке 2.9 приведем роль и место средств ОМС в совокупной денежной емкости (4289,78 млрд рублей) отечественного рынка медицинских услуг в 2019 году. Средства федерального бюджета РФ (537,3 млрд рублей) в общем объеме рынка составляют 12,5%. Бюджеты субъектов РФ расходуют на рынке медицинских услуг около 950,8 млрд рублей или 22,2% всей емкости рынка в 2019 году. Около 15,8% или порядка 677,69 млрд рублей на рынке занимают возмездные услуги населению, оказанные в частных и государственных медицинских организациях (сверх программы госгарантий). Средства обязательного медицинского страхования составляют 49,5% или 2123,99 млрд рублей (рисунок 2.9).

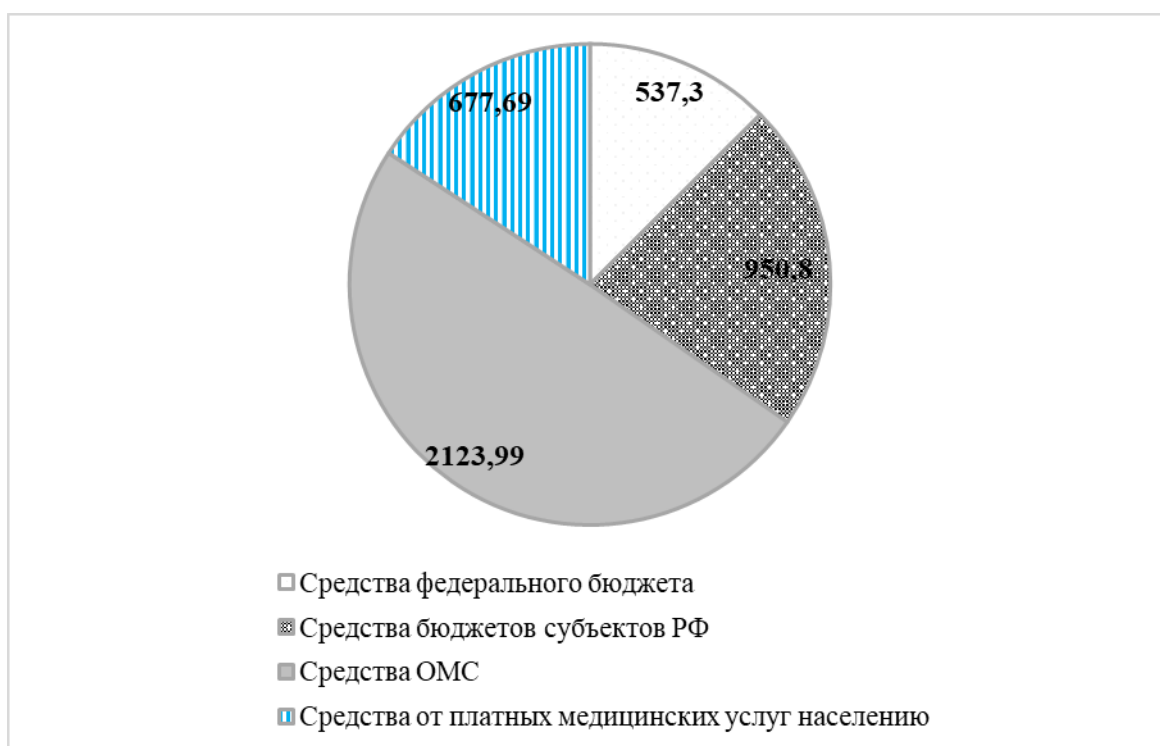


Рисунок 2.9 – Роль и место средств ОМС в совокупной емкости отечественного рынка медицинских услуг населению, млрд рублей 2019

Источник: составлено автором по данным Росстата [129]

Рассмотрение 2020-2021 гг. в качестве трендовых годов для исследований динамики рынка не является показательным в силу понятных причин.

Сдвиги структуры и емкости ценовых оценок реализованных медицинских услуг в этот период, тем не менее, не нарушили лидирующих позиций средств ОМС [169].

Отметим в этой связи, что при анализе роли ОМС в реализации противопандемийных мер весны 2020 – зимы 2021 годов наблюдается серьезная социальная направленность финансирования [146].

В то же время, по мнению руководителя одной из крупнейших страховых компаний России ОАО «МАКС» Н. А. Мартьяновой (2020), «...для условий массовых заболеваний и чрезвычайных ситуаций финансирование системы здравоохранения должно осуществляться на принципах, отличных от существующих в России...» [61].

В аналитическом докладе ЦНИИОИЗ Минздрава России (2021) предложена «...модель рискового страхования в системе ОМС с переносом финансовой ответственности на страховщика – страховую медицинскую организацию» [23].

Можно заключить, что в текущем национальном контуре все национальные стратегические задачи реализуются в региональных сегментах совокупного рынка медицинских услуг, где органы управления здравоохранением совместно с территориальными фондами ОМС формируют справедливые потребности и цены ОСУЗ.

Еще раз отметим, что прямые инвестиции на развитие региональных моделей финансово-экономических отношений в ОМС поступают из бюджета государственного внебюджетного фонда ОМС – ФОМС. Новые организационные и управленческие решения в системе регионального менеджмента ОМС, направленные на устойчивое развитие медицинских организаций, сохранение здоровья населения и повышение качества медицинской помощи особенно важно обосновывать в научном и практическом аспектах, понимая особенности формирования централизованного фонда финансовых средств [158].

На рисунке 2.10 отражается тот факт, что на 97,7% или на уровне 1537,78 млрд рублей доходы ФОМС в 2015 году (1573,54 млрд рублей) формировались за счет налогов и страховых взносов [109].

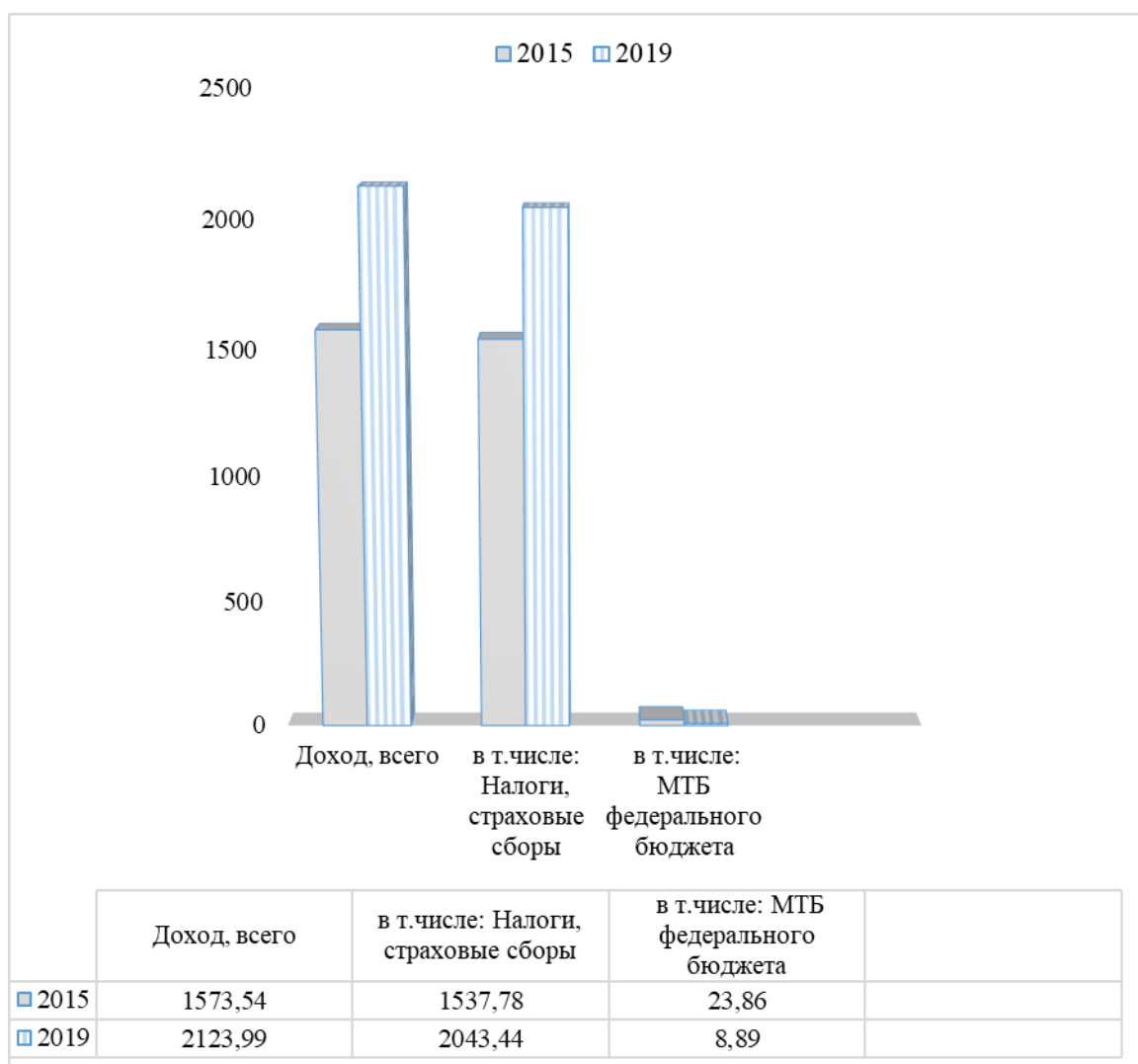


Рисунок 2.10 – Динамика и структура централизованных федеральных доходов государственного внебюджетного фонда ОМС (ФОМС) в 2015, 2019 годах, млрд рублей

Источник: составлено автором по данным Росстата [109]

Как видно на рисунке 2.10, в 2019 году общий размер доходов ФОМС составлял 2123,99 млрд рублей и на 96,2% (2043,44 млрд рублей) формировался за счет централизованного пуллинга страховых взносов на ОМС работающего населения и на ОМС за неработающее население от органов исполнительной власти субъектов РФ (рисунок 2.9). Проследим тренд формирования параметров бюджета Фонда на 2021 год по доходам на рисунке 2.11 в сравнении со структурой дохода 2015, 2019 годов, представленных на рисунке 2.10.

Будем опираться на утвержденную цифру дохода 2021 года (декабрь 2019 года) на уровне 2533,80 млрд рублей [133] (рисунок 2.11).

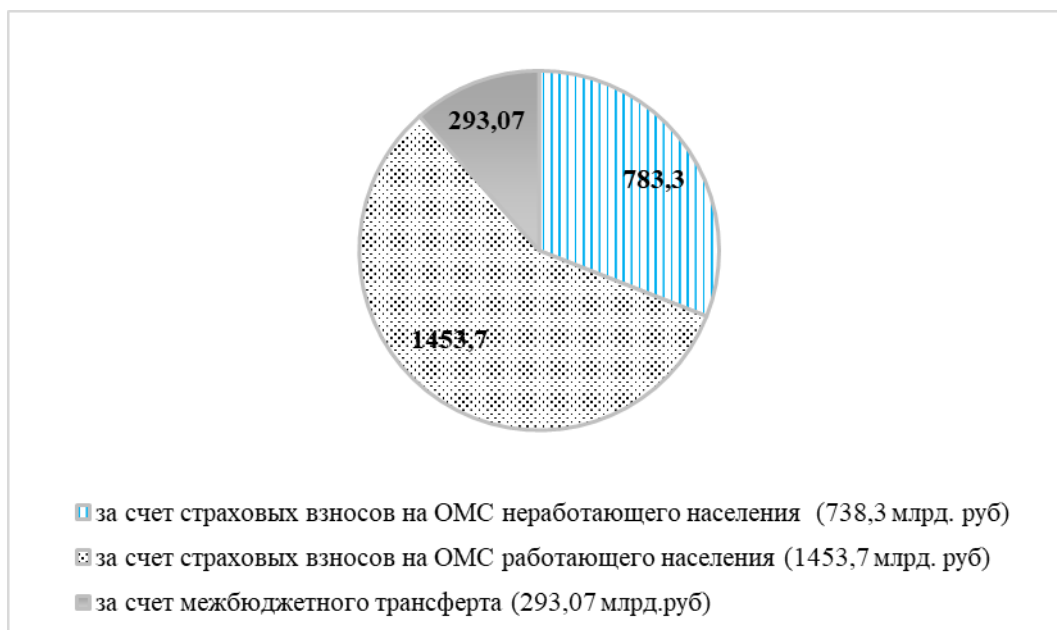


Рисунок 2.11 – Источники дохода ФОМС в 2021 году, млрд рублей

Источник: составлено автором по данным [133]

На рисунке 2.11 видно, что, как и ранее в 2015, 2019 гг. (рисунок 2.10), основную доходную часть (57% или 1453,7 млрд рублей) федеральных средств ОМС в 2021 году составляют страховые взносы работодателей. Около 31% (738,3 млрд рублей) составляют поступления страховых взносов от субъектов РФ за неработающее население (сейчас размер такого взноса не превышает 19 тыс. рублей на человека). Общий размер страховых взносов в 2021 году составил 88% от дохода ФОМС. Порядка 12% (293,07 млрд рублей) всех доходов федерального фонда составляют поступления из федерального бюджета на цели поддержания ряда социальных государственных обязательств, включенных в публичные обязательства, но не являющихся прямой функцией фондов. Незначительное переформатирование структуры дохода ФОМС, произошедшее за истекший 5-ти летний период (с 2015 и по настоящий момент) может объясняться усилением роли и размерности МТБ федерального бюджета. Это подтверждает гипотезу первой главы исследования о важности финансового регулирования в моделях социально ориентированного государственного управления.

На рисунке 2.12 представлена динамика общего размера и структуры расходов в бюджете ФОМС в 2015 и 2019 гг.

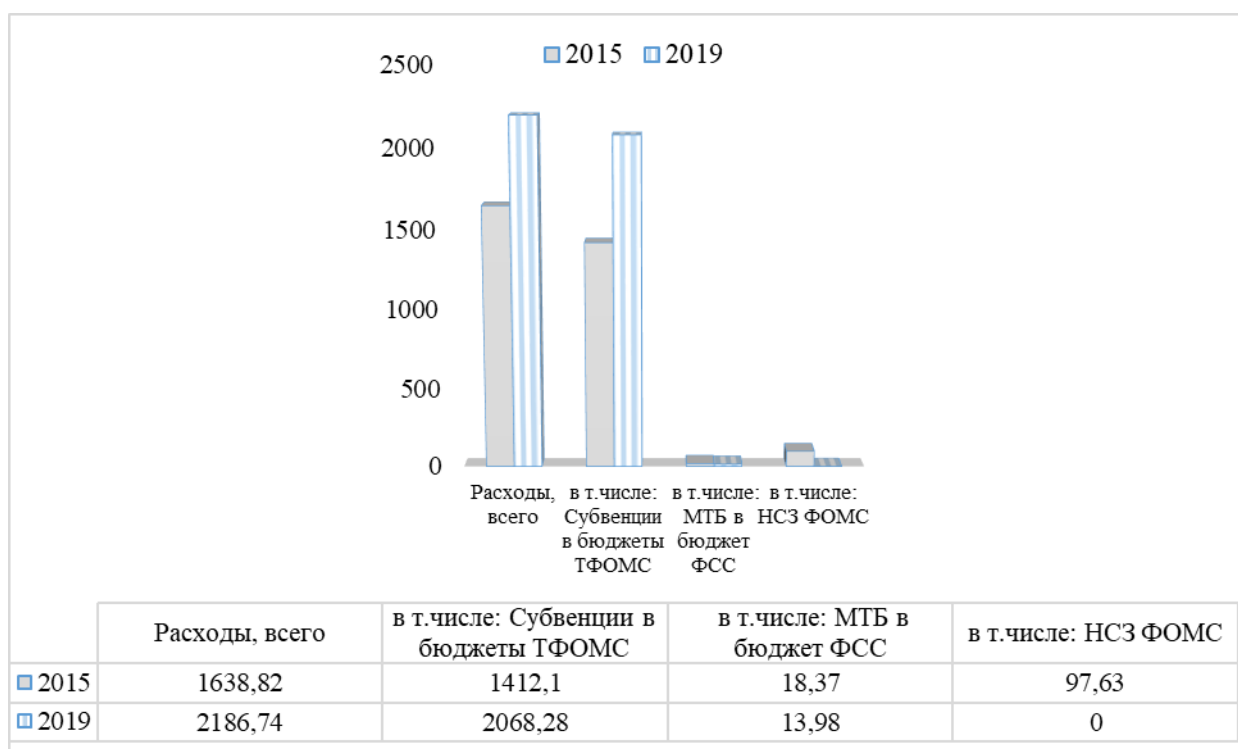


Рисунок 2.12 – Динамика и структура расходов государственного внебюджетного фонда ОМС (ФОМС) в 2015, 2019 годах, млрд рублей

Источник: составлено автором по данным Росстата [109]

Как видно на рисунке 2.12, субвенции в бюджеты территориальных фондов ОМС с 2015 возросли с 1412,10 млрд рублей (86,2% от общих расходов ФОМС) до 2068,28 млрд рублей (94,6% от общих расходов ФОМС) [109]. Традиционными расходами ФОМС является передача средств в форме межбюджетного трансфера (МТБ) в бюджет фонда социального страхования (ФСС) на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни (рис. 2.12).

Динамика МТБ по данным средствам снизилась с 2015 года, когда она составляла почти 18,37 млрд рублей, до 13,98 млрд рублей в 2019 году (рисунок 2.12). В структуре 2019 года отсутствует резервирование федеральных средств на предупредительные, рискованные меры, т. е. не предусматривалось формирование нормированного страхового запаса (НСЗ) ФОМС, который в 2015 году составлял 97,63 млрд рублей (рисунок 2.12).

Как видно, в существующей модели на примере централизованных федеральных бюджетов ОМС 2015, 2019 гг. (рисунки 2.11-2.12), а также на примере среднегодового бюджетирования доходов и расходов федеральных средств ОМС в 2021-2023 гг. (рисунок 2.13) роль контроллинга в системе должна опираться на принципы целевого и рационального планирования региональных сегментов базовой программы для всех застрахованных граждан России.

Отметим, что при бюджетировании федеральных доходов и расходов средств ОМС предусмотрена положительная динамика на весь плановый период 2022 и 2023 гг. Доходы ФОМС 2022 года утверждены в размере 2656,53 млрд рублей (расходы – 2657,99 млрд рублей), а в 2023 году обеспечено равенство доходов и расходов, которые составляют 2798,77 млрд рублей [132].

При этом расходы ФОМС на примере 2021 года можно наглядно представить на рисунке 2.13.

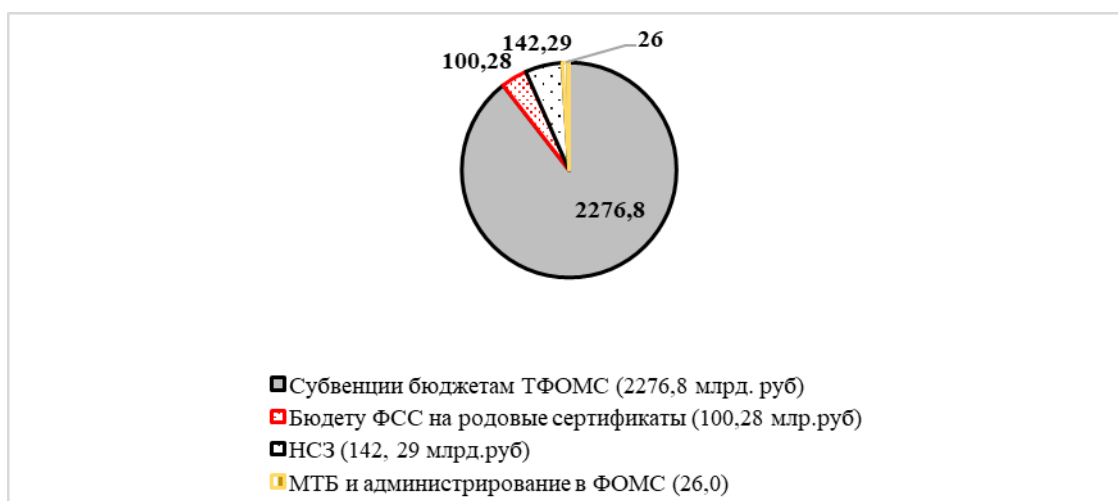


Рисунок 2.13 – Структура расходов ФОМС, 2021, млрд руб.

Источник: построено автором по данным [132]

Таким образом, адаптация федеральной стратегии и эффективность бюджетирования ОСУЗ для удовлетворения возрастающих потребностей населения России зависит от развития финансово-экономических отношений всех участников системы ОМС на федеральном и региональном уровнях. В полной мере поддерживая значимость влияния размеров прямых федеральных инвестиций (бюджетных, внебюджетных) на результативность воспроизводственного процесса и формирование инновационного потенциала

экономики здравоохранения, выскажем гипотезу исследования о том, что в последние годы усиливается роль качества информационно-финансовых коммуникаций участников федеральной модели здравоохранения. Эффективность выработки новых стратегических подходов в деятельности региональных участников экономического процесса (ТФОМС, СМО, органы управления, медицинские организации, население), наряду с достаточностью финансов, также во многом определяется оперативностью принятия решений, открытостью сведений, общественной вовлеченностью не «сверху вниз», а «снизу вверх».

При этом сохранение в 2021-2023 гг. принципов централизации средств ОМС можно наглядно увидеть на схеме рисунка 2.14. Для наглядности и упрощения цифровых характеристик в среднесрочной модели ОМС на схеме будем использовать данные о среднегодовых размерах доходов и расходов системы ОМС в 2021-2023 гг. [132; 133].

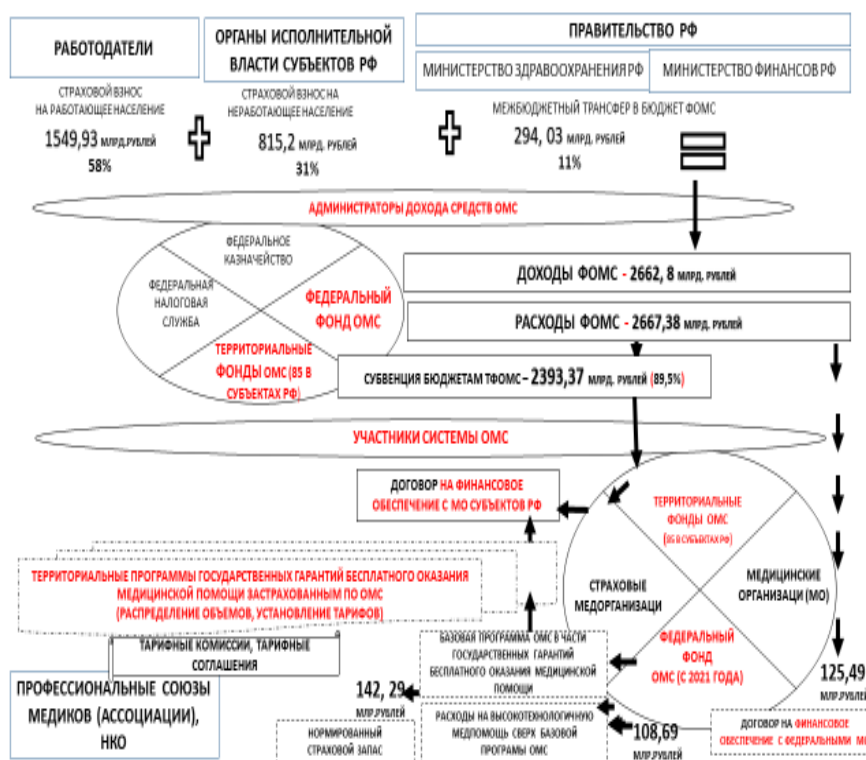


Рисунок 2.14 – Формирование роли федерального фонда ОМС (ФОМС) и территориальных фондов ОМС (ТФОМС) в системе поступлений и расходований государственных финансов системы здравоохранения

Источник: составлено автором на основе расчетов среднегодовых доходов и расходов ФОМС, утвержденных на период 2021-2023 годов [132; 133]

Таким образом, схематично представленную практико-ориентированную модель движения средств ОМС можно описать тремя основными этапами.

На *первом этапе* движения страховых финансов здравоохранения формируется централизованный пуллинг средств (2662,8 млрд рублей в среднегодовом исчислении в период 2021-2023 гг.), складывающийся из среднегодовых значений страховых взносов работодателей (1549,93 млрд рублей – около 58% всех средств), страховых взносов органов исполнительной власти на неработающее население (815,2 млрд рублей – 31% всех средств) и межбюджетного трансфера из федерального бюджета (294,3 млрд рублей – 11% всех средств). Администраторами данных средств, наряду с ФОМС и 85 ТФОМС, являются также органы федерального (территориальных) казначейства, налоговые органы (рисунок 2.14).

Вторым этапом движения средств ОМС является формирование общих расходных обязательств, принятых в период 2021-2023 гг. на уровне 2667,38 млрд рублей в среднегодовом исчислении в бюджете ФОМС. 89,9% или 2393,37 млрд рублей среднегодовых 2021-2023 гг. доходов ФОМС в виде субвенций поступают в бюджеты ТФОМС (рисунок 2.14). Как было отмечено ранее (рисунки 2.10, 2.11 в период 2015, 2019 гг.), наблюдалась похожая тенденция преимущественного права регионов в лице территориальных фондов на федеральные средства ОМС (86,2% и 94,6% соответственно).

На *третьем этапе* средства ОМС направляются на реализацию территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и распределяются по договорам на финансовое обеспечение в объеме принятой базовой программы, скорректированной в рамках территориальных программ между региональными участниками системы ОМС в лице: СМО, федеральных медицинских организаций (125,49 млрд рублей), медицинских организаций субъектов России (142,29 млрд рублей) (рисунок 2.14).

Как видим, описание формирования доходов ФОМС, представленное выше, подтверждается на схеме 2.14 (поступления: от работодателей, органов

исполнительной власти, правительства РФ) через механизмы бюджетного регулирования.

Администрирование централизованных доходов и расходов ОМС и формирование базовой федеральной программы страхования в части видов, объемов и способов оплаты находится в ведении ФОМС (рисунок 2.14).

При этом, как видно (рисунок 2.14), через доведение субвенций ТФОМС осуществляется реализация принципов половозрастной дифференциации, а распределение средств, полученных ТФОМ по видам помощи, между СМО и медицинскими организациями осуществляется по договорным принципам (договор на финансовое обеспечение, договор на оплату медицинской помощи соответственно).

Терпрограммы и регулируемые тарифы ОСУЗ определяются на региональном уровне при формировании экономических отношений по производству, оплате, потреблению ОСУЗ.

Отметим, что при увеличении доли средств ОМС в общем объеме финансирования сферы здравоохранения в анализируемых 2015-2019 гг. и на плановый период 2021-2023 гг. увеличилось (почти на четверть) количество производителей медицинских услуг: в соответствии с реестром федерального фонда обязательного медицинского страхования значится более 14,7 тыс. медицинских организаций [168].

Таким образом, в дальнейшем в целях настоящего исследования операционализация стратегических финансово-экономических задач развития здравоохранения может быть обосновано перенесена в сегмент ОМС, где осуществляется преимущественное экономическое регулирование процессного (производственного) менеджмента ОСУЗ. Систематизация тактических задач ОСУЗ позволит выработать оценку текущих и сформировать перспективные направления проектных решений, которые помогут обосновать необходимость внедрения новых функций и инструментов, способных повысить эффективность системы предоставления ОСУЗ.

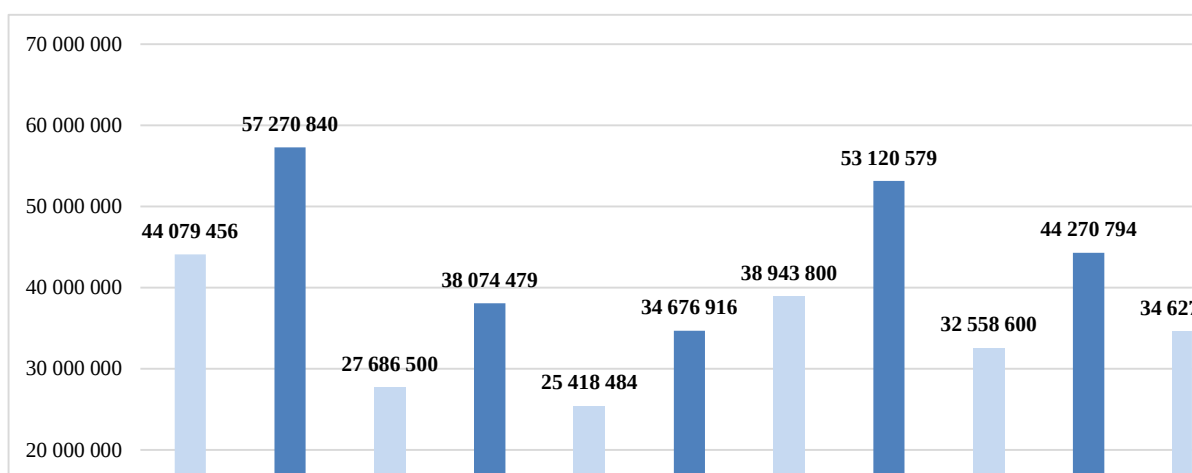
2.2.1. Выявление общих тактических инструментов менеджмента обязательных услуг здравоохранения и их бюджетирования в региональных сегментах ОМС

Отметим также, что рост бюджетов ОМС сопровождается ростом массового спроса на страховые услуги системы здравоохранения. Проведенный в рамках настоящего исследования анализ суммарного объема средств, направленных на лечение пациентов в рамках системы ОМС в 7-ми³ сопоставимых по уровню бюджетной обеспеченности и половозрастным характеристикам населения субъектах, показал, что расходы на оказанные населению страховые услуги выросли за последние 5 лет в среднем от 22 до 27% (рисунок 2.15).

Наряду с общим ростом расходов ОМС в анализируемых субъектах (рисунок 2.15) представим сравнение стоимости территориальной программы ОМС и численности застрахованного населения по анализируемым 7-ми субъектам ОМС в 2019 году (рисунок 2.16).

Как видно на рисунке 2.16, задача обеспечения регионального баланса конечного потребления ОСУЗ не простая. Видно, что ожидаемой прямой зависимости количества застрахованных жителей – потребителей услуг – и расчетного размера финансов, выделяемых на их медицинское страховое обеспечение, не наблюдается в анализируемых субъектах.

³ В дальнейшем анализе будут использоваться материалы по 7-ми ТФОМС, за исключением Ростовской области.



**Рисунок 2.15 – Сравнительный объем расходов на ОСУЗ
в сопоставимых субъектах РФ в 2015, в 2019 гг.**

Источник: составлено автором на основе [35; 76-86; 88-91]



**Рисунок 2.16 – Соотношение численности потребителей ОСУЗ
и регламентированной стоимости ОСУЗ в субъектах РФ, 2019 год
(соответственно: тыс. человек; тыс. рублей)**

Источник: составлено автором с использованием [35; 76-86; 88-91]

Представленная на рисунке 2.16 тенденция неравномерного регламентированного финансового обеспечения территориальных сегментов ОСУЗ в 2019 году в сопоставимых ТФОМС требует тщательного научно-практического анализа.

Очевидно, что одной из причин различий в системе «размер денег – количество потребителей ОСУЗ» в регионах могут быть различия половозрастного состава, уровня заболеваемости, ресурсной и инфраструктурной обеспеченности систем здравоохранения (отмеченные выше в данной главе). Действительно, при преобладании болезнь-ориентированного подхода к оказанию и оплате медицинской помощи взрослому населению России достаточно трудно справиться с выравниванием и балансировкой доходов (расходов) региональных программ [151].

На фоне существующей системы планово-нормативных показателей (объемных, стоимостных) трудно поддается финансово-тарифному учету возраст-ассоциированные синдромы потребления ОСУЗ. При этом трудно спорить с тем, что патологии в групповых и индивидуальных характеристиках здоровья территориального населения будут усугублять неравномерность утвержденных плановых ассигнований в региональных сегментах программы госгарантий [152].

Продemonстрируем данную гипотезу на примере данных 2019 года, где стоимостное расслоение отдельных наиболее затратных видов медицинской помощи (высокотехнологичной помощи в госпитальном секторе), оказываемой для населения трудоспособного, старше трудоспособного возраста, наглядно представлено на рисунке 2.17.

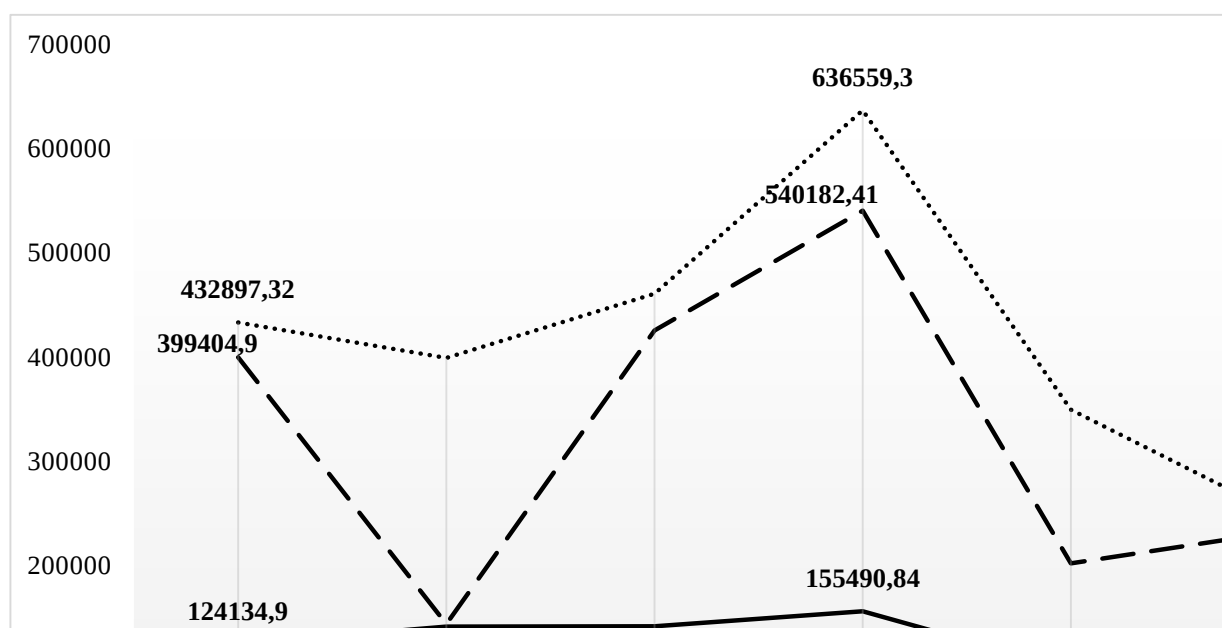


Рисунок 2.17 – Сравнительные данные по обследуемым субъектам о стоимости высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) у разных возрастных групп населения, 2019 (тысяч рублей на 100000 населения соответствующего возраста)

Источник: составлено автором с использованием [35; 76-86; 88-91]

Как можно заметить на рисунке 2.17, в 2019 году на обследуемых объектах наблюдается: региональная дифференциация стоимости высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оказанной в круглосуточных стационарах населению трудоспособного возраста, населению 60-74 лет и населению старше 75 лет в тысячах рублей на 100000 соответствующего возраста; стоимость помощи старшему поколению (пожилым в возрасте 60-74 года; и старческим группам – в возрасте 75 лет и выше) по сравнению со стоимостью аналогичной помощи для трудоспособного населения на практике ряда субъектов РФ в 2019 году требует учета при бюджетировании.

Самые высокие тарифы ОСУЗ по всем категориям граждан в 2019 году демонстрирует менеджмент Красноярского ТФОМС (около 155,5 тысяч рублей по ВМП в госпитальном секторе для трудоспособного населения края; почти 540,2 тысячи – для лиц пожилого возраста; около 636,6 тысяч рублей – для лиц старческого возраста (свыше 75 лет)). Средние стоимостные оценки ОСУЗ в 2019 году в аналогичных сегментах и для сравниваемых групп населения находятся

на уровне соответственно: 130,6 тыс. рублей; 328,1 тыс. рублей; 357,9 тыс. рублей. При этом общий тренд всех обследуемых субъектов РФ заключается в том, что дорогостоящая стационарная медицинская помощь, оказанная группам лиц пожилого старческого возраста, обходится обязательной страховой системе в более чем 2,5 дороже, чем для лиц трудоспособного возраста (рисунок 2.17).

Население Свердловской области при обращении за ВМП в 2019 году получало возможность на возмещение расходов страхового случая госпитализации на уровне: 124,1 тыс. рублей – для трудоспособного населения; 399,4 тыс. рублей – для лиц в возрасте 60-74 лет; 432,9 тыс. рублей (рисунок 2.17).

В связи с отмеченным нами особым (повышенным) вниманием руководства Свердловской области к росту доступности дорогостоящих видов помощи для населения, на рисунке 2.19 приведем более детализированные по половозрастным группам данные о динамике удельных расходов на пребывание в круглосуточном стационаре за счет средств страховки населения Свердловской области по всем анализируемым годам периода 2015-2019 гг.

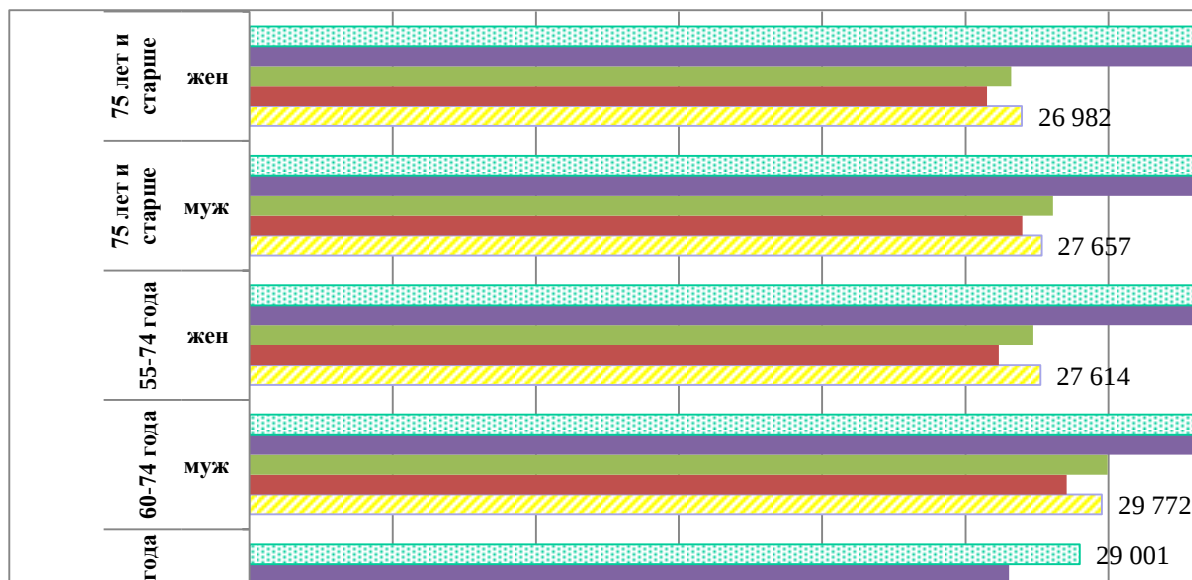


Рисунок 2.19 – Сравнительная динамика стоимости законченного случая лечения среди пациентов трудоспособного возраста и старше трудоспособного в 2015-2019 гг.

Источник: построено автором на основе данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

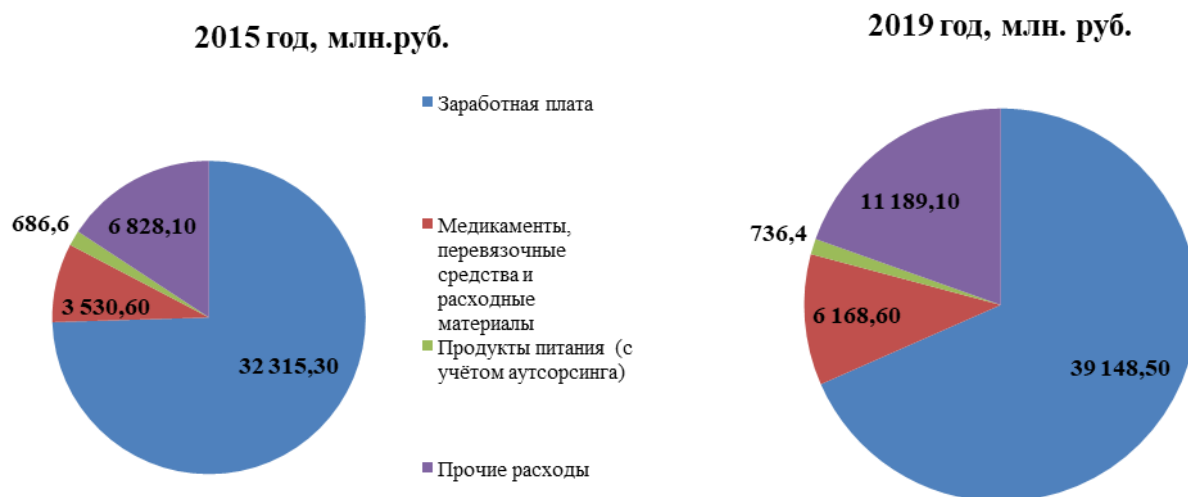
Общий рост стоимости случая стационарного лечения пожилых граждан (55(60)-74 года) и населения старческих возрастов (свыше 75 лет) по сравнению со стоимостью госпитализации трудоспособного гражданина отмечается на протяжении всего анализируемого периода 2015-2019 гг. (рисунок 2.19).

Так, в 2019 году стоимость госпитализации в среднем составила 36042 рублей для обоих полов населения старческого возраста и 39188 рублей – в среднем для обоих полов населения пожилого возраста, что в 1,12-1,2 раза выше, как видно, аналогичной средней стоимости стационарной медицинской помощи (на уровне 32237 рублей), оказываемой трудоспособному населению обоих полов в 2019 году (рисунок 2.19).

В этой связи, говоря о наполняемости тарифа ОСУЗ регламентированными видами возмещаемых расходов, достаточно отметить федеральные методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в 2015 году [147]. В документе была предложена структура расходов на заработную плату, медикаменты, расходные материалы, питание и прочее – в зависимости от размера тарифа на лечение того или иного заболевания. Такие рекомендации были единовременными.

Анализ расходов медицинских организаций – производителей ОСУЗ – за последние 5 лет показывает, что, несмотря на серьезные организационные, нормативные и финансовые корректировки, структура расходов не претерпела значимых изменений (рисунок 2.20).

Безусловно, как видно, структура расходов ОМС тяготеет к возмещению расходов производителей ОСУЗ на оплату труда, покупку медикаментов. Ежегодный рост бюджетов доходов фондов ОМС сопровождается одновременным ростом и указанных видов расходов (рисунок 2.20).



**Рисунок 2.20 – Структура кассовых расходов средств обязательного
медицинского страхования в медицинских организациях
Свердловской области**

Источник: составлено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Важную часть анализа существующих внутренних финансово-экономических отношений внутри контура ОМС в региональных моделях здравоохранения (объектов исследования), наряду с динамикой общих расходов на ОСУЗ по анализируемым годам и тарифного наполнения отдельных видов затратных госпитализаций, по нашему мнению, должно занимать выявление общих трендов социальной направленности такой оплаты и ее связи с потребностями населения с учетом национальных (федеральных) стратегических приоритетов развития [148].

В этой связи операционализация стратегии развития здравоохранения, направленной на рост доступности услуг, предоставляемых населению субъектов РФ бесплатно и точно в срок, может в общем виде состоять в разработке тактических задач увеличения финансового наполнения всех наиболее востребованных населением услуг по видам и условиям предоставления как по неотложным состояниям, так и при оказании плановой помощи.

Для целей настоящего исследования выявлена устойчивая тактика ежегодного роста бюджетов плательщиков – ТФОМС, передаваемых по

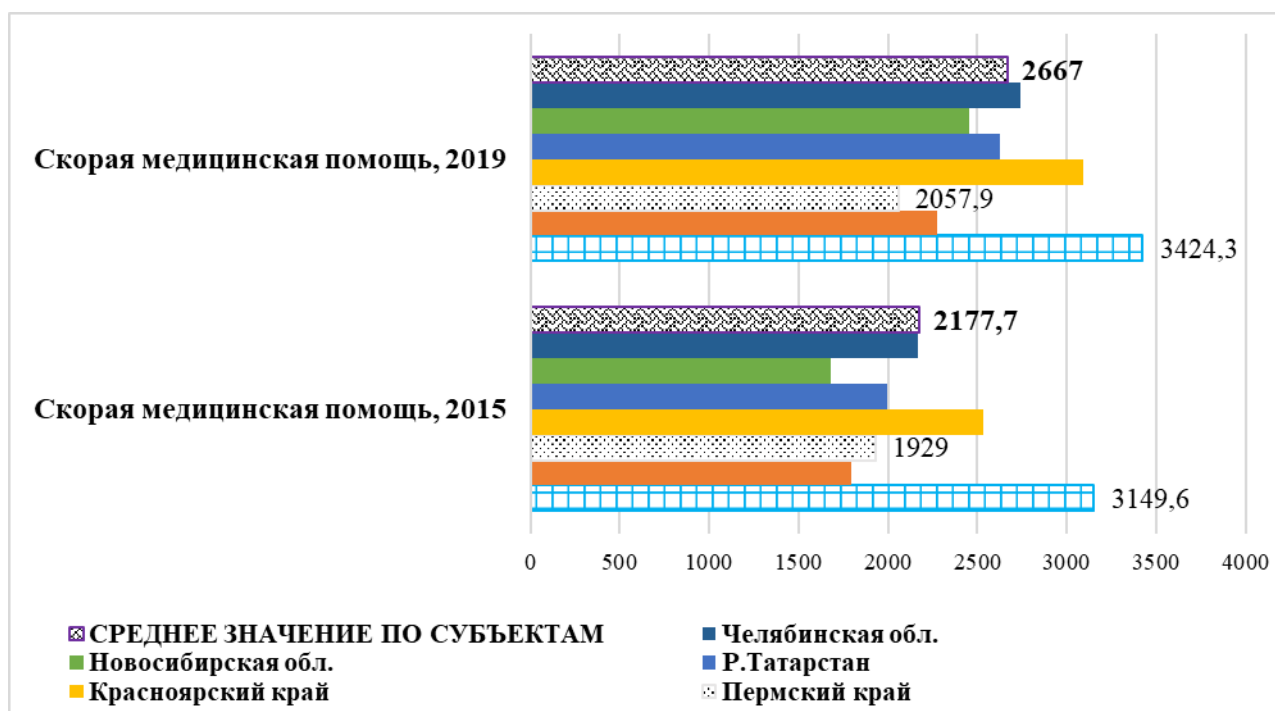
договорам на финансовое обеспечение в СМО и далее на оплату счетов производителей ОСУЗ по следующим видам медпомощи:

– скорой медицинской помощи (рисунок 2.21 – динамика в 2015, 2019 годах);

– медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (рис. 2.22 – динамика в 2019 году по сравнению с 2015 годом);

– медицинской помощи в госпитальном звене в условиях круглосуточных стационаров (рисунок 2.23 – динамика в 2015, 2019 годах);

– социально значимых видов медицинской помощи (рисунок 2.24 – динамика в 2015, 2019 годах).



**Рисунок 2.21 – Сравнительная динамика в 2015 году и в 2019 году
финансового обеспечения ОСУЗ в рамках базовой программы
в условиях скорой медицинской помощи в анализируемых
7-ми субъектах РФ, млн рублей**

Источник: составлено автором на основе [35; 76-86; 88-91]

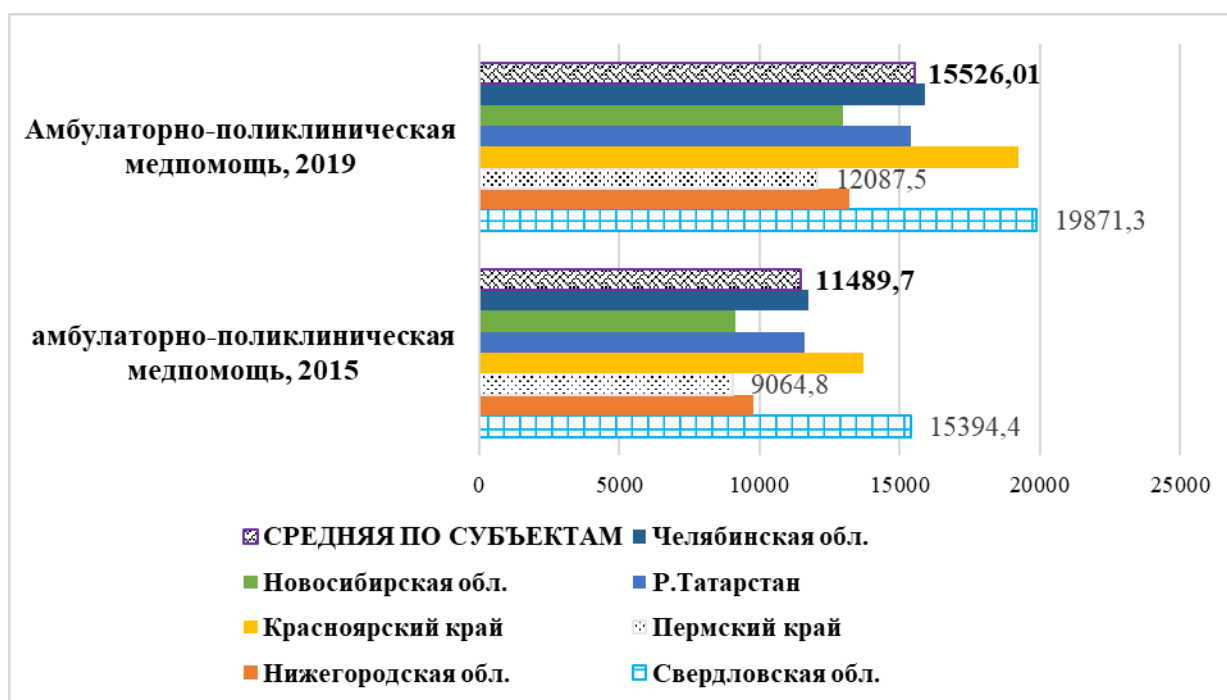


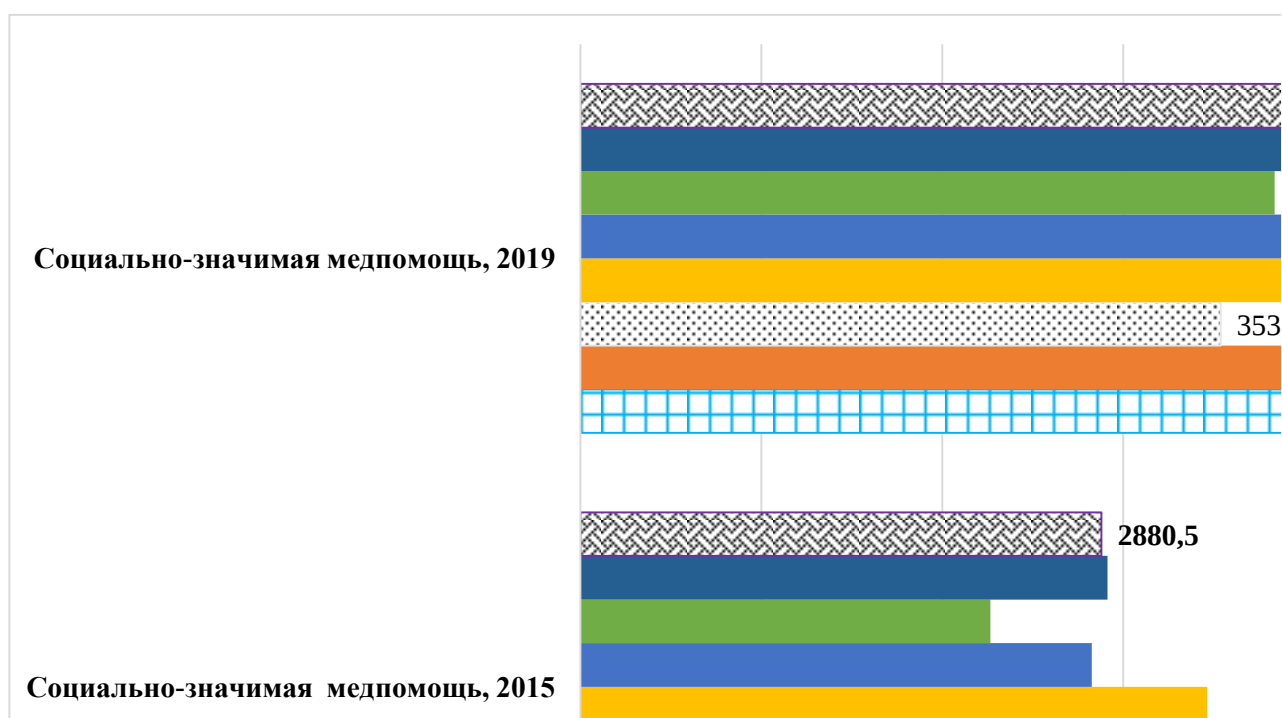
Рисунок 2.22 – Сравнительная динамика в 2015 году и в 2019 году финансового обеспечения ОКУЗ в амбулаторно-поликлинических условиях в анализируемых 7-ми субъектах РФ, млн рублей

Источник: составлено автором на основе [35; 76-86; 88-91]



Рисунок 2.23 – Сравнительная динамика в 2015 году и в 2019 году финансового обеспечения ОКУЗ в госпитальном секторе в условиях круглосуточных стационаров в анализируемых 7-ми субъектах РФ, млн рублей

Источник: составлено автором на основе [35; 76-86; 88-91]



**Рисунок 2.24 – Сравнительная динамика в 2015 году и в 2019 году
финансового обеспечения социально значимых видов медпомощи
в анализируемых 7-ми субъектах РФ, млн рублей**

Источник: составлено автором на основе [35; 76-86; 88-91]

Таким образом, в условиях возрастающей роли системы организационно-финансового обеспечения производства гарантированных государством бесплатных услуг, оплачиваемых в системе ОМС, можем выделить следующие моменты:

– в настоящий момент и на среднесрочную перспективу становится особенно актуальным определение места менеджмента обязательных страховых (медицинских) услуг в системе оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

– необходима разработка дополнительных экономических, демографических и организационных критериев, определяющих качество и доступность медицинской помощи для населения субъекта, подтверждающих перераспределение федерального пуллинга средств;

– поиск инновационных механизмов справедливого распределения финансовых средств между участниками системы обязательного медицинского

страхования как на федеральном уровне, так и в региональных моделях размещения заказа на ОСУЗ представляет важную научно-практическую задачу.

Выводы по главе 2

Такими образом, проведенный анализ показал общую тенденция на объектах исследования, состоящую в усилении социальной направленности, пациент-ориентированности деятельности фондов ОМС. На этой базе проанализированы возможности и размеры макро- и мезо-экономических ресурсов здравоохранения и системы ОМС для удовлетворения половозрастных, медицинских и социальных характеристик групп потребителей обязательных страховых услуг здравоохранения в динамике 2015, 2019 годов.

Выявлены новые вызовы для бюджетно-обеспечительных гарантий возмещения расходов производителей обязательных страховых услуг здравоохранения в ОМС. Сформированы основные направления бюджетирования региональных программ ОМС на среднесрочную перспективу.

Драйверами стабилизации финансовой устойчивости в модели социально-экономических отношений стейкхолдеров федерального и регионального уровней управления являются существующие и инновационные решения по администрированию и бюджетированию в фондах ОМС.

Новые инструменты экономики обязательных страховых услуг здравоохранения могут совершенствоваться по направлениям: бюджетирование расходов и доходов деятельности внебюджетных фондов ОМС с учетом национальных приоритетов и потребностей застрахованных лиц с разными медицинскими, половозрастными характеристиками; результативность тарифной политики в системе ОМС; текущий контроль финансовой устойчивости производителей услуг здравоохранения в региональных практиках управления в здравоохранении.

ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКАМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТРАХОВЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С учетом сложившихся факторов, оказывающих первостепенное влияние на эффективность работы фондов ОМС, перераспределяющих объемно-финансовые задания в рамках государственно-страховых гарантий для территориального населения субъектов РФ между страховыми и медицинскими организациями, актуализируется обобщение ретроспективных трендов для разных научно-практических целей.

В данной главе исследования на основе построения сценарной модели экономических отношений на региональном уровне управления в здравоохранении с использованием экономико-математических методических подходов разработаны научно-практические подходы к бюджетированию и администрированию национальных приоритетов в системе фондов ОМС.

3.1. Возможности сравнительных рейтинговых оценок территориальных фондов ОМС (с учетом международного опыта)

Локальные (внутристрановые) международные исследования последних лет посвящаются разработкам методического аппарата для оценок эффективности систем здравоохранения. При этом используются, как нам представляется, следующие основные подходы:

— соизмерение расходов с показателями здоровья населения, предотвратимыми потерями лет жизни из-за преждевременной смертности, потенциальными годами предстоящей жизни с сохранением ее качества и подобными комплексными итоговыми (для общества) результатами работы институтов здравоохранения, которые могли бы быть оптимизированы при альтернативных сценариях использования вкладываемых в данную сферу ресурсов (финансовых, трудовых, материально-вещественных и пр.);

– оценка необоснованных потерь, ликвидация которых способствовала бы росту качества услуг, сокращению сроков лечения и расходов плательщиков (государства, систем страхования, домохозяйств).

В начале века (2000 год) ВОЗ отмечала, что по всему миру наблюдаются колоссальные расхождения в уровне эффективности систем здравоохранения [98,182]⁴. Исследователи, работающие в OECD – организации экономического сотрудничества и развития в странах с высоким уровнем доходов (Joumard et al., 2008), отмечали: различия инструментов измерения результатов работы данной сферы в разных странах; сложности понятийного аппарата; отсутствие единства классификации результатов (промежуточных, итоговых); несовершенство учета расходов и вкладываемых ресурсов [182].

В одной из самых богатых экономик здравоохранения в США некоторые исследователи (Berwick и Hackbarth, 2012) посчитали, что от ликвидации имеющихся непроизводительных затрат можно сэкономить до 20% от общих ресурсов здравоохранения [183].

При обобщении управленческих и экономических вызовов неэффективности систем здравоохранения можно составить следующий список проблемных зон, которые свойственны многим странам:

- маршрутизация и координация при оказании медицинской помощи;
- выбор метода воздействия и правильное назначение лечебных процедур;
- администрирование, электронный учет выполненных услуг;
- тарифообразование;
- приписки, злоупотребления.

Потенциальными направлениями использования методических подходов для оценки экономической эффективности, понимаемой как сопоставление достигнутых результатов и вкладываемых ресурсов для их достижения, авторами J. Medeiros, C. Schwierz (2015) предлагаются на мезо- и макроуровне инструменты ретроспективного анализа прошлых показателей, расширение возможностей

⁴ ВОЗ (2000). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, ВОЗ (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 21 мая 2018 г.).

показателей оценки экономической эффективности для принятия дальнейших решений относительно распределения ресурсов [184].

Отметим, что для целей настоящего исследования и на основе изучения международного опыта мы будем различать понятия: техническая эффективность, эффективность распределения ресурсов, рамочная эффективность[185].

В таблице 3.1 представим обобщения международного опыта с учетом возможностей его использования при проведении оценки результативности, эффективности деятельности территориальных фондов ОМС – объектов исследования.

Таблица 3.1 – Использование методических подходов, рекомендованных для разных стран Всемирной организацией здравоохранения, секретариатом Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (2018)

№ п/п	Терминология, понятия	Раскрытие сущности терминов, понятий	Использование международного опыта и предлагаемые авторские допущения в методическом подходе к настоящему исследованию
1	2	3	4
1	Объект оценки	Особенности деятельности, организационно-управленческие и экономические характеристики объекта оценки	Объектом оценки является территориальный фонд ОМС (ТФОМС). Предмет оценки – организационно-управленческие и экономические характеристики деятельности ТФОМС семи субъектов РФ, имеющих сходные численные параметры деятельности: целевые финансовые ресурсы; количество потребителей (застрахованных лиц); индикативные показатели достижения медицинской результативности в работе участников ОМС; показатели доступности и качества ОСУЗ
2	Промежуточные результаты объекта оценки	Объемы оказания отдельных эпизодов лечения, медицинских процедур и (или) законченных случаев лечения, сопровождающиеся затратами трудовых, материальных и капитальных ресурсов	Объемы и стоимость ОСУЗ как составные элементы региональных программ ОМС (например, объемы оказания и тарифы по социально значимой и дорогостоящей стационарной медицинской помощи, оказываемой застрахованным по ОМС лицам)
3	Конечные (итоговые) результаты объекта оценки	Показатели улучшения состояния здоровья потребителей услуг по результатам расчетов комплексных оценочных индексов (например, показателя сохраненных лет жизни с поправкой на ее качество)	Комплексные оценочные индексы, включающие достижение количественных параметров национальных целей развития здравоохранения по снижению показателей: заболеваемости, смертности населения 7-ми регионов России в ретроспективе 2015-2019 гг. от сердечно-сосудистых, онкологических болезней; материнской и младенческой смертности; увеличение продолжительности жизни и др.
4	Факторы влияния на достижение результатов деятельности объекта оценки (промежуточных, конечных)	Факторы внешнего воздействия на получение промежуточных или итоговых результатов в области здравоохранения, которые не зависят от деятельности объекта оценки: сложность клинико-статистического состава заболеваемости, географическое местоположение, организационная структура системы здравоохранения и пр.	Группа значимых внешних условий деятельности ТФОМС: уровни формирования детерминант здоровья у территориального населения; регулирующие воздействия государственных органов, систем управления; активность обратной связи результатов работы производителей услуг на решения стейкхолдеров, СМИ и обращения населения и пр. Группа значимых внутренних факторов влияния на результаты деятельности ТФОМС – организационно-управленческие технологии, бизнес-процессы в ТФОМС с учетом достижения результатов (промежуточных, конечных)

Продолжение таблицы 3.1

1	2	3	4
5	Вкладываемые ресурсы для достижения результатов (промежуточных, конечных)	Любые ресурсы, которые используются для получения промежуточных и (или) конечных (итоговых) результатов в области здравоохранения: финансы, капитал, трудовая сила, лекарственные (иные материальные) средства, медицинские технологии и пр.	Целевые финансовые ресурсы системы ОМС, доведенные в качестве планового дохода ТФОМС, и итоги его распределения при бюджетировании расходных обязательств для достижения промежуточных и конечных (итоговых) результатов деятельности в процессе утверждения территориальной программы ОМС; планов-заданий страховым медицинским организациям; совершенствования способов оплаты ОСУЗ, оказываемых в медицинских организациях субъектов РФ и пр.
6	Производственная функция влияния факторов успешного преобразования ресурсов здравоохранения в промежуточные и конечные результаты	Количественная оценка эффективности здравоохранения демонстрирует насколько ресурсы, вкладываемые в систему здравоохранения (например, в форме расходов) позволяют обеспечить ожидаемые результаты и (или) выполнить значимые цели системы здравоохранения	Интегральная оценка промежуточных (итоговых) результатов деятельности семи ТФОМС с учетом реализации в каждом из семи субъектов России национальных приоритетов развития в ретроспективном периоде 2015-2019 гг. и на этой основе уточнение организационно-управленческих технологий в конкретном ТФОМС, а также методик распределения между всеми ТФОМС целевых финансовых средств (вкладываемых ресурсов) на среднесрочную перспективу с учетом сравнительного индекса результативности
7	Техническая эффективность	Оценка условий деятельности, при которых достигаются максимальные промежуточные результаты с учетом заявленного уровня вкладываемых ресурсов (независимо от значимости этих результатов)	Сравнительная оценка достижения максимальных промежуточных результатов деятельности системы ОМС в семи субъектах РФ с учетом значимых факторов влияния и планового уровня вкладываемых ресурсов (финансовых ресурсов, врачебных кадров, мощностей по сети лечебно-профилактических учреждений и пр.)
8	Эффективность распределения ресурсов	Оценка ожидаемой выгоды государства (системы здравоохранения), полученной в результате достижения социально-значимых результатов	Сравнительная оценка выделенных размеров текущего целевого финансирования ТФОМС семи субъектов РФ с размером комплексных индексов достижения максимальных итоговых результатов деятельности конкретного ТФОМС и этой основе выработка предложений по обновлению методики перераспределения целевых ресурсов ОМС

Продолжение таблицы 3.1

1	2	3	4
9	Рамочная эффективность	Оценка потенциала и ограничений параметров эффективности объекта оценки с целью изучения перспектив составления более исчерпывающих параметров, возможностей для их использования в целях принятия оптимальных решений	Оценка организационно-управленческого потенциала ТФОМС субъектов РФ, предложения по совершенствованию процедур операционализации стратегических целей их развития для принятия оптимальных экономических решений с учетом изменения природы потребительского спроса, роста социальной направленности ОСУЗ

Источник: составлено автором на основе контент-анализа международного опыта, а также на основе данных [27; 31, 182-185]

Как видно в таблице 3.1, сделан акцент на раскрытии и применении в российской практике методических подходов оценки экономической эффективности сферы здравоохранения, на объекте оценки – ТФОМС, имеющем специфические условия, процессы и результаты деятельности.

Отметим, что для всей системы здравоохранения, объединяющей различные институты, государство и общество сформировало в целом качественные и количественные параметры результативности:

- во-первых, в виде эталонных обобщенных индексов общественного здоровья (продолжительности жизни при рождении и (или) продолжительности предстоящей жизни поколений, достигших определенного возраста и (или) продолжительности здоровой жизни);

- во-вторых, в виде предельных значений общей заболеваемости по обращаемости разных половозрастных групп граждан в учреждения системы по различным причинам болезней;

- в-третьих, в виде показателей результативности факторов организации лечебного процесса (кадры, капитал, материальные ресурсы, финансы, управление) и работы инфраструктуры (сети медицинских организаций);

- в-четвертых, в виде оценочных критериев охвата услугами здравоохранения населения с учетом их доступности;

- в-пятых, в виде оценки технологий лечения, применимости лекарственных средств и прочее.

В то же время экспертные дискуссии о полноте и достаточности разных подходов к оценкам результатов работы сферы здравоохранения продолжают постоянно.

На рисунке 3.1 представим графическое обоснование используемых автором методических подходов, описанных в таблице 3.1 с учетом международного опыта, для оценки организационно-управленческого и экономического потенциала деятельности ТФОМС при реализации национальных целей развития.

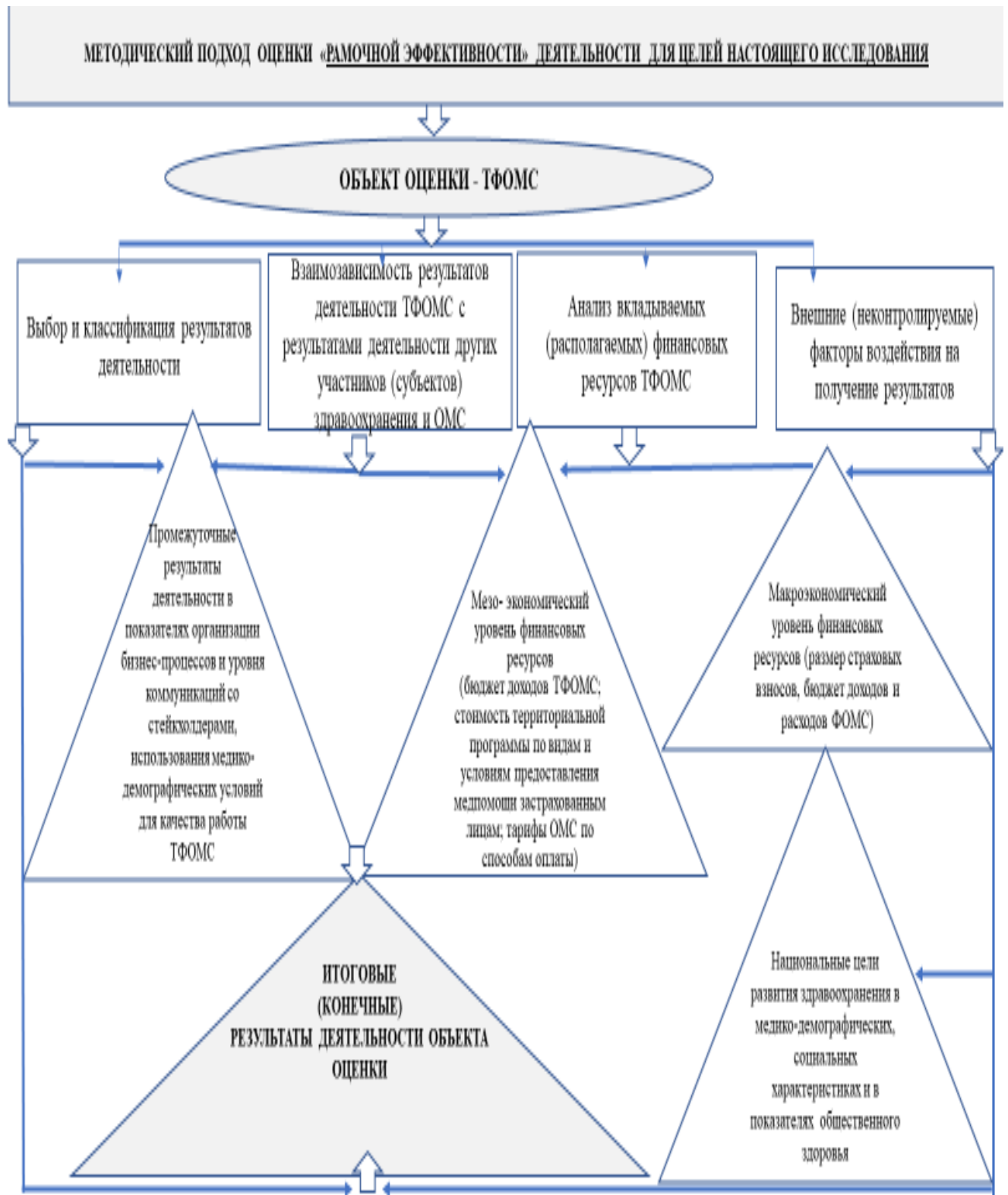


Рисунок 3.1. – Представление авторского методического подхода оценки экономической эффективности деятельности ТФОМС с учетом терминов и определений, представленных в таблице 3.1 на основе международного опыта

Источник: разработано автором на основе [12; 31; 98, 182-185]

Как видно на схеме рисунка 3.1, этап формирования результатов деятельности ТФОМС вынесен автором в отдельную задачу. Из обобщения сведений международных исследований, представленных в таблице 3.1, актуальность определения промежуточных и конечных (итоговых) результатов для целей сравнительной эффективности в здравоохранении остается и по сей день.

Объемы оказания отдельных эпизодов лечения, медицинских процедур и (или) законченных случаев лечения, сопровождающиеся затратами трудовых, материальных и капитальных ресурсов можно считать промежуточными результатами здравоохранения, за которые система ОМС готова (при прочих равных условиях) производить оплату в соответствии с утвержденными тарифами и способами оплаты. Важную роль при разработке методических подходов к оценкам работы отдельных ТФОМС, по нашему мнению, играет взаимозависимость результатов деятельности ТФОМС с результатами деятельности других участников (субъектов) здравоохранения и ОМС, а также внешние (неконтролируемые) факторы воздействия на получение результатов, в частности ограниченность на макроэкономическом уровне размера вкладываемых финансовых ресурсов, утверждаемых бюджетов ФОМС (рисунок 3.1).

Отметим при этом, что для самих участников и субъектов системы обязательного медицинского страхования стройной системы оценочных (сквозных) промежуточных и конечных (итоговых) результатов деятельности пока не выработано. На рисунке 3.1 сформирован рамочный подход к выбору такой системы, где в качестве промежуточных результатов деятельности ТФОМС принимаются измеримые на практике оценки организации бизнес-процессов и уровня коммуникаций со стейкхолдерами, а также параметры охвата программами ОМС максимального потребительского (половозрастного) спроса в сложившихся медико-демографических, санитарно-эпидемиологических и прочих условиях региона (страны).

Достижимость уровней реализации национальных целей развития здравоохранения в медико-демографических, социальных характеристиках и в иных показателях общественного здоровья, которая имеет региональную

дифференциацию, пока не учитывается при распределении целевого вкладываемого финансового ресурса системы ОМС. Однако это имеет важное воздействие на перераспределяемые между организациями здравоохранения средства в рамках планирования объемных и финансовых показателей их деятельности на трехлетний период.

По нашему мнению, функция влияния факторов успешного преобразования ресурсов здравоохранения в промежуточные и конечные результаты может и должна быть поддержана методическими разработками для системы обязательного медицинского страхования.

Так, предлагается провести интегральную оценку промежуточных (итоговых) результатов деятельности семи ТФОМС с учетом реализации в каждом из семи субъектов России национальных приоритетов развития в ретроспективном периоде 2015-2019 гг. На этой основе возможно уточнение организационно-управленческих технологий в конкретном ТФОМС, а также методик распределения между всеми ТФОМС целевых финансовых средств (вкладываемых ресурсов) на среднесрочную перспективу с учетом сравнительного индекса результативности – вот важная задача, практическое решение которой автор раскроет далее в данной главе.

На схеме рисунка 3.2 представим обобщенный вид:

- инструментов реализации оценки сравнительной технической эффективности деятельности ТФОМС (пункт 7 таблицы 3.1 дает пояснения и применимость для ТФОМС данного термина);

- выбора промежуточных результатов в количественных показателях: внешних (неконтролируемых) факторов воздействия на результаты деятельности ТФОМС (медико-демографические показатели, заболеваемость и пр. всего 10 рассчитанных автором показателей на основе собранных исходных данных 7-ми субъектов России); результатов оценки эффективности бизнес-процессов (14 рассчитанных автором показателей на основе собранных исходных данных 7 ТФОМС субъектов России); результатов коммуникационной зрелости обратной связи с населением, СМИ (6 рассчитанных автором показателей).

Как видно на рисунке 3.2, для ТФОМС предлагается методика оценки комплексного показателя результативности – итогового результата с поправкой на реализацию национальных приоритетов развития здравоохранения в ретроспективный период 2015-2019 годов (годы $t-1$ – $t-5$). Годом обобщения собранного материала и проведения расчетов принят 2020 год (год t). Сравнительный коэффициент сложности (затратоемкости) отдельного ТФОМС с поправкой на реализацию национальных целей развития здравоохранения в годы $t-5$, $t-1$ (2015-2019 гг.) предлагается определять как дробь: в числителе – индивидуальный коэффициент затратоемкости конкретного ТФОМС, в знаменателе – суммарный итоговый результат всех ТФОМС (рисунок 3.2). В дальнейшем – коэффициент технической эффективности.

Введение в работе международного термина «сравнительная эффективность», по существу раскрытого в таблице 3.1, позволяет производить сравнительную оценку выделенных размеров текущего (2020 года = года t) целевого финансирования ТФОМС семи субъектов РФ с размером комплексных индексов достижения максимальных итоговых результатов деятельности конкретного ТФОМС (рисунок 3.2).

На этой основе предлагается к использованию обновленная методика перераспределения целевых ресурсов ОМС (результаты использования представлены в главе 4 на примере фактических данных ТФОМС Свердловской области и иных объектов исследования).



Рисунок 3.2 – Инструменты оценки сравнительной технической эффективности деятельности ТФОМС на основе формирования коэффициентов их относительной затратоемкости и предложения по росту отдачи от вкладываемых целевых финансовых ресурсов при реализации национальных целей развития здравоохранения

Источник: разработано автором с учетом международного опыта и на основе [17; 31, 182-185]

На цифрах 7-ми ТФОМС – объектов исследования – рассмотрим практические особенности регулирования деятельности по созданию ОСУЗ в

2015-2019 гг.⁵ с учетом раскрытия следующих направлений, составляющих основу данной математической модели (рисунок 3.2).

1) регулирующие воздействия государства с учетом формирования национальных целей развития здравоохранения и демографической политики с выделением макроэкономических параметров федерального бюджета, влияющих на социально-экономическую эффективность деятельности по созданию (распределению, потреблению) ОСУЗ;

2) основные внутренние мезоэкономические параметры организации процессов создания ОСУЗ определенного качества в количестве, определенном государством – регулятором экономических отношений и на основе обеспечения потребностей территориального населения разных половозрастных групп, имеющих определенные проблемы со здоровьем;

3) систематизация, группировка текущих факторов внешней и внутренней среды, математическое описание моделей их влияния на современное состояние экономического развития региональных сегментов производства, оплаты и потребления ОСУЗ.

3.2. Инструменты выбора, расчета и оценки стартовых условий реализации национальных приоритетных направлений развития регионального здравоохранения

Менеджмент страховых услуг в системе обязательного медицинского страхования как на федеральном, так и на региональном уровне сегодня требует выработки подходов в деятельности региональных участников экономического процесса, появления локальных инициатив по оптимизации и инновационному развитию. В связи с этим и оценка эффективности участников ОМС – в условиях медико-демографических сдвигов в потреблении медицинской помощи и эпидемиологических вызовов – нуждается в выработке новых, соответствующих времени критериев.

⁵ Статистические данные 2020-2021 гг. в силу сложной санитарно-эпидемической ситуации, вызванной новой коронавирусной инфекцией, могут исказить общие среднегодовые тренды и в учет не берутся.

Сегодня оценка эффективности работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования как ключевых участников ОМС носит разрозненный характер: наряду с субъектами единого социального контура (где кроме ТФОМС присутствуют и органы исполнительной/законодательной власти, и надзорные органы, и производители медицинских услуг), региональные фонды участвуют в достижении национальных приоритетов здравоохранения. Однако критериев личного вклада участников ОМС в повышение эффективности системы страховых услуг, в рост качества и доступности медицинской помощи и удовлетворенности населения в настоящий момент не предусмотрено.

Автор считает необходимым формирование массива данных о деятельности участников системы ОМС, который позволил бы объективно оценить качество работы фондов ОМС, принимаемые фондами меры по эффективному распределению лимита средств на ОСУЗ в условиях демографических сдвигов, уровень взаимодействия ТФОМС со стейкхолдерами. Анализ данных, полученных по предлагаемой автором методике, позволит ранжировать субъекты по степени достижения ими целевых показателей, скорректировать модели развития доступности медицинской помощи и – в перспективе – изменить методику федерального распределения средств бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования для финансирования ОСУЗ в регионах России.

Для формирования массива данных автором были разработаны универсальные анкеты по форме таблицы 3.2, содержащие 30 факторных показателей, разделенных на три группы:

- внешние факторы среды;
- внутренние факторы планирования;
- репутационная зрелость.

К первой группе внешних факторов среды были отнесены половозрастные особенности населения, уровень и структура заболеваемости, критерии достижения национальных приоритетов в области здравоохранения.

К группе внутренних факторов планирования был отнесен региональный уровень развития и менеджмента страховых услуг: методики планирования

объемов помощи, контроль за доступностью востребованных и дорогостоящих технологий, совершенствование принципов тарификации.

К группе факторов репутационной зрелости отнесены пациент-ориентированность и информационная доступность, объем, качество и структура экспертных мероприятий, наличие обратной связи от всех групп стейкхолдеров и т. д.

В таблице 3.2 приведем результаты обоснования факторных показателей по группам и формулы их расчета.

Таблица 3.2 – Обоснование выбора показателей для методического подхода к составлению региональных рейтингов ТФОМС субъектов РФ

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
1. Внешние демографические и медико-социальные факторные показатели		
П1	Общий коэффициент рождаемости в субъекте РФ	$Кр = \frac{Род}{Числ}, \text{ где}$ Кр – общий коэффициент рождаемости; Род – число родившихся живыми в течение календарного года; Числ – среднегодовая численность населения субъекта России.
П2	Общий коэффициент смертности в субъекте РФ	$Ксм = \frac{Ум}{Числ}, \text{ где}$ Ксм – общий коэффициент смертности; Ум – число умерших в течение календарного года; Числ – среднегодовая численность населения субъекта России.
П3	Возрастной коэффициент смертности для группы населения субъекта РФ старше трудоспособного возраста	$Квсм = \frac{УмСтарш}{ЧислСтарш}, \text{ где}$ Квсм – возрастной коэффициент смертности для группы населения субъекта РФ старше трудоспособного возраста; УмСтарш – число умерших в возрасте старше трудоспособного в течение календарного года; ЧислСтарш – среднегодовая численность населения старше трудоспособного возраста субъекта России.
П4	Смертность от онкологических заболеваний на 100000 населения субъекта РФ	$Ксмонко = \frac{Умонко \times 100\,000}{Числ}, \text{ где}$ Ксмонко – коэффициент смертности от онкологических заболеваний на 100000 населения субъекта России; Умонко – число умерших от онкологических заболеваний в субъекте России; Числ – среднегодовая численность населения субъекта России.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П5	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 100000 населения субъекта РФ	$К_{смССЗ} = \frac{У_{мССЗ} \times 100\,000}{Ч_{исл}}$, где $К_{смССЗ}$ – коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 100000 населения субъекта России; $У_{мССЗ}$ – число умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в субъекте России; $Ч_{исл}$ – среднегодовая численность населения субъекта России.
П6	Доля населения старше трудоспособного возраста в общей численности населения субъекта РФ	$Д_{старш} = \frac{Ч_{ислСтарш}}{Ч_{исл}}$, где $Д_{старш}$ – доля населения старше трудоспособного возраста в общей численности населения субъекта России; $Ч_{ислСтарш}$ – численность населения старше трудоспособного возраста в субъекте России; $Ч_{исл}$ – среднегодовая численность населения субъекта России.
П7	Уровень общей заболеваемости населения в субъекте РФ в сравнении со среднероссийским уровнем заболеваемости населения	$К_{забол} = \frac{У_{рзаболсуб}}{У_{рзабол}}$, где $К_{забол}$ – сравнительный коэффициент заболеваемости населения в субъекте России; $У_{рзаболсуб}$ – уровень общей заболеваемости в субъекте России; $У_{рзабол}$ – среднероссийский уровень общей заболеваемости.
П8	Коэффициент распределенности (плотности) населения субъекта по сравнению с плотностью населения РФ	$К_{распред} = \frac{К_{плотнсуб}}{К_{плотн}}$, где $К_{распред}$ – коэффициент распределенности (по плотности) населения субъекта по сравнению с плотностью населения России; $К_{плотнсуб}$ – плотность населения в субъекте России; $К_{плотн}$ – средняя плотность населения в России.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П9	Сравнительная обеспеченность врачами в субъекте РФ и в РФ	$\text{Кобеспвр} = \frac{\text{Обеспвр субъект}}{\text{Обеспвр РФ}}, \text{ где}$ Кобеспвр – коэффициент обеспеченности врачами субъекта по сравнению с обеспеченностью врачами в среднем по России; Обеспвр субъект – численность врачей на 100000 населения субъекта России; Обеспвр РФ – численность врачей на 100000 населения России.
П10	Средний размер дохода от трудовой деятельности в субъекте РФ	$\text{Дох}(\text{ДохРФ}) = \begin{cases} 0, & \text{Дох субъект} < \text{ДохРФ} \\ 1, & \text{Дох субъект} \geq \text{ДохРФ} \end{cases}, \text{ где}$ Дох субъект – средний размер дохода от трудовой деятельности в субъекте России; ДохРФ – средний размер дохода от трудовой деятельности в России.
2. Показатели внутреннего планирования (администрирования и бюджетирования)		
П11	Доля расходов на высокотехнологичные ОКУЗ в общей стоимости региональных программ	$\text{Двыс} = \frac{\text{РасхвысОКУЗ}}{\text{РасхОКУЗ}} \times 100\%, \text{ где}$ Двыс – доля расходов на высокотехнологичные ОКУЗ в общей стоимости госпитальных ОКУЗ; РасхвысОКУЗ – расходы на оплату высокотехнологичных ОКУЗ; РасхОКУЗ – расходы на оплату всех госпитальных ОКУЗ.
П12	Коэффициент расслоения стоимости ОКУЗ в круглосуточном стационаре	$\text{Крассл} = \frac{\text{Расх10макс}}{\text{Расх10мин}}, \text{ где}$ Крассл – коэффициент расслоения стоимости ОКУЗ в круглосуточном стационаре; Расх10макс – объем расходов на 10 наиболее дорогостоящих госпитальных ОКУЗ; Расх10мин – объем расходов на 10 наименее дорогостоящих госпитальных ОКУЗ.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П13	Средний возрастной тариф высокотехнологичных госпитальных ОУЗ для населения <i>трудоспособного возраста</i>	$\text{ПотрВысТруд} = \frac{\text{РасхВысТруд} \times 100\,000}{\text{ЧислТруд}}, \text{ где}$ ПотрВысТруд – средний объем потребления высокотехнологичных ОУЗ для населения трудоспособного возраста; РасхВысТруд – объем расходов на оплату высокотехнологичных ОУЗ для населения трудоспособного возраста; ЧислТруд – численность населения трудоспособного возраста в субъекте России.
П14	Средний возрастной тариф высокотехнологичных госпитальных ОУЗ для <i>пожилого населения</i> (60-74 лет)	$\text{ПотрВысПож} = \frac{\text{РасхВысПож} \times 100\,000}{\text{ЧислПож}}, \text{ где}$ ПотрВысПож – средний объем потребления высокотехнологичных ОУЗ для населения пожилого возраста; РасхВысПож – объем расходов на оплату высокотехнологичных ОУЗ для населения пожилого возраста; ЧислПож – численность населения пожилого возраста в субъекте России.
П15	Средний возрастной тариф высокотехнологичных госпитальных ОУЗ для населения <i>старческого возраста</i> (75 и выше)	$\text{ПотрВысСтар} = \frac{\text{РасхВысСтар} \times 100\,000}{\text{ЧислСтар}}, \text{ где}$ ПотрВысСтар – средний объем потребления высокотехнологичных ОУЗ для населения старческого возраста; РасхВысСтар – объем расходов на оплату высокотехнологичных ОУЗ для населения старческого возраста; ЧислСтар – численность населения старческого возраста в субъекте России.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П16	Средний коэффициент относительных затрат ОСУЗ в круглосуточном стационаре	$CpKЗ = \frac{\sum_1^x KЗi \times Ni}{\sum_1^x Ni}, \text{ где}$ CpKЗ – средний коэффициент относительных затрат ОСУЗ в круглосуточном стационаре; KЗi – коэффициент относительных затрат i-ой ОСУЗ в круглосуточном стационаре; Ni – число случаев i-ой ОСУЗ в круглосуточном стационаре; X – число различных ОСУЗ в круглосуточном стационаре.
П17	Средний коэффициент относительных затрат по всем социально значимым ОСУЗ	$CpKЗсоц = \frac{\sum_1^x KЗсоцi \times Nсоцi}{\sum_1^x Nсоцi}, \text{ где}$ CpKЗсоц – средний коэффициент относительных затрат социально значимых ОСУЗ в круглосуточном стационаре; KЗсоцi – коэффициент относительных затрат i-ой социально значимой ОСУЗ в круглосуточном стационаре; Ni – число случаев i-ых социально значимых ОСУЗ в круглосуточном стационаре; X – число различных социально значимых ОСУЗ в круглосуточном стационаре.
П18	Коэффициент роста доступности телемедицинских (ТМТ) ОСУЗ	$ДостТМТ = \frac{РасхТМТi}{РасхОСУЗi} - \frac{РасхТМТi-1}{РасхОСУЗi-1}, \text{ где}$ ДостТМТ – показатель наращивания расходов на телемедицинские технологии в I году по сравнению с i-1 годом; РасхТМТ – расходы на оплату телемедицинских технологий в ОСУЗ; РасхОСУЗ – расходы на оплату всех ОСУЗ.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П19	Коэффициент эффективности использования больничной койки при оказании ОСУЗ	$\text{Кэффмощ} = \frac{\text{РабК}}{\text{СрДл}}, \text{ где}$ Кэффмощ – коэффициент эффективности использования больничной койки при оказании ОСУЗ; РабК – показатель работы госпитальной койки по субъекту России; СрДл – средняя длительность госпитальной ОСУЗ в субъекте.
П20	Коэффициент вовлеченности частных медицинских организаций в оказание ОСУЗ	$\text{Кчастн} = \frac{\text{Ччастн}}{\text{Чобщ}}, \text{ где}$ Кчастн – коэффициент вовлеченности частных медицинских организаций в оказание ОСУЗ; Ччастн – число частных медицинских организаций, оказывающих ОСУЗ в субъекте; Чобщ – число всех медицинских организаций, реализующих территориальную программу ОСУЗ.
П21	Доля расходов на ОСУЗ, оказанные частными медицинскими организациями, в рамках ТПОМС	$\text{Драсхчастн} = \frac{\text{Расхчастн}}{\text{Расхобщ}}, \text{ где}$ Драсхчастн – доля расходов на ОСУЗ, оказанные частными медицинскими организациями, в рамках территориальной программы; Расхчастн – расходы на оплату ОСУЗ частным медицинским организациям в субъекте России; Расхобщ – расходы на оплату ОСУЗ всем медицинским организациям в субъекте России.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П22	Коэффициент ограничения региональных затрат на содержание и управление в общих расходах на ОСУЗ	$K_{\text{косв}} = \frac{Z_{\text{тркосв}}}{Z_{\text{тр}}}, \text{ где}$ $K_{\text{косв}}$ – коэффициент ограничения региональных затрат на содержание и управление в общих расходах на ОСУЗ; $Z_{\text{тркосв}}$ – объем косвенных затрат медицинских организаций при оказании ОСУЗ в субъекте России; $Z_{\text{тр}}$ – объем всех затрат медицинских организаций при оказании ОСУЗ в субъекте России.
П23	Коэффициент развития региональной модели оплаты медицинской помощи	$K_{\text{развопл}} = \frac{G_{\text{рОСУЗсуб}}}{G_{\text{рОСУЗ}}}, \text{ где}$ $K_{\text{развопл}}$ – коэффициент развития региональной модели оплаты медицинской помощи; $G_{\text{рОСУЗсуб}}$ – количество госпитальных групп для оплаты ОСУЗ в субъекте России; $G_{\text{рОСУЗ}}$ – количество рекомендованных общих госпитальных групп для оплаты ОСУЗ.
3. Показатели репутационной зрелости		
П24	Доля тематических (мультидисциплинарных) экспертиз в субъекте РФ в общем объеме экспертиз качества медпомощи в субъекте РФ	$D_{\text{темэксп}} = \frac{T_{\text{мэксп}}}{Э_{\text{ксп}}}, \text{ где}$ $D_{\text{темэксп}}$ – доля тематических (мультидисциплинарных) экспертиз в общем объеме экспертиз качества медпомощи в субъекте России; $T_{\text{мэксп}}$ – количество тематических (мультидисциплинарных) экспертиз в субъекте России за год; $Э_{\text{ксп}}$ – количество всех экспертиз качества медицинской помощи в субъекте России за год.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П25	Частота выявления дефектов, значимо влияющих на качество оказанной медицинской помощи	$Ч_{\text{деф}} = \frac{Зн_{\text{деф}}}{\text{Деф}}, \text{ где}$ Ч_{деф} – частота выявления дефектов, значимо влияющих на качество оказанной медицинской помощи; Зн_{деф} – количество выявленных значимых нарушений при оказании ОСУЗ в субъекте России за год; Деф – общее количество проведенных экспертиз по ОСУЗ в субъекте России.
П26	Эффективность работы с жалобами	$ЭффЖ = \frac{Ж_{\text{удовл}}}{Ж_{\text{пост}}}, \text{ где}$ ЭффЖ – показатель эффективности работы с жалобами; Ж_{удовл} – количество удовлетворенных жалоб получателей ОСУЗ в субъекте России за год; Ж_{пост} – общее количество поступивших жалоб.
П27	Эффективность досудебной защиты застрахованных	$К_{\text{досуд}} = \frac{Ж_{\text{досуд}}}{\text{Числ}} \times 100\,000, \text{ где}$ К_{досуд} – показатель эффективности досудебной защиты получателей ОСУЗ; Ж_{досуд} – количество удовлетворенных жалоб получателей ОСУЗ в досудебном порядке в субъекте России за год; Числ – среднегодовая численность населения в субъекте России.

Продолжение таблицы 3.2

Обозначение № п/п	Наименование показателя 1 группы	Формула расчета показателя
П28	Формирование позитивного имиджа системы ОМС через СМИ	$K_{\text{сми}} = \frac{\text{СМИпозит}}{\text{Числ}} \times 100\,000, \text{ где}$ $K_{\text{сми}}$ – показатель формирования позитивного имиджа системы ОМС в средствах массовой информации; СМИпозит – количество позитивных упоминаний в средствах массовой информации участников системы ОМС субъекта России за год; Числ – среднегодовая численность населения в субъекте России.
П29	Территориальная доступность пунктов выдачи полисов (далее – ПВП) СМО для населения	$K_{\text{пвп}} = \frac{\text{ПВП}}{\text{Числ}} \times 100\,000, \text{ где}$ $K_{\text{пвп}}$ – показатель территориальной доступности пунктов выдачи полисов (далее – ПВП) СМО для населения субъекта России; ПВП – количество пунктов выдачи полисов СМО в субъекте России; Числ – среднегодовая численность населения в субъекте России.
П30	Оперативность реагирования на обращения в колл-центры СМО	$K_{\text{опер}} = \frac{\text{ОбрКЦ}}{\text{Конс24}}, \text{ где}$ $K_{\text{опер}}$ – показатель оперативности реагирования на обращения в колл-центры СМО субъекта России; ОбрКЦ – число обращений в колл-центры СМО субъекта России; Конс24 – число консультаций, проведенных в срок до 2 часов с момента обращения в колл-центр СМО субъекта России.

Источник: составлено автором на основании запроса в адрес субъектов исследования

Для сбора показателей и их расчета таблица 3.2 с наименованием и предложенной автором формулой расчета показателя была направлена в 7 объектов исследования – фондов ОМС со сходной по численности и половозрастному составу структурой застрахованных граждан.

Полученные из субъектов данные приведены к удельным показателям, которые далее были оценены с использованием экспертных мнений ТФОМС (таблицы для оценивания приведены в Приложении 3 (3.1-3.3)).

В Приложении 4 представлена разработанная автором «Карта экспертной оценки» материалов ТФОМС исследуемых субъектов РФ и даны подходы к количественному анализу представленных сведений для целей выбора функции выравнивания.

В последующем показатели нормировались и проводились математические расчеты с использованием программного информационного ресурса⁶. Результаты рейтинговых оценок по каждой группе факторов представлены в таблицах (Приложение 2).

Следует отметить, что экспертная оценка первой группы показателей (внешние факторы среды) была основана на степени достижения/недостижения субъектами нормативно установленных критериев Национальных проектов здравоохранения. Вторая и третья группы факторных показателей (внутренние факторы планирования и репутационная зрелость) были проанализированы в основном в сравнении со средними по объектам исследования данными.

Группа 1. «Внешние для ТФОМС демографические и медико-социальные факторные показатели развития здравоохранения субъектов РФ».

Показатели данной группы представляют множество управляющих количественных параметров (индикаторов) результативности деятельности.

Отметим, что в таблице 3.2 по первой группе измерению подвержены факторные показатели, включенные в основные направления национальных

⁶ Шелякин В. А. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования: монография / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, А. В. Березников, Е. А. Береснева [и др.]. Москва: ИД Академии Естествознания, 2018. 80 с. ISBN 978-5-91327-535-6. DOI 10.17513/пр.315 (вклад автора – 2,31 п.л.).

приоритетов развития здравоохранения в границах третьего десятилетия XXI века – ближайшие 10 лет (до 2030 года). Измерение проводилось до начала федеральных регулирующих индикативных воздействий на работу ТФОМС исследуемых субъектов РФ (в 2015 году) и в первый год реализации реформ (2019 год).

Использование статистических данных 2020-2021 гг. не производилось, т. к. в этот период имело место перепрофилирование работы производителей медицинской помощи на лечение новой коронавирусной инфекции. Возобновление темпов реализации стратегии развития здравоохранения России, принятой до COVID, ожидается не ранее 2022 года, что и определило исследование ретроспективных трендов.

Было отмечено, что за пять лет (2015 год, 2019 год), предшествующих активной реализации стратегических целей развития отечественного здравоохранения, сравнительные оценки количественного воздействия половозрастной структуры заболеваемости потребителей ОСУЗ неоднозначно влияют на менеджмент ТФОМС.

Первые три высоких ранговых места (оценка 1, 2 и 3, таблица 3.3, столбцы 5, 6) сохранили за анализируемый период соответственно в Республике Татарстан, Красноярском крае, Новосибирской области. В этих субъектах наблюдается сравнительная нейтральная ситуация, оцениваемая нами по приведенным выше допустимым экспертами эталонным и (или) предельным значениям факторных показателей (таблица 3.1 Приложения, столбцы 6, 7).

Свердловская область, Пермский край, Челябинская и Нижегородская области, показавшие в 2015, в 2019 гг. невысокие ранговые места (соответственно с 4 по 7, таблица 3.2, столбцы 5, 6) имеют сравнительно рисковую структуру демографических параметров с преобладанием старших возрастных групп населения и высокие значения показателей смертности и заболеваемости по профилям «онкология», «болезни сердечно-сосудистой системы» и т. п. (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Ранговые места субъектов РФ при проведении сравнительной оценки внешних демографических и медико-социальных факторных показателей, влияющих на управленческие решения ТФОМС

№ п/п	Субъекты РФ (объекты исследования)	Значение интегральной оценки нормированных показателей группы 1 (П1-П10, таблица 3.2) по годам		Ранг субъектов по достижению наилучших значений интегральной оценки показателей группы 1 (П1-П10) по годам	
		2015	2019	2015	2019
1	2	3	4	5	6
1	Свердловская область	0,54	0,50	4	4
2	Нижегородская область	0,16	0,24	7	7
3	Пермский край	0,53	0,45	5	5
4	Красноярский край	0,68	0,67	2	2
5	Республика Татарстан	0,76	0,78	1	1
6	Новосибирская область	0,65	0,55	3	3
7	Челябинская область	0,47	0,37	6	6

Источник: составлено автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

В выше названных субъектах РФ с рисковой демографической ситуацией сравнительная ситуация по плотности (распределенности) населения (П8, таблица 3.2) не поддерживается положительной динамикой укомплектованности врачей (показатель П9 таблица 3.2), что также не может положительно сказываться на экономичности и сбалансированности потребностей застрахованных лиц в программах ОМС.

Отметим, что при существующем подходе распределения федерального пуллинга средств ОМС в разрезе 85 территориальных фондов представленные в таблице 3.2 показатели или их аналоги, а также комплексный коэффициент сравнительного воздействия демографических процессов и социальной направленности потребления ОУЗ (пример ранжирования в таблице 3.3) не принимаются в расчет при формировании методических подходов для утверждения объемно-финансовых нормативов базовой (федеральной) программы ОМС.

Таким образом, факторные показатели группы 1, выбранные нами для модельных (сценарных) оценок воздействия внешней среды на социально-экономическую эффективность регионального здравоохранения, представляют

научно-практический интерес в контексте их связи с качеством, результативностью, экономичностью работы ТФОМС. Рассмотрим вторую группу показателей, выбранных для сравнительной оценки МОСУЗ в анализируемых субъектах РФ по данным за 2015, за 2019 гг.

Группа 2. «Внутренние организационно-экономические показатели системы администрирования и бюджетирования в ТФОМС субъектов РФ при сложившихся внешних условиях реализации национальной стратегии развития здравоохранения – 2030».

Отметим, что в рамках описанной модели экономических отношений при производстве ОСУЗ эти показатели характеризуют множество отношений влияния на общие процессы оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в субъекте РФ. Они описываются внутренними количественными показателями (индикаторами) модели экономических отношений между производителями ОСУЗ и плательщиками за оказанные услуги.

В таблице 3.2 представлен набор факторных показателей 2 группы – внутренние количественные организационно-экономические показатели (индикаторы) формирования региональных программ ОСУЗ.

Как видно из таблицы 3.2, для целей настоящего исследования сделан акцент на показатели половозрастного расслоения (дифференциации) денежной оценки потребления таких видов медицинской помощи, как: высокотехнологичная, социально значимая, предоставляемая застрахованному территориальному населению анализируемых субъектов РФ в условиях круглосуточных стационаров. Анализу подвержены в 2015, 2019 гг. сравнительные стоимости удельных расходов на случай госпитального пребывания (лечения) по соответствующим видам медицинской помощи, включенным в финансовые обязательства ТФОМС. Кроме того, рассмотрены процессы контроллинга структуры региональных моделей оплаты ОСУЗ, расходов тарифа ОМС, расслоения стоимости и затратно-емкости в госпитальном звене здравоохранения при оказании специализированной (высокотехнологичной)

медицинской помощи трудоспособному населению, жителям пожилого и старческого возраста.

Анализ динамики доли расходов территориальных программ ОМС на оплату ОСУЗ в частных медицинских организациях, развитие телемедицинских технологий призваны оценить конкуренцию и доступность помощи всем жителям с полисами ОМС, формирующим разнообразный спрос на сервисность и доступность ОСУЗ (таблица 3.2).

Нормированные значения показателей второй группы комплексно оценивают сравнительные ранговые места субъектов РФ, представленные в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Ранговые места субъектов РФ при проведении сравнительной оценки внутренних организационно-экономических показателей системы администрирования и бюджетирования национальной стратегии здравоохранения в ТФОМС анализируемых субъектов РФ, 2015, 2019 годы

№ п/п	Субъекты РФ (объекты исследования)	Значение интегральной оценки нормированных показателей группы 2 (П11-П23, таблица 3.2) по годам		Ранг субъектов по достижению наилучших значений интегральной оценки по годам	
		2015	2019	2015	2019
1	2	3	4	5	6
1	Свердловская область	0,60	0,53	1	2
2	Нижегородская область	0,45	0,58	5	1
3	Пермский край	0,51	0,44	3	4
4	Красноярский край	0,57	0,51	2	3
5	Республика Татарстан	0,49	0,37	4	6
6	Новосибирская область	0,31	0,28	7	7
7	Челябинская область	0,43	0,38	6	5

Источник: составлено автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Как видно из таблицы 3.4, при принятых для целей настоящего исследования в системе экспертных допущений при проведении сравнительной оценки в 2015, 2019 годах показателей со средними по всем ТФОМС получен следующий результат:

– наиболее высокие и устойчивые по годам ранговые места (1-3 по столбцам 5 и 6 соответственно в 2015, 2019 гг.) демонстрируют методы менеджмента ТФОМС Свердловской области и Красноярского края (таблица 3.4);

– можно назвать положительным «рывком» переход с 5-го рангового места в 2015 году на 1-е ранговое место в 2019 году Нижегородской области (таблица 3.4);

– некоторые субъекты демонстрируют снижение ранговых мест в 2019 году по сравнению с 2015 годом: Свердловская область, Пермский край, Республика Татарстан, Челябинская область (таблица 3.4);

– стабильно самый низкий рейтинг (7-е ранговое место) при проведении сравнительных оценок работы ТФОМС по функциям оценивания и эталонам для сравнения демонстрирует в 2015, в 2019 годах Новосибирская область (таблица 3.4).

Отметим, что научно-практический интерес анализа представленных результатов нормированных оценок показателей второй группы состоит, по нашему мнению, в адаптивных возможностях менеджмента ТФОМС как основного центра финансовой ответственности в региональной модели оплаты ОУЗ в рамках реализации национальных приоритетов развития здравоохранения – 2030.

Безусловно, соответствие текущей деятельности и тактики финансовых регуляторов бюджетно-страховых программ в регионах России – это совместные проектные решения органов управления, дирекций фондов ОМС, страховых компаний и главных врачей медицинских организаций.

Весьма важная организационно-экономическая компетенция руководителей и специалистов всех уровней состоит в сочетании экономических отношений и социальной ориентированности деятельности всех региональных участников. Это невозможно без построения новых информационных коммуникаций со стейкхолдерами – 3-я группа показателей.

Группа 3. Факторные показатели «Репутационной зрелости информационных коммуникаций стейкхолдеров и ТФОМС в субъектах РФ».

Показатели данной группы (таблица 3.2) могут измеряться как входные параметры региональной системы здравоохранения и формировать выходные параметры обратной связи на воздействия регулятора – государства в лице своих органов

(агентов). Подмножество выходных параметров обратной связи формируется, в том числе, и во внешнюю среду деятельности ТФОМС субъектов РФ.

В таблице 3.3 Приложения 3 оценивались на объектах исследования в 2015, в 2019 годах динамические изменения в работе страховщиков с обращениями (жалобами) населения субъектов РФ.

Относительно новым для работников ТФОМС показателем можно признать публикационную активность и динамику положительных отзывов в СМИ. Отметим, что в условиях постоянного внешнего воздействия негативных демографических сдвигов в половозрастной структуре недооценка информационной активности СМО и ТФОМС, а также важной роли разъяснительной работы среди населения о роли и задачах МОСУЗ трудно переоценить постоянную связь со СМИ.

Таблица 3.6 – Ранговые места субъектов РФ при обобщении сравнительной оценки показателей репутационной зрелости информационных коммуникаций стейкхолдеров и ТФОМС в субъектах РФ

№ п/п	Объекты исследования	Результаты интегральной оценки нормированных значений показателей (П24-П30 табл. 3.2) по годам: 2015, 2019		Динамика изменений ранговых мест в субъектах РФ по достижению наилучших значений интегральной оценки нормированных показателей П24-П30 в 2015, в 2019 годах	
		2015	2019	2015	2019
1	2	3	4	5	6
1	Свердловская область	0,85	0,76	1	1
2	Нижегородская область	0,46	0,47	6	5
3	Пермский край	0,58	0,27	5	6
4	Красноярский край	0,70	0,54	3	3
5	Республика Татарстан	0,66	0,59	4	2
6	Новосибирская область	0,72	0,48	2	4
7	Челябинская область	0,27	0,26	7	7

Источник: составлено автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Как видно из таблицы 3.6, интегральная оценка действий менеджмента ТФОМС по поддержанию имиджа плательщиков ОСУЗ в системе регионального здравоохранения анализируемых субъектов, представленная количественными

показателями с 24 по 30 (таблица 3.2), показала следующие результаты в динамике 2015, 2019 гг.

Высокие ранговые места (1, 3), оценка которых представлена в таблице 3.6 (столбцы 5,6), достигнутые в 2015 году, удалось сохранить в 2019 году таким субъектам, как: Свердловская область и Красноярский край. За второе место боролись Новосибирская область (2015 год), Республика Татарстан (2019 год).

Ухудшили в 2019 году свое рыночное позиционирование в глазах потребителей по сравнению с 2015 годом в Пермском крае и Новосибирской области (таблица 3.6). Стабильно низкое место демонстрирует работа с застрахованными, СМО и СМИ в Челябинской области (7 ранговое место в 2015, в 2019 гг.).

В целом по всем показателям каждой группы определяется *комплексный оценочный показатель*, который рассчитывался как среднее арифметическое соответствующих нормированных значений всех используемых в анализе показателей внутри каждой группы. Значения комплексных оценочных показателей по группам факторов представлены в таблицах 3.2, 3.4, 3.6.

Для описания алгоритма комплексного показателя используется выражение (5):

$$I_j = \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^n \bar{x}_j^{(i)} \quad (5),$$

где

I_j – значение комплексного показателя для j-ой территории;

n – число показателей, используемых при расчете данного комплексного показателя.

Расчет комплексной интегральной оценки всех показателей **П1-П30**, выбранных и описанных в данном разделе по годам 2015, 2019 и анализируемым субъектам РФ, приведем в таблице 3.7.

Таблица 3.7 – Комплексный рейтинговый показатель по совокупности оценок трех интегральных показателей и ранговые места субъектов РФ в 2015, 2019 годах

№ п/п	Субъекты РФ (объекты исследования)	Значение комплексной оценки интегральных значений по всем трем группам показателей (П1-П30 таблица 3.2) по годам		Ранг субъектов по достижению наилучших значений комплексной интегральной оценки по годам	
		2015	2019	2015	2019
1	2	3	4	5	6
1	Свердловская область	0,64	0,58	1	1
2	Нижегородская область	0,35	0,44	7	4
3	Пермский край	0,54	0,40	4	6
4	Красноярский край	0,64	0,57	2	2
5	Республика Татарстан	0,62	0,56	3	3
6	Новосибирская область	0,52	0,41	5	5
7	Челябинская область	0,40	0,34	6	7

Источник: составлено и рассчитано автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Таким образом, применение принципов моделирования параметров системы экономических отношений в сфере здравоохранения на основе специальных математических методов, инструментов эккаунтинга, контролинга позволяет рассматривать территориальные фонды ОМС в качестве главного экономического агента государства, от финансовой устойчивости которого во многом зависит эффективность функционирования производителей бесплатной медицинской помощи территориальному населению.

В качестве альтернативного варианта преодоления распределения федеральной субвенции ОМС между субъектами РФ может быть предложена сценарная модель использования системы показателей. Обобщение комплексного индикативного оценивания новой емкости региональной экономики ОМС может опираться на учет:

– *внешних по отношению к работе институтов здравоохранения факторов среды ведения деятельности*: особенности половозрастного состава населения; уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации социально значимыми и финансово емкими заболеваниями; индикаторы

публичных обязательств для достижения параметров национальных приоритетов развития здравоохранения субъектами РФ (показатели обозначены П1-П10);

– *внутренних факторов эффективности бизнес-процессов, методов планирования в системе плательщиков (ТФОМС, СМО):* применимость методик балансировки объема ОСУЗ по видам и условиям оказания медицинской помощи населению субъектов РФ; наличие текущего контроля за финансовым обеспечением доступности для населения всех половозрастных групп высокотратных (наукоемких, технологичных) методов лечения; работа по совершенствованию принципов агрегирования и тарификации ОСУЗ; наличие ресурсов для опережающего контроллинга медико-социальной, экономической эффективности работы в региональном сегменте ОМС медицинских организаций разных уровней по оплате оказанных услуг (показатели обозначены П11-П23);

– *репутационной зрелости информационных коммуникаций со стейкхолдерами.* Деловая репутация – это объективная общественная измеримая оценка экономических, социально-правовых, этических и пр. свойств участников системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования (фондов обязательного медицинского страхования, медицинских и страховых медицинских организаций), влияющая на объем и распределение находящихся в их распоряжении финансовых средств (показатели обозначены П24-П30).

Расчет комплексной интегральной оценки всех показателей **П1-П30**, выбранных и описанных в данном разделе по годам 2015, 2019 и анализируемым субъектам РФ, приведем в таблице 3.8.

Таблица 3.8 – Комплексный показатель по совокупности оценок трех интегральных показателей и ранговые места субъектов РФ в 2015, 2019 годах

№ п/п	Субъекты РФ (объекты исследования)	Значение комплексной оценки интегральных значений по всем трем группам показателей (таблицы 3.2) по годам		Ранг субъектов по достижению наилучших значений комплексной интегральной оценки по годам	
		2015	2019	2015	2019
1	2	3	4	5	6
1	Свердловская область	0,64	0,58	1	1
2	Нижегородская область	0,35	0,44	7	4

Продолжение таблицы 3.8

1	2	3	4	5	6
3	Пермский край	0,54	0,40	4	6
4	Красноярский край	0,64	0,57	2	2
5	Республика Татарстан	0,62	0,56	3	3
6	Новосибирская область	0,52	0,41	5	5
7	Челябинская область	0,40	0,34	6	7

Источник: составлено и рассчитано автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Обобщения оценок и методического подхода для построения рейтинга ТФОМС 7 субъектов ОМС представим в таблице 3.9.

Таблица 3.9 – Результаты оценки факторных показателей в 2015, в 2019 годах по каждой группе факторов № 1-3 и всей совокупности на объектах исследования и их ранговые места с 1 (самый высокий) по 7 (самый низкий) с учетом комплексного оценивания

ПОКАЗАТЕЛИ ПО ГРУППАМ	ОБОБЩЕНИЯ ФУНКЦИЙ И ПРАВИЛ ОЦЕНИВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ			РАНГОВОЕ МЕСТО СУБЪЕКТОВ РФ		
	ВНУТРИ ГРУПП		ПО ВСЕЙ СОВОКУПНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	ПО ГРУППАМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ		
	Правило № 1: Чем больше, тем лучше	Правило № 2: Чем меньше, тем лучше		1-2	3-5	6-7
Группа № 1 Внешние показатели демографических и медико-социальных факторов регулирования ОСУЗ (П1-П10)	$\bar{x}_j^{(i)} = \frac{x_j^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}{x_{\max}^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}$	$\bar{x}_j^{(i)} = \frac{x_{\max}^{(i)} - x_j^{(i)}}{x_{\max}^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}$	$I_j = \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^n \bar{x}_j^{(i)}$	Республика Татарстан, Красноярский край	Новосибирская и Свердловская области, Пермский край	Челябинская, Нижегородская области
Группа № 2 Внутренние факторные показатели контроллинга и эккаунтинга нацпроектов в МОСУЗ (П11-П23)	Где: $\bar{x}_j^{(i)}, x_j^{(i)}$ – соответственно нормированное и фактическое значение факторного i-го показателя для J-субъекта РФ по группам; $x_{\min}^{(i)}, x_{\max}^{(i)}$ – соответственно минимальное и максимальное значения i-го показателя для J-субъекта РФ.		I_j – значение комплексного показателя для j-ой территории; n – число показателей, используемых при расчете данного комплексного показателя.	Свердловская, Нижегородская области	Красноярский, Пермский края, Челябинская область	Республика Татарстан, Новосибирская область
Группа № 3 Факторные показатели обратной связи со стейкхолдерами и СМИ в МОСУЗ (П24-П30)				Свердловская область, Красноярский край	Республика Татарстан, Новосибирская область	Пермский край, Челябинская область
РАНГОВОЕ МЕСТО СУБЪЕКТОВ РФ ПО ВСЕЙ СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ П1-П30				Свердловская область, Красноярский край	Республика Татарстан, Новосибирская, Нижегородская области	Пермский край, Челябинская область

Источник: составлено автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Выводы по главе 3

1. Применение принципов моделирования параметров системы экономических отношений в сфере здравоохранения на основе специальных математических методов, инструментов эккаунтинга, контролинга позволяет рассматривать территориальные фонды ОМС в качестве главного экономического агента государства, от финансовой устойчивости которого во многом зависит эффективность функционирования производителей бесплатной медицинской помощи территориальному населению.

2. В качестве альтернативного варианта преодоления распределения федеральной субвенции ОМС между субъектами РФ может быть предложена сценарная модель использования системы показателей. Обобщение комплексного индикативного оценивания новой емкости региональной экономики ОМС может опираться на учет:

– *внешних по отношению к работе институтов здравоохранения факторов среды ведения деятельности*: особенности половозрастного состава населения; уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации социально значимыми и финансово емкими заболеваниями; индикаторы публичных обязательств для достижения параметров национальных приоритетов развития здравоохранения субъектами РФ (показатели обозначены П1-П10);

– *внутренних факторов эффективности бизнес-процессов, методов планирования в системе плательщиков (ТФОМС, СМО)*: применимость методик балансировки объема ОСУЗ по видам и условиям оказания медицинской помощи населению субъектов РФ; наличие текущего контроля за финансовым обеспечением доступности для населения всех половозрастных групп высокочувствительных (научно-технических, технологических) методов лечения; работа по совершенствованию принципов агрегирования и тарификации ОСУЗ; наличие ресурсов для опережающего контроллинга медико-социальной, экономической эффективности работы в региональном сегменте ОМС медицинских организаций разных уровней по оплате оказанных услуг (показатели обозначены П11-П23);

– репутационной зрелости информационных коммуникаций со стейкхолдерами. Деловая репутация – это объективная общественная измеримая оценка экономических, социально-правовых, этических и пр. свойств участников системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования (фондов обязательного медицинского страхования, медицинских и страховых медицинских организаций), влияющая на объем и распределение находящихся в их распоряжении финансовых средств (показатели обозначены П24-П30).

ГЛАВА 4. АПРОБАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В ЭКОНОМИКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС

Реализация и апробация предложенных в предыдущих главах работы подходов представлена в данной главе. В соответствии с выводами, сделанными в предыдущих главах настоящего исследования, современный стратегический менеджмент ОСУЗ базируется на предложенной автором «стейкхолдерской концепции». Этот подход подразумевает активное внедрение бизнес-процессов, основанных на проектном управлении для оптимизации и рационализации производства услуги, с одной стороны, и высокую ориентированность на конечного потребителя – с другой. Иными словами, с точки зрения стейкхолдерской концепции ценность обязательной страховой услуги как социального блага определяется уровнем взаимодействия между производителями и потребителями ОСУЗ.

В рамках механизмов современного менеджмента в системе обязательного медицинского страхования территориального фонда ОМС Свердловской области⁷ в 2014-2015 гг. была проведена операционализация целей развития ОСУЗ на пятилетний период до 2020 года. Ключевыми индикаторами достижения целей названы:

1. Рост эффективности учета в программах ОМС повышенного спроса потребителей на высокотехнологичные методики и услуги, определяющие вектор реализации национальных приоритетов здравоохранения и индикаторов демографической политики (таблица 4.1).

2. Повышение качества формирования и экономического обоснования стандарта ОСУЗ (таблица 4.2).

3. Обеспечение экономической устойчивости производителей ОСУЗ и минимизации их финансовых рисков в условиях заданного федерального (территориального) лимита финансирования (таблица 4.3).

⁷ Характеристика ТФОМС ОМС Свердловской области представлена в Приложении 2.

4. Развитие стратегии вовлечения стейкхолдеров в деятельность системы ОМС и повышения корпоративной социальной ответственности ее участников (на примере страховых медицинских организаций) (таблица 4.4).

Таблица 4.1 – Макет карты улучшений и роста эффективности учета в региональных программах ОМС национальных приоритетов и индикаторов демографической политики

Задача	Целевые параметры реализации	Критерии достижения целевого параметра (конкретная цифра целевого параметра)
Объективный и корректный учет национальных приоритетов и индикаторов демографической политики при формировании и (или) реализации территориальной программы ОМС	Стоимость и доступность дорогостоящих ОСУЗ растут как в целом, так и по группе потребителей старше трудоспособного и старческого возраста	Увеличение расходов на дорогостоящие ОСУЗ (услуга с коэффициентом затрат>3) в 2019 году не менее чем на 300% по сравнению с 2014 годом
		Обеспечение кратности обращений за ОСУЗ в условиях круглосуточного стационара/ОСУЗ с применением высоких технологий среди потребителей в возрасте старше 60 лет в 3 и 4 раза чаще среднего показателя по субъекту
	Рост стоимости и доступности услуг лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, как наиболее влияющих на инвалидизацию и смертность населения, при одновременной минимизации рисков финансовой устойчивости производителей ОСУЗ	Объем расходов на лечение онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний вырос в 2019 году на 300% и 400% соответственно в сравнении с уровнем 2014 года

Источник: составлено и предложено автором на основании анализа данных [73; 125; 155]

Таблица 4.2 – Макет карты улучшений для роста качества формирования и экономического содержания ОСУЗ в Свердловской области в 2015-2019 годах

Задача	Целевые параметры реализации	Критерии достижения целевого параметра
Совершенствование медико-экономического содержания ОСУЗ	Медико-социальное содержание ОСУЗ является достаточным и в полной мере соответствует потребностям рынка потребителей	В структуре оказанных ОСУЗ доля высокотехнологичных затратных и новых технологий лечения составляет не менее 30%

Продолжение таблицы 4.2

Задача	Целевые параметры реализации	Критерии достижения целевого параметра
	Плановые расходы производителей на оказание ОСУЗ соответствуют подходам по способам оплаты, рекомендованным ФОМС и принятым в субъекте РФ	Региональный перечень ОСУЗ превышает аналогичный федеральный перечень не менее чем на 30%
		Региональная тарифная политика позволяет в 90% случаев нивелировать колебания объемов фактически оказанных ОСУЗ над их утвержденными значениями
	Экономическое содержание стандарта ОСУЗ способствует росту технологичности медицинской помощи без рисков соплатежей населения	Контроль сроков оказания ОСУЗ и кратности услуг с учетом диагноза в 100% способствует более точной компенсации затрат производителям услуг
		Рост медико-экономического содержания ОСУЗ сокращает в 1,5 раза сроки их предоставления, повышает доступность бесплатной медицинской помощи
		Ежегодно на 2-3% сокращается число фактов софинансирования ОСУЗ за счет личных средств потребителей

Источник: составлено и предложено автором на основании анализа данных [73; 125; 155]

Таблица 4.3 – Макет карты обеспечения экономической устойчивости производителей ОСУЗ Свердловской области и минимизации их финансовых рисков в условиях заданного федерального (территориального) лимита финансирования 2015-2020 гг.

Задача	Целевые параметры реализации	Критерии достижения целевого параметра
Повышение (сохранение) уровня финансовой устойчивости производителей ОСУЗ	Обеспечена минимизация рисков финансовой устойчивости производителей ОСУЗ	Просроченная кредиторская задолженность производителей ОСУЗ отсутствует (по состоянию на 01.01 каждого года)
		Остатки на счетах производителя страховой услуги (в среднем по субъекту) превышают общий фонд оплаты труда организаций в месяц не менее чем на 100%
		Покрытие расходов производителей ОСУЗ I уровня за счет средств ОМС составляет не менее 90%

Продолжение таблицы 4.3

Задача	Целевые параметры реализации	Критерии достижения целевого параметра
	Мощности производителей ОСУЗ оптимизированы и соответствуют потребностям региональных потребителей	Коечный фонд производителей ОСУЗ, а также средняя длительность пребывания на койке круглосуточного стационара сокращены к 2019 году не менее чем на 15% от уровня 2014 года
	Уровень оплаты труда всех категорий медицинских работников соответствует нормативным правовым актам РФ (субъекта РФ)	Уровень оплаты труда врачей составляет не менее 200% от средней заработной платы по субъекту. Уровень оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала составляет не менее 100% от средней заработной платы по субъекту

Источник: составлено и предложено автором на основании анализа данных [73; 125; 155]

Таблица 4.4 – Макет карты вовлечения стейкхолдеров в деятельность системы ОМС и повышения корпоративной социальной ответственности ее участников (на примере страховых медицинских организаций)

Задача	Целевые параметры реализации	Критерии достижения целевого параметра
Повышение уровня деловой репутации системы ОМС (в т. ч. путем реализации стратегии вовлечения ключевых стейкхолдеров)	Повышение узнаваемости и позитивного имиджа системы ОМС среди стейкхолдеров (в т. ч. потребителей ОСУЗ)	Обеспечение позитивных упоминаний в СМИ в объеме не менее 0,002 публикации на 1 застрахованное лицо ежегодно
Реализация принципов корпоративной социальной ответственности страховых медицинских организаций	Расширение инструментов взаимодействия с застрахованными гражданами / потребителями ОСУЗ	Личное информирование и консультирование не менее 25% застрахованных граждан ежегодно по вопросам обеспечения и защиты прав пациентов при получении ими ОСУЗ
	Формирование резерва «нецелевых» финансовых средств для повышения качества и доступности ОСУЗ в субъекте	Формирование финансового резерва в сумме не менее 0,15% от общего объема финансирования ОСУЗ в субъекте

Источник: составлено и предложено автором на основании анализа данных [73; 125; 155]

Актуальность выбранных индикаторов базируется на социально-демографических, макро- и мезоэкономических факторах и параметрах рыночного

спроса, характерных для области предоставления страховых услуг в сфере здравоохранения.

Остановимся подробнее на мерах обеспечения роста эффективности учета в программах ОМС повышенного спроса потребителей на высокотехнологичные методики и услуги, определяющие вектор реализации национальных приоритетов здравоохранения и индикаторов демографической политики.

По нашему мнению, к социально-демографическим факторам, влияющим на операционализацию целей фондов ОМС в современных условиях, следует отнести текущие и «мишенные» показатели смертности населения субъекта РФ, а также текущую и перспективную половозрастную структуру потребителей ОСУЗ.

В соответствии с параметрами государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года» общий показатель смертности от всех причин должен сократиться с 14,15 на 1000 случаев в 2015 году до 13,0 (на 1000 населения) в 2020 году; уровень смертности от болезней системы кровообращения – с 691 в 2015 году до 644,8 (на 100 тыс. населения) в 2020 году; уровень смертности от злокачественных новообразований – с 219,8 в 2015 году до 192,7 (на 100 тыс. населения) в 2020 году.

Задача по общему и профильному снижению смертности реализуется на фоне значимого демографического сдвига в сторону старших возрастов среди совокупной группы получателей обязательных страховых услуг здравоохранения на территории Свердловской области (рисунок 4.1).

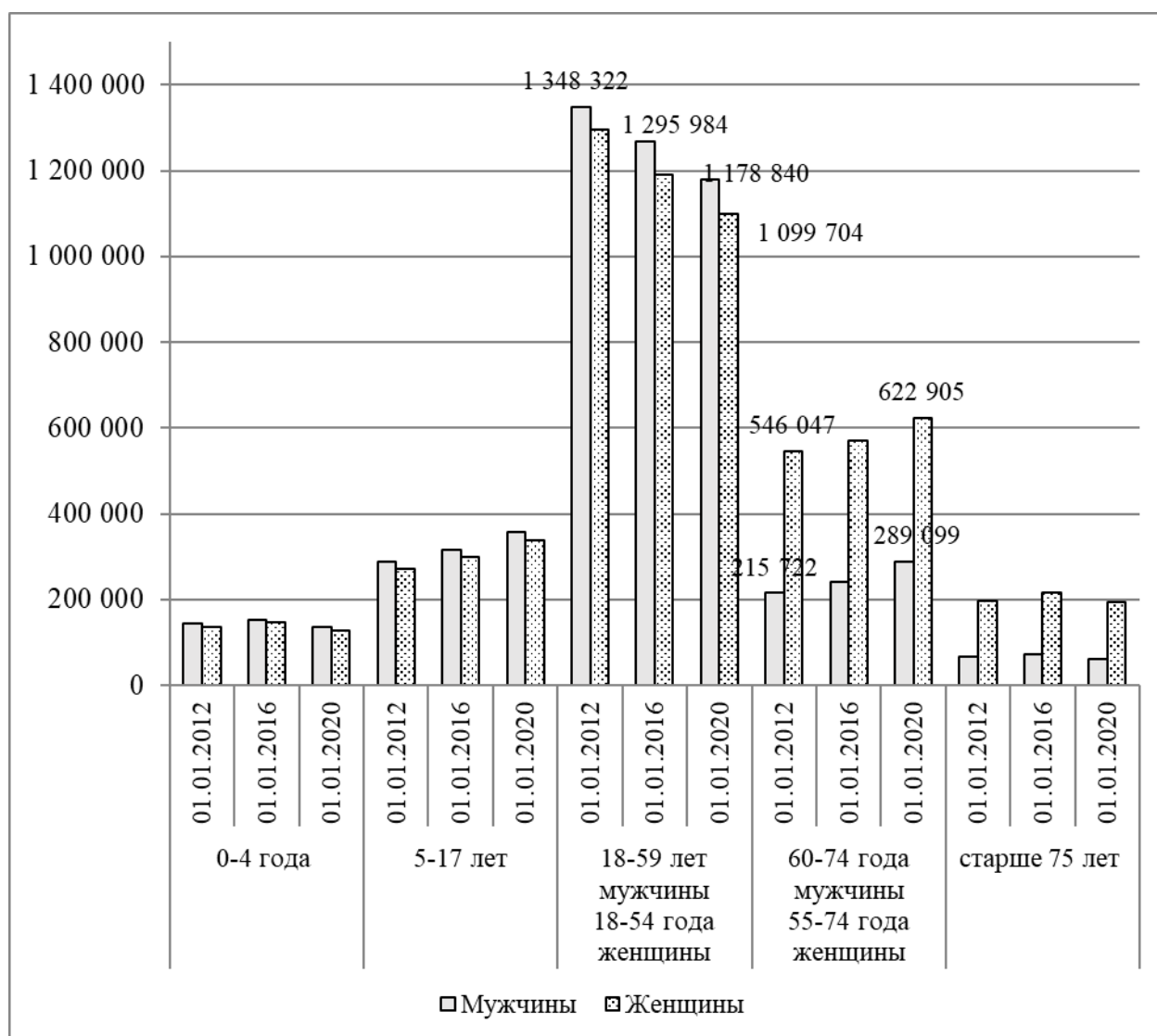


Рисунок 4.1 – Динамика половозрастного состава застрахованных по ОМС в Свердловской области в 2012-2020 годах (тыс. человек)

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Как видно на рисунке 4.1, за последние 9 лет (с 2012 по 2020 гг.) число трудоспособных граждан, имеющих право на получение страховой услуги, сократилось в среднем на 13,5%. Количество граждан старше трудоспособного возраста, напротив, за анализируемый период выросло среди мужчин и женщин на 14% и 34% соответственно.

Старение населения создает объективные риски, связанные с изменением структуры медицинской помощи и ростом в ее потребности – особенно в части

онкологических патологий и заболеваний системы кровообращения, как наиболее влияющих на инвалидизацию и смертность.

Важно отметить, что используемая в данном исследовании и представленная наглядно на рисунке 4.1 половозрастная градация потребления ОСУЗ – деление всех получателей ОСУЗ на 5 половозрастных групп – не используется в традиционной практике расчетов в системе ОМС. При этом отмеченный подход может показать объективные региональные различия спроса, что крайне важно для определения предельного лимита финансирования ОСУЗ из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования и перераспределения федерального пуллинга средств между субъектами РФ. Кроме того, отмеченную в работе особенность потребительских предпочтений, связанных с возрастом и полом, необходимо учитывать внутри субъектов для распределения средств между страховыми компаниями в соответствии с половозрастным составом застрахованного населения.

В этой связи также отметим, что структура медико-социального содержания ОСУЗ, а также размер тарифного возмещения их стоимости в старшей возрастной группе (75+) значительно отличаются от аналогичных показателей для более молодых возрастов и зависят в основном от повышенного потребления услуг. Выявленный ранее общий тренд на объектах исследования подтверждается динамикой увеличения кратности обращения старшего поколения застрахованных в ОМС граждан Свердловской области за стационарной медицинской помощью (рисунок 4.2).

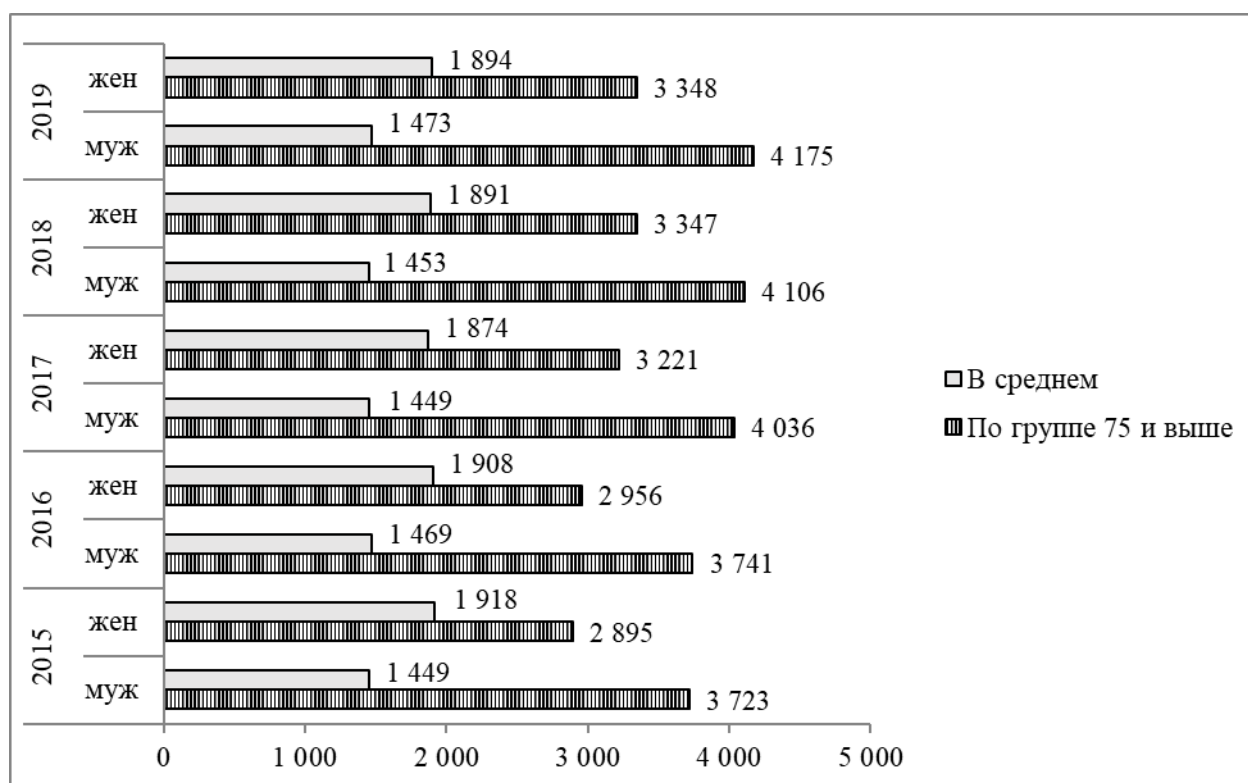


Рисунок 4.2 – Частота обращения за ОКУЗ в условиях круглосуточных стационаров среди разных половозрастных групп застрахованных, случаев (Свердловская область, на 10000 застрахованных)

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Как видно на рисунке 4.2, частота обращений за ОКУЗ в условиях круглосуточного стационара среди мужчин старшей возрастной группы составляет 4175 случаев, что в 2,8 раза больше количества обращений в среднем мужчин иного возраста на 10 тысяч потребителей в 2019 году.

Кроме того, весьма показательной в этой связи выглядит динамика обращений за наиболее дорогостоящими ОКУЗ с применением высокотехнологичных методов лечения. Мужчины и женщины старшей возрастной группы обращаются за подобными услугами, соответственно, в 3 и 4 раза чаще, чем все остальные категории застрахованных граждан (рисунок 4.3).

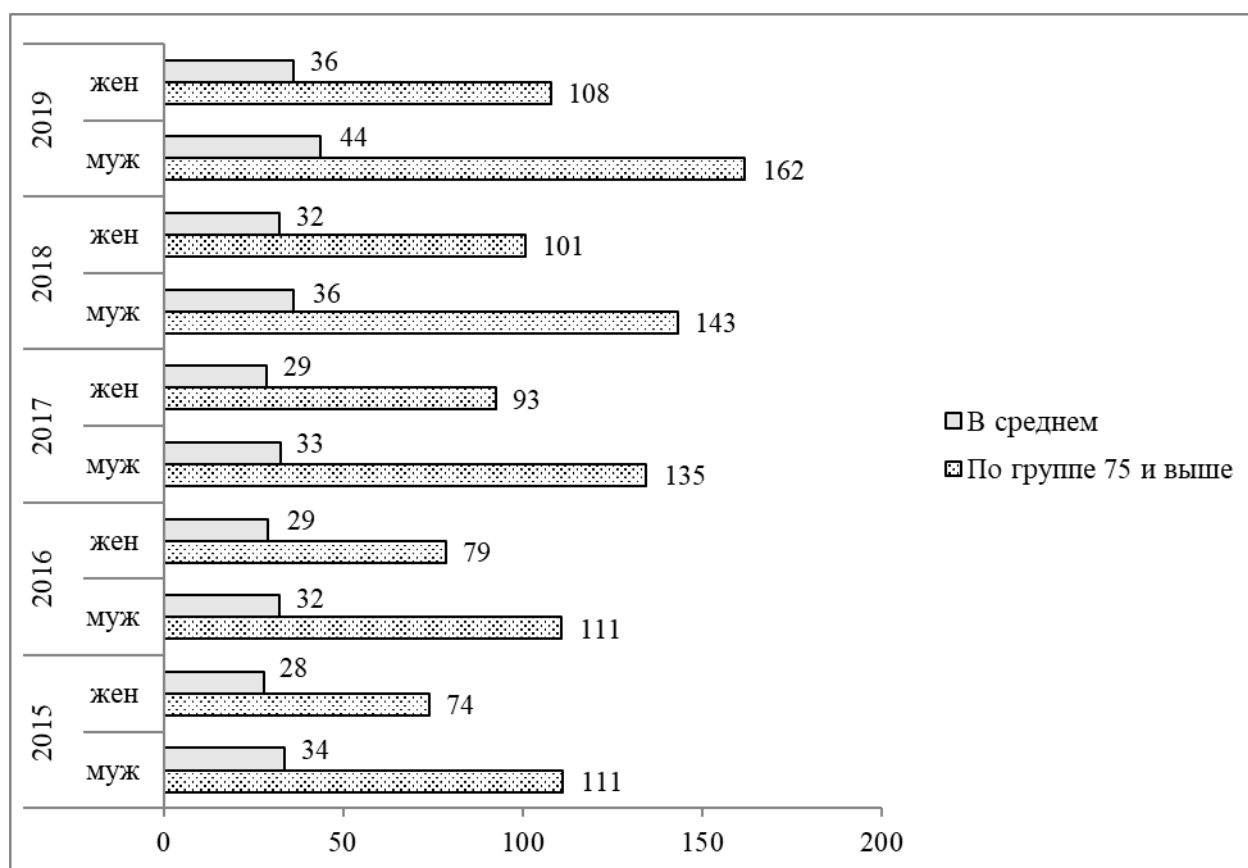


Рисунок 4.3 – Частота обращений за ОКУЗ с применением высокотехнологичных методов лечения среди разных половозрастных групп застрахованных, случаев (Свердловская область, на 10000 застрахованных)

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Таким образом, представленные на рисунках 4.1-4.3 демографические особенности рынка потребителей ОКУЗ в Свердловской области подтверждают выявленные тренды развития системы ОМС в исследуемых 8 субъектах РФ. Они состоят в том, что системные социально-демографические задачи сферы здравоохранения реализуются на фоне возрастающей роли обязательного медицинского страхования как ключевого финансового института, обеспечивающего доступность ОКУЗ для населения.

Вместе с тем изменение подходов к финансированию, выбор приоритетов в пользу повышения технологичности и стоимости услуги приводят к естественному перераспределению объема и средней стоимости оказываемой населению медицинской помощи. Так, при общем росте расходов на ОКУЗ,

оказанных в условиях круглосуточного стационара, за 6 лет примерно на 40% расходы на менее затратные страховые услуги (входящие в диагностические комплексы с коэффициентом оплаты менее 3) выросли только на 12%. При этом расходы на дорогостоящие ОСУЗ (с коэффициентом оплаты более 3) выросли за тот же период почти в 5 раз (рисунок 4.4).

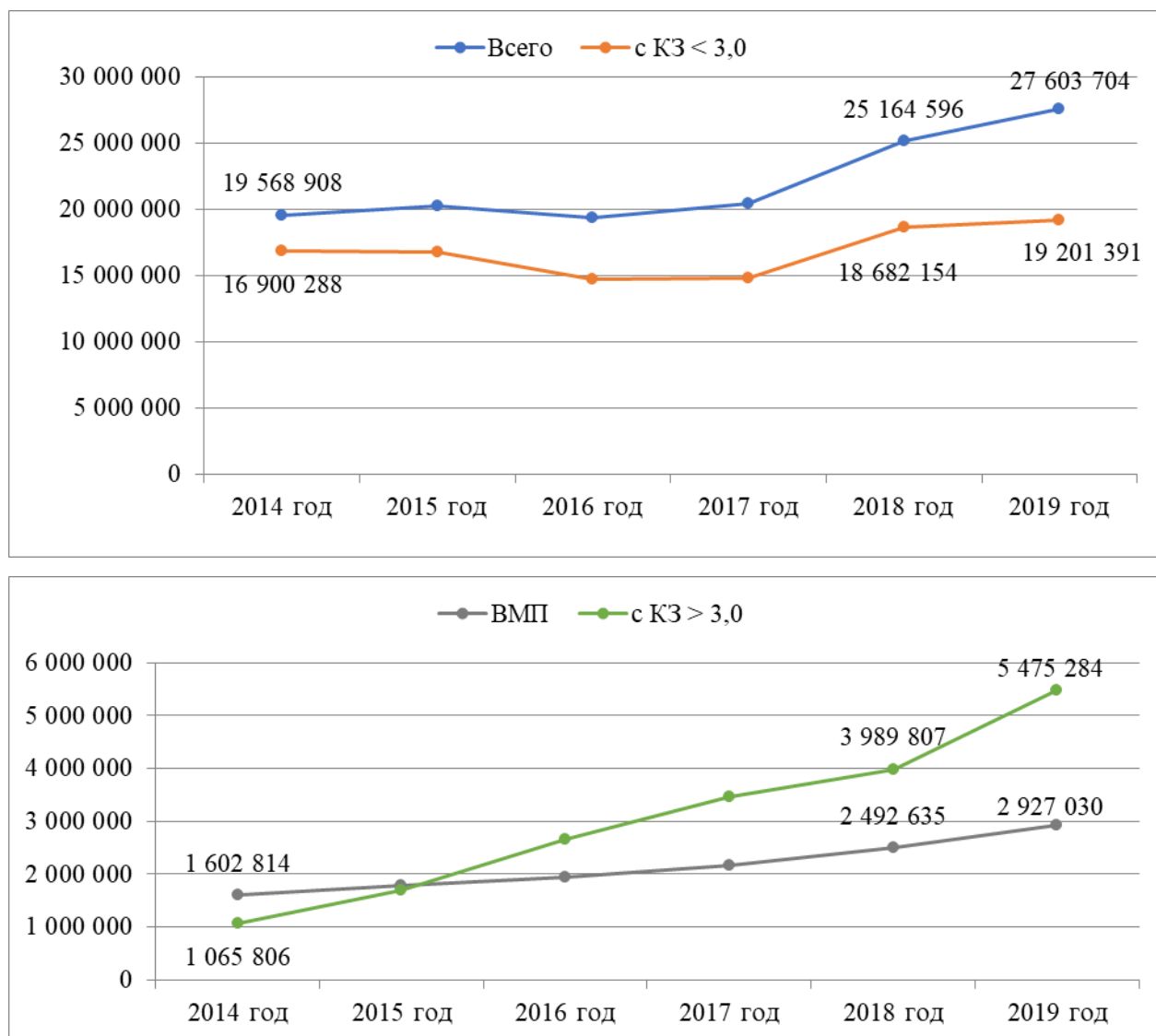


Рисунок 4.4 – Динамика стоимости ОСУЗ в системе ОМС Свердловской области в 2014-2019 гг. (млн руб.) в стационаре, 2020 г., случаи госпитализации

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Изменение медико-экономического содержания ОСУЗ естественным образом привело к социальному совершенствованию услуги. Так, например,

расходы на ОСУЗ по онкологии и заболеваниям системы кровообращения – ключевым причинам инвалидизации и смертности населения в субъекте – выросли за 5 лет в 2,71 раза и в 1,47 раза соответственно (таблица 4.5).

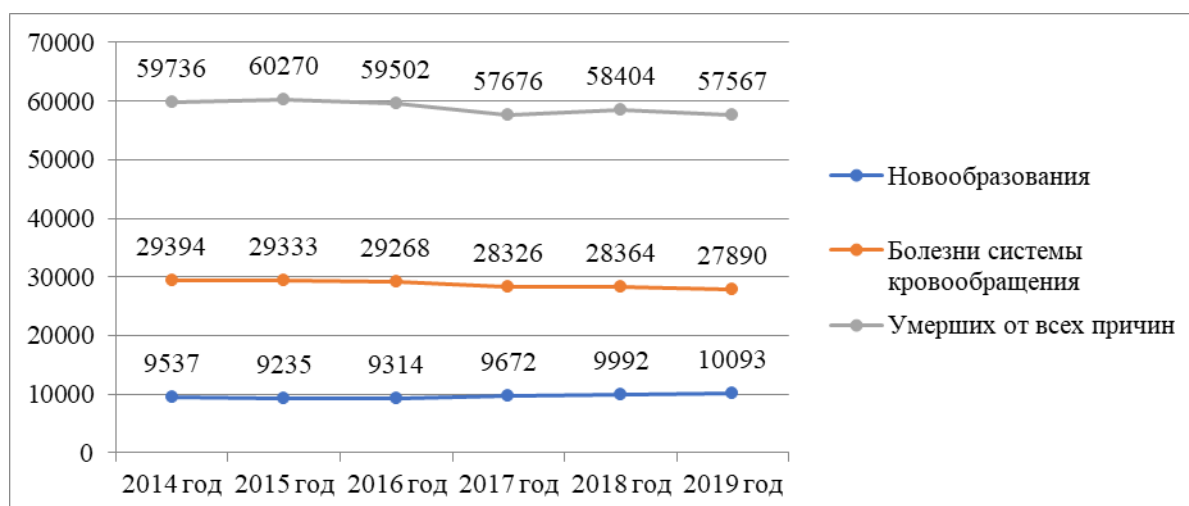
Таблица 4.5 – Динамика финансирования ОСУЗ по профилям «Онкология» и «Болезни системы кровообращения» за счет средств системы ОМС Свердловской области в 2015-2019 гг. (тыс. рублей)

Профиль ОСУЗ	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год
Онкология	1 731 190	1 742 131	2 444 670	2 819 516	4 668 949
Болезни системы кровообращения	4 521 885	4 347 632	4 842 891	5 956 297	6 661 966

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Косвенным подтверждением корректности выбранной субъектом политики, связанной с тактикой и стратегией формирования социально-демографических индикаторов в работе участников ОМС, могут выступать показатели смертности населения от основных классов заболеваний (рисунок 4.5).

Как видно из рисунка 4.5, смертность от онкологических заболеваний в 2019 году превышает фактические показатели 2014 года на 5%, при этом смертность от заболеваний системы кровообращения снизилась на 10%, а общая смертность – на 4% в сравниваемых периодах. Учитывая общую тенденцию к увеличению доли возрастного населения среди получателей страховой услуги, а также объективный временной лаг между внедрением тарифного решения и его влиянием на объем и структуру заболеваемости и смертности, выбранную субъектом политику по совершенствованию медико-экономического и социального содержания ОСУЗ можно считать корректной.



**Рисунок 4.5 – Смертность населения Свердловской области
от отдельных классов болезней в 2014-2019 гг.**

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Остановимся подробнее на механизмах обеспечения следующей стратегической задачи в деятельности ТФОМС Свердловской области: «повышение качества формирования и экономического обоснования стандарта ОСУЗ».

В целом в Российской Федерации, по официальным данным, доля средств ОМС в общем объеме финансового обеспечения деятельности медицинских организаций, участвующих в производстве и реализации ОСУЗ, составляет в среднем более 66%. В маломощных медицинских организациях, расположенных в небольших муниципальных образованиях и оказывающих, преимущественно, амбулаторную помощь, доля средств ОМС достигает 90-95% от общего объема финансирования (рисунок 4.6).

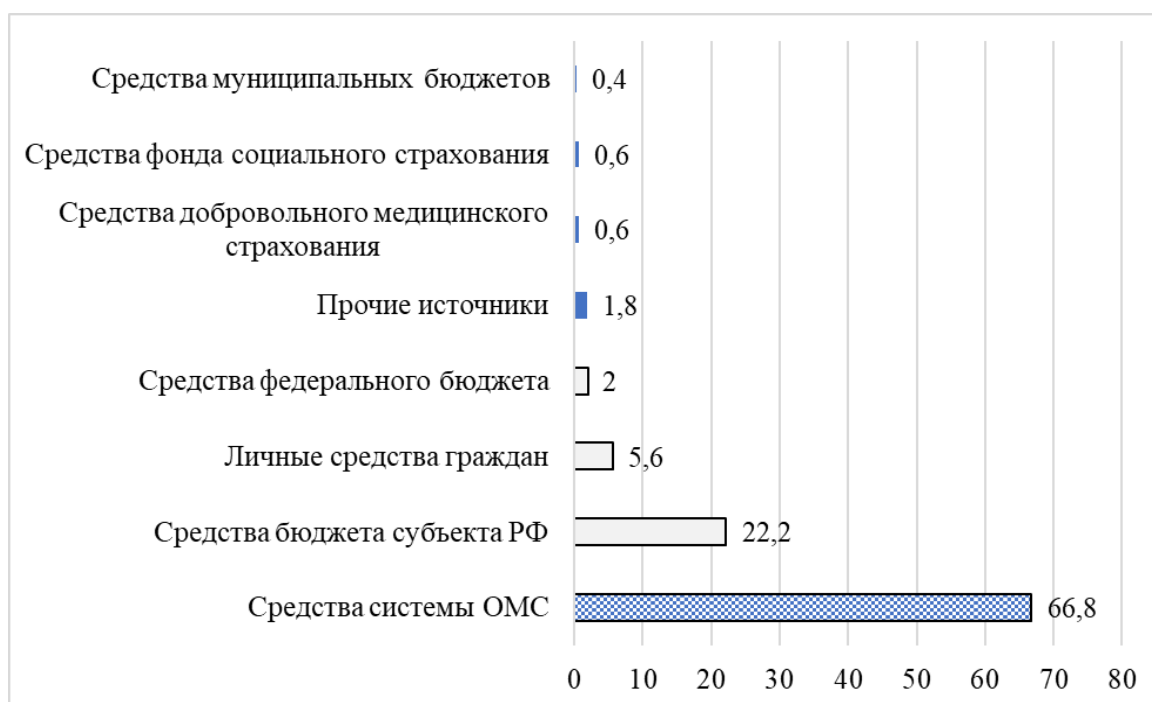


Рисунок 4.6 – Долевое распределение источников финансирования медицинских организаций, участвующих в реализации программ бесплатного предоставления населению услуг здравоохранения в рамках государственных полномочий, %, 2019 г.

Составлено автором на основании открытых данных ФГБУ «ЦНИИОИЗ» в сопоставлении с данными информационной системы ТФОМС Свердловской области

Эта общефедеральная структура финансирования системы здравоохранения характерна и для Свердловской области, где средства ОМС составляли более 70% общего бюджета здравоохранения в 2015 году и более 68% в 2019 году (таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Объем финансовых средств, направленных на здравоохранение Свердловской области, в разрезе источников финансирования

Наименование источника финансирования	2015		2019	
	тыс. рублей	%	тыс. рублей	%
Областной и федеральный бюджеты (без платежей на ОМС неработающего населения)	18 283 912,40	28,91%	25 067 301,90	30,08%
Местный бюджет	652 625,00	1,03%	1 056 891,60	1,27%
Бюджет ТФОМС	44 285 183,20	70,02%	57 190 387,30	68,62%
Платные медицинские услуги для населения	22 956,30	0,04%	33 765,20	0,04%
ИТОГО	63 244 676,90	100,00%	83 348 346,00	100,00%

Источник: составлено автором на основании [88-89]

Таким образом, операционализация целей развития ОСУЗ в Свердловской области базировалась на текущих и целевых демографических и экономических параметрах. В ее основу легли принципы эккаунтинг-менеджмента, подробно описанные автором в теоретической части настоящего исследования. Это значит, что при формировании стратегических задач ключевыми аспектами стали своевременное выявление проблем и рисков, оценка резервов и полноценное использование имеющегося финансового, технического и интеллектуального потенциала институтов, обеспечивающих производство страховых услуг здравоохранения.

4.1. Совершенствование экономического обеспечения тарифов ОСУЗ в динамике планирования программ ОМС, бесплатных для застрахованного населения

Совершенствование медико-экономического содержания ОСУЗ напрямую связано с изменением подходов к формированию тарифа на страховую услугу. В 2014 году во всех субъектах РФ ОСУЗ были объединены в диагностически сопоставимые комплексы: фактически это значило, что тарифы на все страховые услуги, сходные по объему затрат и потребляемым в ходе производства услуги ресурсам, будут одинаковыми. В отличие от действующей ранее модели, такой подход к тарификации ОСУЗ не учитывал модель конкретного потребителя услуги, но вместе с тем способствовал более корректному прогнозированию объема доходов и расходов лечебного учреждения и повышению прозрачности, эффективности и качества лечения.

Переход на новые способы оплаты страховой услуги в системе ОМС Свердловской области совпал с формированием эффективной маршрутизации пациентов в соответствии с профилем их заболевания и тяжестью состояния. В этих условиях взвешенная тарифная политика, обеспечивающая корректное финансирование медицинской организации в соответствии с уровнем и объемом оказываемой медицинской помощи, во многом способствовала поддержанию финансовой устойчивости системы здравоохранения региона.

Отметим особенности региональной модели обязательного медицинского страхования, к которым отнесем:

- большое количество медицинских организаций разной формы собственности (областных, муниципальных, федеральных, частных, ведомственных);
- значительное число стандартизованных тарифов на ОСУЗ, формирующих основные потребности застрахованного населения.

Данные факторы определили участие Свердловской области в разработке и совершенствовании комплексов ОСУЗ, в том числе путем проведения повторного анализа затрат медицинских организаций на оказание страховой услуги в стационарных условиях (таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Динамика тарификации ОСУЗ на федеральном и региональном уровнях в 2014-2020 годах

Механизм оплаты страховой услуги в системе ОМС	Оплата по стандарту помощи с унифицированным тарифом	Оплата в соответствии с комплексом страховой услуги по годам 2014-2020						
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Период	До 2013 года							
	Количество стандартов ОСУЗ	Количество комплексов ОСУЗ						
Федеральный уровень	2914	201	258	308	315	343	359	364
Региональный уровень (Свердловская область)	4730	257	303	331	343	369	377	444

Источник: составлено автором на основании [152] и данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Из таблицы 4.7 видно, что число утвержденных и тарифицированных в субъекте комплексов страховых услуг в течение всего анализируемого периода значительно превышает аналогичный федеральный показатель. Это связано с проведенной на уровне ТФОМС субъекта работой по детальному анализу затрат на производство страховой услуги и утверждением минимальных и максимальных значений коэффициентов ее стоимости в пределах общего установленного лимита финансирования.

Наглядная иллюстрация этой работы приведена в таблице 4.8.

Таблица 4.8 – Перечни диагностически связанных комплексов страховых услуг здравоохранения в федеральной и региональной моделях оплаты

Профиль ОСУЗ	Федеральная модель оплаты ОСУЗ		Региональная модель оплаты ОСУЗ		Основание для расширения перечня коэффициентов оплаты ОСУЗ
	Комплексов всего	Диапазон коэффициентов стоимости	Комплексов всего	Диапазон коэффициентов стоимости	
Офтальмология (хирургические группы)	2	0,7-1,1	5	0,7-2,4	Сложность технологии лечения
Травматология (хирургические группы)	3	1,4-1,9	8	0,8-4,5	Сложность технологии лечения
Реабилитация (в части нейрореабилитации)	0	–	4	1,3-3,7	Тяжесть состояния пациента
Реабилитация (в части кардиореабилитации)	0	–	2	1,3-1,8	Модель пациента (реабилитация после инфаркта миокарда / операций на сердце)
Онкология (в части химиотерапии)	29	0,5-7,92	45	0,5-15,55	Протоколы лечения и стоимость используемого препарата
Кардиология	7	1,12-3,48	9	1,12-4,42	Сложность технологии лечения
Неврология	17	0,74-4,51	18	0,74-4,51	Сложность технологии лечения
Итого	58	–	91	–	

Источник: составлено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Как видно в таблице 4.8, из 12 профилей ОСУЗ, подвергнутых региональной дифференциации, 7 значимо влияют на социально-демографические особенности развития регионального здравоохранения. Учет таких факторов при формировании объемов и стоимости ОСУЗ в региональных программах развития здравоохранения, безусловно, приведет к положительной динамике показателей инвалидизации и смертности населения. Особенно в таких направлениях, как: лечение и реабилитация постинсультных, постинфарктных состояний, травм (таблица 4.8).

Наряду с отмеченными факторами, также основными критериями для расширения перечня коэффициентов оплаты ОСУЗ, указанных в таблице 4.8, по профилям медицинской помощи выступили:

- механизмы возмещения дорогостоящих лекарственных препаратов (при лечении онкологии);
- механизмы возмещения расходных материалов (в лечении травм, проблем в офтальмологии);
- различия в моделях ведения пациентов (нейро- и кардиореабилитация);
- дифференциация технологии оказания медицинской помощи (неврология, кардиология).

Особое внимание, как видно в таблице 4.8, обращают на себя отсутствующие в федеральном перечне комплексы страховых услуг по неврологической и кардиологической реабилитации. Перераспределение установленного лимита средств внутри неврологического профиля позволило ТФОМС Свердловской области внедрить в субъекте услугу по восстановлению пациентов после перенесенных инсультов и черепно-мозговых травм. В течение 2014-2016 гг. такую услугу получили свыше 10,5 тысяч человек, а с 2016 года комплекс страховых услуг по нейрореабилитации в неизменном виде вошел в федеральную модель оплаты. Впрочем, следует отметить, что подобное решение носило не столько имиджевый, сколько социально-экономический характер: по данным аналитической системы ТФОМС, получение услуги реабилитации на 52% сокращает риск повторного инсульта.

Кроме того, внимание к тарификации страховых услуг с учетом половозрастных характеристик потребителей и степени социальной нагрузки заболеваемости на экономически активное население не может не привести к выравниванию в среднесрочной перспективе экономических параметров и структуры бесплатной для населения медицинской помощи.

Внедрение и расширение диагностически связанных комплексов страховых услуг стало не только действенным инструментом модернизации оплаты помощи по существующим профилям заболеваний, но и позволило оперативно обеспечить потребность в финансировании новых, не прогнозируемых ранее случаев лечения.

Так, в 2016 году в период вспышки сибирской язвы в Ямало-Ненецком автономном округе такая модель оплаты позволила оперативно выделить из профиля инфекционных болезней 3 новых комплекса по лечению заболевания у детей и взрослых и наблюдению за контактными пациентами (таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Сведения о стоимости лечения пациентов с диагнозом «Сибирская язва» и подозрением на него в системе ОМС ЯНАО в июле-августе 2016 года

Наименование нового диагностически связанного комплекса	Общее число потребителей страховой услуги (чел.)	Средняя стоимость услуги (руб.)	Сумма выплаченных производителю средств (руб.)
Лечение сибирской язвы (взрослые)	18	94 400	1 699 267
Лечение сибирской язвы (дети)	16	101 250	1 620 064
Наблюдение за пациентами с подозрением на сибирскую язву	54	35 830	1 934 967

Источник: составлено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Ямало-Ненецкого автономного округа

В результате организационно-управленческих технологий при постановке анализа реальных затрат производителя медицинской услуги сформирован тариф, примерно на 80% превышающий средний случай лечения инфекционного заболевания. Это позволило обеспечить выплату более 5 млн рублей без риска снижения доступности прочей оказанной помощи.

В период эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 (далее – НКВИ) положенный в основу разработки комплексов страховых услуг механизм анализа затрат позволил Свердловскому ТФОМС оперативно разработать тарифы на лечение и диагностику НКВИ, а также на долечивание после перенесенной инфекции.

Так, утвержденные тарифы на страховую услугу составили в среднем от 44 до 450 тыс. рублей, а ключевым критерием дифференциации выступила тяжесть состояния пациента и дополнительно применяемые при оказании услуги технологии.

Общий размер затрат системы ОМС на лечение НКВИ в Свердловской области составил около 7,5 млрд рублей (рис. 4.7). И хотя значительная стоимость услуг не могла быть покрыта за счет имеющегося установленного лимита финансирования системы ОМС и потребовала привлечения федеральных средств, накопленный опыт по дифференциации стоимости ОСУЗ позволил избежать радикального изменения способа оплаты медицинской помощи (например, внедрения сметного финансирования), несмотря на существенное изменение структуры оказанных потребителям медицинских услуг (рисунок 4.8).

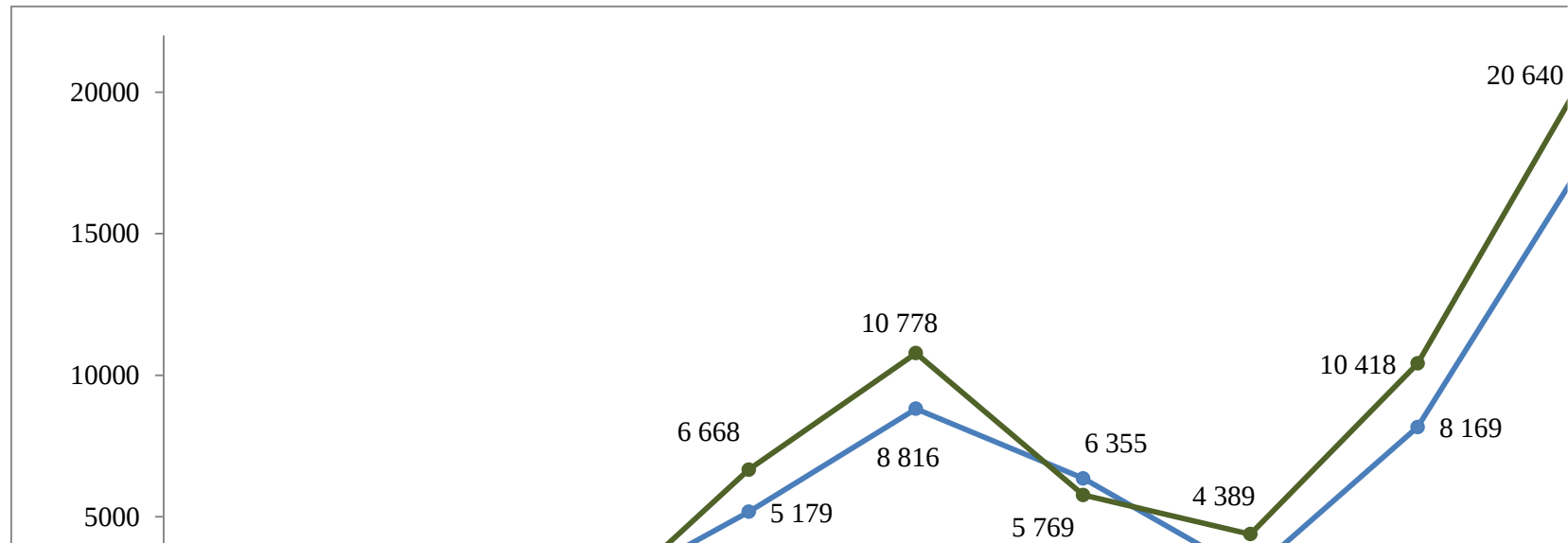


Рисунок 4.7 – Расходы системы ОМС Свердловской области на оплату ОСУЗ при лечении пациентов с НКВИ в 2020 году (дневной и круглосуточный стационары, млн руб.)

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области



Рисунок 4.8 – Структура ОСУЗ в системе ОМС Свердловской области при оказании помощи в круглосуточном стационаре, случаев госпитализаций

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Подробнее остановимся на мерах по обеспечению экономической устойчивости производителей ОСУЗ в условиях принятой методики выделения федеральной субвенции из бюджета ФОМС и действующих правил обоснования объемно-финансовых нормативов территориальной программы ОМС.

4.2. Организационно-управленческие решения для уровня медицинских организаций в ОМС

Решая социальную задачу доступности бесплатной медицинской помощи, в процессе совершенствования стандарта ОСУЗ и их тарифного экономического обоснования менеджмент ТФОМС одновременно реализует стратегическую направленность территориальных программ ОМС на обеспечение финансовой устойчивости производителей страховых услуг.

Отметим, что органы управления здравоохранения субъектов РФ, повышая доступность медицинской помощи населению, оказывают управленческие воздействия на интенсивные и экстенсивные показатели работы поликлиник и стационаров.

В таблице 4.10 представлена динамика занятости койки стационаров (дневных и круглосуточных), что влияет на размер возмещаемых расходов в ОМС.

В анализируемом периоде 2013-2019 гг. оборот коек увеличивается, интенсивность работы производителей услуг приводит к росту количества случаев госпитализаций в счете на оплату.

Таблица 4.10 – Изменение средней длительности пребывания пациента в дневном и круглосуточном стационарах Свердловской области

Период	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Круглосуточный стационар (койко-дни)	10,1	9,7	9,1	8,7	8,6	8,6	8,6
Дневной стационар (пациенто-дни)	10,9	10,0	9,4	9,2	8,7	8,7	8,7

Источник: составлено автором

Как видно из таблицы 4.10, за счет развития технологий, применения более современных и дорогостоящих методов лечения и реабилитации за последние 6 лет средняя длительность пребывания пациента на койке круглосуточного стационара сократилась на 1,5 дня, на койке дневного – более чем на 2 дня.

Повышение эффективности работы койки естественным образом повлияло на сокращение коечного фонда в целом и снизило нагрузку на основные фонды производителей страховых услуг здравоохранения. Как следует из таблицы 4.11, количество коек дневного и круглосуточного стационаров, участвующих в оказании ОСУЗ, сократилось за 7 лет на 21%, и в настоящее время лечебная сеть в большей мере соответствует не исторически сложившимся, а реальным потребностям населения в объемах и структуре оказываемой медицинской помощи.

Таблица 4.11 – Изменение мощности коечного фонда производителей ОСУЗ Свердловской области

Период	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год
Мощность коечного фонда (койки)	29 139	25 700	24 606	24 391	23 641	23 570	23 191

Источник: составлено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

В этом контексте важно отметить и значение развития ОСУЗ для устойчивости региональной экономики. За счет сокращения пребывания пациентов в круглосуточном стационаре на 1,5 дня рост ВРП Свердловской области превысил 1 млрд рублей (таблица 4.12). Значение эффекта получено как произведение величины сокращенного периода пребывания пациентов на стационарной койке, количества пациентов, получивших медицинскую помощь в расчетный период, и валового регионального продукта на душу населения в расчете на 1 календарный день.

Таблица 4.12 – Расчет экономического эффекта от развития ОСУЗ по вкладу в валовой региональный продукт Свердловской области (составлено автором по данным Управления федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области)

Период	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Валовой региональный продукт на душу населения Свердловской области (тыс. рублей; в текущих основных ценах)	363,26	383,85	421,10	487,25	522,16	560,98	586,47
<i>в день</i>	<i>0,9952</i>	<i>1,0516</i>	<i>1,1537</i>	<i>1,3313</i>	<i>1,4306</i>	<i>1,5369</i>	<i>1,6068</i>
Число людей, госпитализированных в круглосуточный стационар, чел.	581 344	576 562	569 715	563 813	548 931	547 850	547 029
Круглосуточный стационар (койко-дни)	10,1	9,7	9,1	8,7	8,6	8,6	8,6
<i>Отклонение</i>	<i>0,00</i>	<i>-0,40</i>	<i>-0,60</i>	<i>-0,40</i>	<i>-0,10</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
Экономический эффект, тыс. рублей	0,00	-242 533,38	-394 368,30	-300 236,03	-78 528,14	0,00	0,00
Экономический эффект (нарастающий итог), тыс. рублей	0,00	-242 533,38	-636 901,68	-937 137,71	-1 015 665,86	-1 015 665,86	-1 015 665,86

Источник: составлено автором на основании [110] и данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Помимо экономического, проведенная работа имела и важный социальный эффект: за счет сокращения времени возвращения потребителя страховой услуги к труду или снижения степени его зависимости от посторонней помощи (в случае невозможности полного восстановления здоровья), как известно, осуществляется поступательное формирование позитивного общественного мнения о роли страховой медицины в жизни человека.

Фактом, подтверждающим адекватность и достаточность внедренных тарифов на ОСУЗ, можно считать и изменившуюся структуру жалоб потребителей страховых услуг. Так, доля жалоб на взимание денежных средств за страховые услуги, гарантированные системой ОМС, сократилась за 6 лет с 16% до 11% от общего числа поступивших в адрес фонда ОМС и страховых медицинских организаций жалоб (таблица 4.12).

Таблица 4.12 – Сведения о числе обоснованных жалоб на качество / доступность ОСУЗ, поступивших в 2015-2020 годах

Период	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Общее количество обоснованных жалоб	255	331	428	476	487	455
<i>в т. ч. на взимание денежных средств при оказании медицинских услуг</i>	42	50	66	62	62	49
Доля жалоб на взимание от общего числа обоснованных жалоб	16%	15%	15%	13%	12%	11%

Источник: составлено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Таким образом, подтверждением эффективности внедрения расширенного комплекса ОСУЗ в Свердловской области стало:

- повышение качества и доступности медицинских услуг (в том числе сокращение очередности на оказание дорогостоящей помощи, улучшение медико-демографических показателей);
- сохранение и (или) незначительное изменение запланированной финансовой емкости профиля и стоимости территориальной программы ОМС в целом;
- обеспечение дифференциации стоимости услуги среди производителей ОСУЗ, отнесенных к различным уровням оказания медицинской помощи в рамках трехуровневой модели здравоохранения;

– рост доли малоинвазивных и малотравматичных вмешательств, повышение оперативной активности, изменение структуры оказания медицинской помощи, в том числе перемещение некоторых технологий из круглосуточного стационара в дневной и в условиях поликлиники, а также сокращение средней длительности койко-дня.

Несмотря на сохранение ключевых индикаторов финансовой устойчивости производителей медицинской услуги (отсутствие просроченной кредиторской задолженности и выполнение нормативных значений по уровню оплаты труда медицинского персонала, наличие остатков на счетах медорганизации-производителя ОСУЗ не менее 1 фонда оплаты труда и т. д.), изменение структуры помощи в пользу более технологичных и затратных случаев создает объективные риски для небольших медицинских организаций, оказывающих преимущественно недорогую амбулаторную помощь (рисунок 4.9).

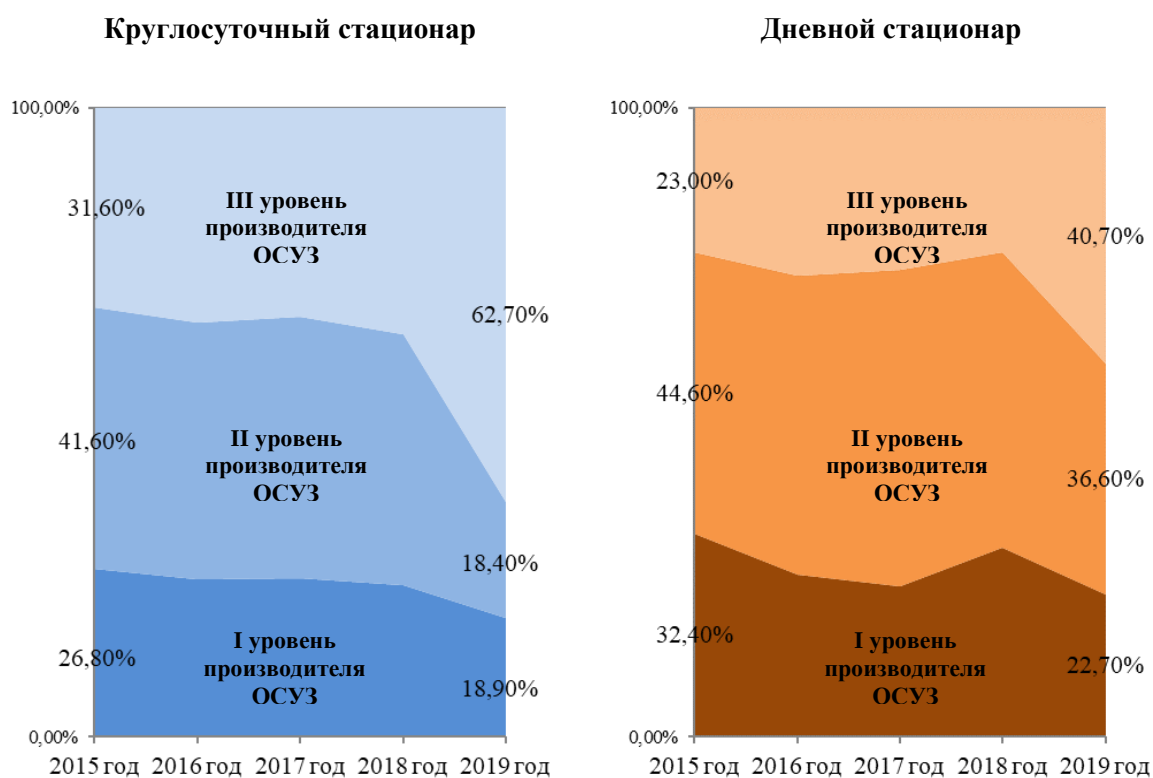


Рисунок 4.9 – Динамика объема финансирования за счет средств системы ОМС медицинских организаций разных уровней в 2015-2019 гг.

Источник: построено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

Из рисунка 4.9 виден рост финансовой емкости организаций III уровня (реализующих специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь) по сравнению с другими медицинскими организациями субъекта.

В условиях ограниченного лимита финансирования ОСУЗ в субъекте такой процесс приводит к естественному сокращению расходов на I уровень производства страховой услуги: услуг первой помощи, услуг врачей участковых и специалистов в поликлиниках по месту жительства, консультаций врачей узких специалистов, клинико-диагностических услуг и иных доступных недорогих услуг массового спроса (рисунок 4.9).

Так, в 2019 году фактические затраты учреждений здравоохранения на оказание медицинской помощи превысили финансирование из средств ОМС на сумму 1,26 млрд рублей, из них 1 млрд рублей – по производителям услуг I уровня (таблица 4.13).

Таблица 4.13 – Соотношение финансирования за счет системы ОМС и фактических затрат производителей ОСУЗ в 2019 году в разрезе уровней оказания медицинской помощи (руб.)

Производители услуг в субъекте РФ по уровням оказания ОСУЗ	Затраты	Финансирование	Отклонение финансирования от затрат	Доля отклонения финансирования от затрат
Итого	58 215 899,02	56 954 030,34	-1 261 868,68	-2,17%
МО 1 уровня	22 049 655,43	21 088 157,18	-961 498,25	-4,36%
МО 2 уровня	11 719 658,56	11 252 931,99	-466 726,57	-3,98%
МО 3 уровня	24 446 585,03	24 612 941,18	166 356,15	0,68%

Источник: составлено автором на основании данных информационно-аналитической системы ТФОМС Свердловской области

В целях увеличения финансовой устойчивости производителей ОСУЗ I уровня в Свердловской области в 2019 году активно использовались инструменты перераспределения средств обязательного медицинского страхования в размере 596 млн рублей, а именно:

- повышенные – по сравнению с федеральными рекомендациями – коэффициенты уровня стационара;
- дополнительные «подушевые» поликлинические нормативы.

Кроме того, предприняты меры поддержки данных производителей ОСУЗ за счет средств областного бюджета (прямые субсидии на 581 млн руб.).

Таким образом, в парадигме развития ОСУЗ сегодня существуют и прямо влияют друг на друга две противоположные тенденции:

- 1) задача по развитию затратной и технологичной медицинской помощи, объективно влияющей на демографические параметры и удовлетворенность потребителя качеством услуги, с одной стороны;
- 2) необходимость реализации преимущественно-социальной функции по поддержке маломощных медицинских организаций – с другой.

Чтобы снизить риск дисбаланса в системе здравоохранения, по нашему мнению, можно рассмотреть возможность внедрения механизма бюджетного финансирования части затрат социальных медицинских объектов, которые возникают у производителей ОСУЗ I уровня (таблица 4.13). Они могут выделяться сверх доходов, полученных из системы ОМС по привычной страховой деятельности.

Рассмотрим подробнее механизмы и инструменты реализации стратегии вовлечения ключевых стейкхолдеров в деятельность системы ОМС и формирование опережающего эккаунтинг-менеджмента в договорных коммуникациях со страховыми медицинскими организациями, администрирующими информационное сопровождение застрахованных граждан.

4.3. Меры повышения профессиональной репутации ТФОМС, влияющие на эффективность коммуникаций участников ОМС и их экономические результаты

Сложность нормативной оценки величины деловой репутации системы обязательного медицинского страхования во многом связана с невозможностью учета этого показателя на балансе организации в перечне нематериальных активов и подробно описана автором в теоретической части настоящего исследования. Между тем косвенные признаки величины гудвилла – наравне с социальными и экономическими параметрами – могут выступать критерием эффективности работы участников ОМС и формировать уровень взаимодействия с гражданами, СМИ, органами власти и иными стейкхолдерами.

В целях решения задач повышения деловой репутации ТФОМС Свердловской области реализует все ключевые внешние и внутренние механизмы, характерные для государственного социального института. Это в том числе развитие тарифной политики в системе ОМС на региональном и федеральном уровнях, модернизация подходов к экспертизе качества медицинской помощи, повышение квалификации персонала и развитие принципов корпоративной социальной ответственности, а также информационная и позиционная работа со СМИ, участие в конференциях и выставочная деятельность. Ежегодная сумма расходов на формирование гудвилла составляет около 6 млн руб. 96% этой суммы – расходы на организацию экспертизы качества медицинской помощи и повышение квалификации сотрудников.

Высокая профессиональная активность обеспечила позитивное присутствие ТФОМС Свердловской области в федеральной повестке, повысила узнаваемость системы ОМС на территории субъекта, о чем свидетельствуюткратно большие – в сравнении с другими регионами – показатели упоминаемости в средствах массовой информации (рисунок 4.10).

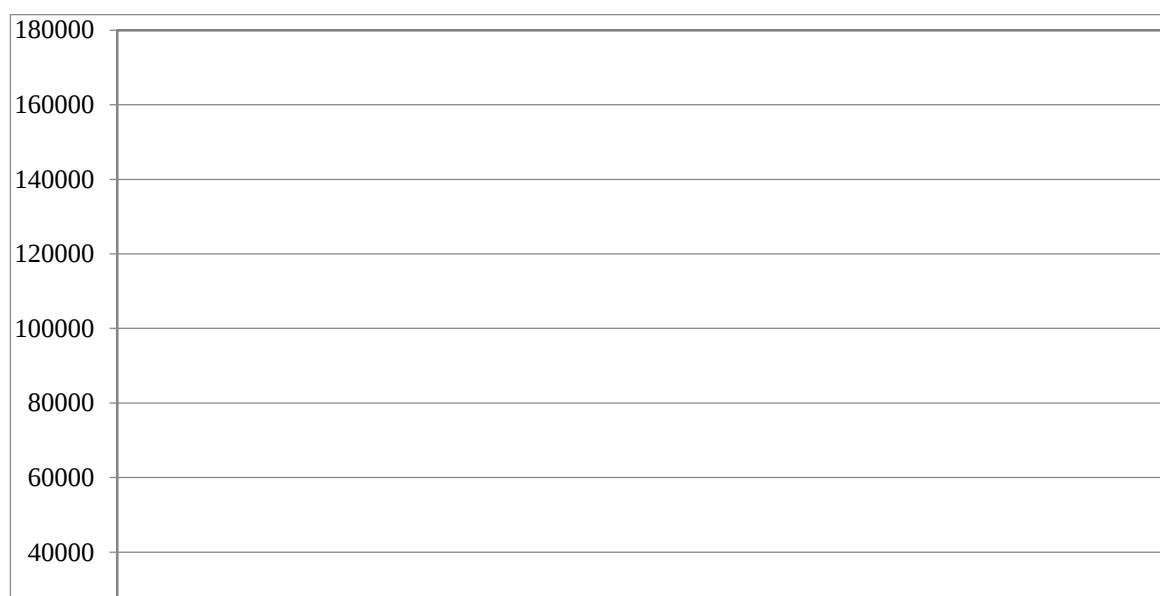


Рисунок 4.10 – Число упоминаний ТФОМС федеральных округов в федеральных и региональных СМИ (уникальные публикации, 2015-2019 гг.)

Источник: построено автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Одной из самых финансово емких позиций расходов ТФОМС остаются расходы на обучение персонала. В течение года программы переобучения и повышения квалификации проходят до 55 сотрудников организации: это более 20% от списочной численности персонала. Общие затраты на обучение находятся в диапазоне от 1,5 до 1,8 млн рублей. Этот показатель расходов, по оценке ФФОМС, остается одним из самых высоких в стране, но позволяет формировать высокую степень лояльности сотрудников организации, ограничить финансовые потери и внести дополнительный вклад в устойчивый позитивный имидж системы ОМС Свердловской области.

Вместе с тем важно отметить, что по данным опросов ВЦИОМ, проведенных в 2018 году, более 89% респондентов в целом знакомы с термином «обязательное медицинское страхование» и в какой-либо степени осведомлены о своих правах при получении помощи по полису ОМС (для сравнения – в 2015 году этот показатель составлял 71%). 52% опрошенных считают обязательное медицинское страхование важнейшей социальной гарантией, предоставляемой государством.

Однако только 3% респондентов оценивают работу страховых компаний как «важную» и менее 10% в целом положительно оценивают работу «системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования». Важно отметить, что эти де-юре автономные сферы даже социологами объединяются в единый институт, что, с одной стороны, значительно искажает и сами исследования, и интерпретацию их результатов. Несмотря на значительные изменения и модернизацию сферы ОМС, произошедшие в последние годы, формирование новых механизмов взаимодействия участников системы ОМС со всеми потенциальными стейкхолдерами (от застрахованных граждан – до органов власти), среди которых, например, формирование института страховых представителей, призванных обеспечивать защиту прав пациентов на всех этапах получения ими медицинской помощи, уровень доверия населения к системе ОМС остается невысоким, а само обязательное медицинское страхование так и не превратилось в самостоятельный, сколь-либо

автономный от системы здравоохранения бренд, институт, имеющий измеримую и изменяемую деловую репутацию.

В контексте этой проблемы важно отметить особенности работы страховых медицинских организаций (СМО) в части формирования общей деловой репутации и корпоративной социальной ответственности системы ОМС.

Процесс консолидации страхового рынка ОМС привел к сокращению числа компаний с 9 в 2015 году до 6 в 2019 году. Одновременно с этим выросло (в среднем по рынку в 1,5 раза) количество застрахованных по ОМС в каждой из страховых организаций, а также объем средств, направляемых на ведение дела СМО (с 44,3 млн руб. в 2015 году до 116 млн руб. в 2019 году).

В 2016 году перед СМО были поставлены задачи по расширению каналов взаимодействия с потребителями страховых услуг, улучшению механизмов сопровождения застрахованных и повышению пациентоориентированности в целом. Результатом этой работы стало:

- Формирование «Института страховых представителей» в количестве 355 чел.
- Организация постов личного присутствия в медицинских организациях субъекта.
- Установка телефонов «прямой связи» с застрахованными в 75 медицинских организациях, а также терминалов с возможностью обратного звонка в страховую компанию.
- Обеспечение 100% охвата граждан информированием о профилактических мероприятиях, диспансерном наблюдении, а также сопровождением пациентов с онкологическими заболеваниями.

Наряду с этим собственные средства СМО с 2015 по 2019 гг. снизились на треть – с 1,2 млрд рублей до 0,8 млрд рублей (таблица 4.14). Одной из основных причин тому послужило формирование нового направления аккумулирования и расходования средств – нормированный страховой запас ТФОМС на финансирование мероприятий по приобретению, ремонту оборудования и обучению медицинского персонала.

Суммарно за 4 года на эти цели сформировано 445 млн рублей, за счет которых приобретено / отремонтировано свыше 140 единиц медицинского оборудования. Однако следует признать тот факт, что направление страховыми компаниями средств в нормированный страховой запас системы ОМС, их участие в модернизации и расширении основных фондов производителей ОСУЗ не только не способствуют улучшению имиджа СМО, но и мало влияют на качество и доступность страховой услуги. Сегодня видится более актуальной идея направления средств, сформированных страховыми компаниями, на стимулирование персональной ответственности участковых врачей при работе с прикрепленным населением. По оценке ТФОМС Свердловской области, размер стимулирующей выплаты при реализации такой задачи будет достигать 10 тыс. рублей на одного участкового терапевта / врача общей практики (при сохранении среднесписочной численности в 616 человек). Эта мера позволит замотивировать специалистов первичного звена к раннему выявлению тяжелых хронических заболеваний и более эффективному сопровождению пациентов с уже установленным диагнозом.

Таблица 4.14 – Сведения о деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС Свердловской области в 2015-2019 гг.

№ п/п	Наименование показателя	Всего	2015	2016	2017	2018	2019	Темп роста 2019/2015
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Всего, собственные средства СМО (стр. 1.1+стр. 1.2), млн рублей	4 349,1	1 191,3	890,5	690,2	779,3	797,9	67%
1.1.	Ведение дела СМО (1% от суммы средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам)*, млн рублей	2 179,2	398,6	387,5	413,0	468,1	512,0	128%
1.2.	Израсходовано средств СМО за счет экспертизы, млн рублей всего, в том числе:	2 169,9	792,7	503,0	277,2	311,2	285,9	36%
	на ведение дела СМО, млн рублей	345,6	125,9	85,3	41,5	48,2	44,8	36%
	целевые средства для оплаты МП, млн рублей	1 379,3	666,8	276,5	136,7	156,2	143,1	21%
	на фин. обеспечение мероприятий в НСЗ ТФОМС**, млн рублей	445,0	0,0	141,2	99,0	106,8	98,0	69%
	Количество СМО, ед.		9	7	6	6	6	67%
	Численность застрахованных на 01 января, млн чел		4,5	4,5	4,5	4,5	4,4	99%
	Застрахованных на 1 СМО, тыс. чел на 1 СМО		498,3	640,0	744,3	742,3	737,6	148%
	Средства на ведение дела на 1 застрахованного		88,9	86,5	92,5	105,1	115,7	130%
	Средства на ведение дела на 1 страховую компанию		44,3	55,4	68,8	78,0	85,3	193%

Источник: составлено автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Примечание:

* с учетом удержаний по приказу ТФОМС за нарушение договорных обязательств

** для НСЗ 2019 к 2016 году

Проведенные мероприятия и анализ реализации операционных целей развития менеджмента ОСУЗ в ТФОМС Свердловской области позволили выполнить все индикаторы, приведенные в таблицах 1-4 настоящего раздела.

Отметим, что по результатам проведенного исследования можно предложить сценарную модель новых подходов к определению предельного лимита финансирования ОСУЗ в субъекте за счет бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Существующая сегодня система распределения средств федерального фонда ОМС между бюджетами фондов ОМС субъектов для определения предельного лимита финансирования ОСУЗ строится на методике 2016 года, которая предполагает использование регламентированного федерального коэффициента дифференциации ($K^{РФКд}$):

$$K^{РФКд} = 0,7 \times \max (K^p; K^{zn}) + 0,3 \times K^{ДБУд}, \quad (1)$$

где:

K^p – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями (равный в ТФОМС Свердловской области 1,158);

K^{zn} – коэффициент уровня среднемесячной заработной платы (равный в ТФОМС Свердловской области 1,122);

$K^{ДБУ}$ – коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг (равный в ТФОМС Свердловской области 0,88), рассчитывается на основе выражения.

$$K^{ДБУд} = 0,22 \times K^{жску} + 0,78 \times K^ц, \quad (2)$$

где: $K^{жску}$ – коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг (равный в ТФОМС Свердловской области 0,863);

$K^ц$ – коэффициент уровня цен (равный 0,885).

Предложен вариант сценарной модели предельного лимита финансирования ОСУЗ в субъекте РФ за счет бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования. Для его определения уточнена существующая с

2016 года методика распределения средств ФОМС между бюджетами ТФОМС субъектов России.

С учетом результатов проведенного исследования предложено весовое значение $0,3 K^{ДБУ\partial}$ в выражении (1) преобразовать в выражение (3) для расчета нового $K^{ДБУ\text{новый}}$:

$$K^{ДБУ\text{новый}} = 0,15 \times K^{ДБУ} + 0,15 \times SKC^u, \quad (3)$$

где:

SKC^u – сравнительный коэффициент субъекта РФ по уровню совокупной интегральной оценки социально-демографической, организационно-экономической и коммуникационной зрелости менеджмента в условиях реализации национальных приоритетов развития здравоохранения, рассчитанный в исследовании на базе 30-ти интенсивных количественных факторных показателей (обобщенный подход – таблица 4.2).

Для расчета SKC^u используется значение достигнутого индивидуального интегрального коэффициента субъекта РФ с учетом оценки достижения 30-ти интенсивных факторных показателей, которое делится на среднеарифметическое значение интегральных коэффициентов, достигнутых во всех сравниваемых субъектах РФ. В главе 3 исследования на базе обобщенных групп показателей представлены значения интегральных значений показателей П1-30 (таблица 4.15).

Таблица 4.15 – Ранжирование близких по численности застрахованных и половозрастному составу субъектов РФ по величине предлагаемого интегрального показателя

Субъект РФ	2015 год		2019 год	
	интегральный	ранг	интегральный	ранг
Свердловская область	0,63815	1	0,57576	1
Нижегородская область	0,35623	7	0,44011	4
Пермский край	0,53471	4	0,40249	6
Красноярский край	0,63638	2	0,57225	2
Республика Татарстан	0,62415	3	0,55895	3
Новосибирская область	0,52027	5	0,41614	5
Челябинская область	0,40393	6	0,34859	7
Среднее арифметическое значение	0,53055		0,47347	

Продолжение таблицы 4.15

Субъект РФ	2015 год		2019 год	
	интегральный	ранг	интегральный	ранг
Отношение интегрального показателя Свердловской области к среднему по рассматриваемым субъектам	1,20281		1,21604	

Источник: составлено и рассчитано автором на основании аналитических данных, представленных субъектами исследования

Как показано в таблице 4.15, находится среднеарифметическое значение, и это полученное значение сравнивается с индивидуальным значением интегрального коэффициента. Например, для Свердловской области частное от деления дает значение 1,216 (таблица 4.15)⁸.

При разных значениях коэффициентов дифференциации федеральной субвенции может обеспечиваться разный уровень наполненности финансами территориальных программ государственных гарантий для застрахованного по ОМС населения, имеющего особенности половозрастного потребления ОУЗ.

Обобщим методический подход в таблице 4.16.

Таблица 4.16 – Критерии определения предельного лимита финансирования ОУЗ в Свердловской области

№ п/п	Показатель	Обозначение показателя	Средний показатель по Свердловской области
1	Сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями	К ^р	1,158
2	Коэффициент уровня среднемесячной заработной платы	К ^{зп}	1,122
3	Коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг	К ^{жк}	0,863
4	Коэффициент уровня цен	К ^ц	0,885
5	Коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг (0,22*стр. 3 + 0,78*стр. 4)	ПР	0,880

⁸ Расчет *СВКС*^{ДЭК} обоснован в исследовании с учетом того, что среднее арифметическое значение интегрального рейтинга по всем объектам исследования в 2019 году – 0,47347; отношение интегрального показателя Свердловской области (равное 0,57576) к среднему по рассматриваемым субъектам составляет в 2019 году – 1,216.

Продолжение таблицы 4.16

№ п/п	Показатель	Обозначение показателя	Средний показатель по Свердловской области
6	Коэффициент дифференциации старый $K = 0,7 \times \max(K^p; K^{zp}) + 0,3 \times \text{ПР}$	K	1,111
7	Коэффициент уровня социально-демографической, организационно-экономической и коммуникационной зрелости	$K^{\text{тех}}$	1,216
8	Коэффициент дифференциации новый $K' = 0,7 \times \max(K^p; K^{zp}) + 0,15 \times \text{ПР} + 0,15 \times K^{\text{тех}}$	K'	1,143

Источник: разработано и рассчитано автором на основании [89]

Применение указанного коэффициента весом в 15% (с одновременным снижением веса коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг с 30% до 15%) для Свердловской области позволило бы повысить коэффициент дифференциации для распределения субвенции ФОМС с 1,111 до 1,143 (таблица 4.16, строка 8).

Правило ограничения значения нового коэффициента при расчетном значении менее единицы по аналогии со стоимостью бюджетных услуг целесообразно применять и при расчете перераспределения субвенции ФОМС по новой методике (таблица 4.15).

Таблица 4.17 – Вариант расчета предельного лимита финансирования ОСУЗ в Свердловской области по методике с применением «коэффициента технологичности»⁹

Наименование показателей	Единицы изм.	2019 год	2019 год (новая методика)	Отклонение «по новой методике»
Численность застрахованных в Свердловской области лиц на 1 января года, предшествующего очередному (на 01.01.2018)	тыс. человек	4 439,849	4 439,849	0,000

⁹ Расчеты коэффициентов технологической эффективности для 7 ТФОМС (объектов исследования) приведены в Приложении 3.

Продолжение таблицы 4.17

Наименование показателей	Единицы изм.	2019 год	2019 год (новая методика)	Отклонение «по новой методике»
Подушевой норматив финансирования	рублей на человека	11 800,2	11 800,2	0,000
Коэффициент дифференциации, установленный для Свердловской области на эти периоды	единиц	1,111	1,143	0,032
Объем субвенции на год	тыс. рублей	58 206 519,0	59 883 338,8	1 676 819,8

Источник: составлено автором на основании [89]

Как видно из таблицы 4.17, результатом введения в расчет коэффициента технологичности станет дополнительное финансирование территориальной программы ОМС в размере 1,7 млрд рублей (при расчете модели на финансовых показателях 2019 года) при достигнутом уровне доступности медицинской помощи и особенностей ее потребления разными половозрастными группами населения области.

На наш взгляд, внедрение методики станет эффективным стимулом для всех институтов регионального здравоохранения, участвующих в производстве ОСУЗ, к повышению доступности, качества и технологичности производимой услуги.

Расчеты по всем семи субъектам по предлагаемой методике приведены в Приложении 5.

Выводы по главе 4

1. Медико-экономическое и медико-социальное содержание страховой услуги находится в прямой зависимости от демографических факторов, а также от технологических, инфраструктурных особенностей системы здравоохранения субъектов.

2. Расширение перечня ОСУЗ и дифференциация их стоимости может объективно влиять на качество и доступность медицинской помощи, степень удовлетворенности потребителей содержанием и объемом предоставляемой

услуги, а также косвенно влиять на отдельные демографические параметры (в т. ч. заболеваемость и смертность).

3. Действующие механизмы формирования тарифов на страховые услуги остаются эффективными даже в условиях резких изменений заболеваемости населения (в т. ч. в условиях пандемий) и не требуют изменения парадигмы финансирования как конкретной медицинской организации, так и лечебной сети в целом. Вместе с тем сегодня объективно необходим поиск новых подходов к финансированию производителей ОСУЗ, выполняющих для населения не только медицинскую, но и социальную функцию.

4. Деловая репутация остается одним из важных активов системы обязательного медицинского страхования как социального института. Поиск новых эффективных направлений расходования средств, полученных в ходе экспертизы страховых услуг, может повысить доверие к системе со стороны как населения, так и иных стейкхолдеров.

5. Определение предельного лимита финансирования ОСУЗ за счет средств системы ОМС в субъектах может учитывать уровень технологичности оказываемой помощи, демографические и иные факторы. Механизм его расчета с использованием дополнительного коэффициента технологичности будет способствовать повышению качества страховых услуг в субъекте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ)

Система менеджмента страховых услуг с момента перехода сферы здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование (2013 год) через систему ОМС и до настоящего времени находится в фокусе национальных интересов отечественного государственного управления. Особенно важен акцент на стратегии социально-экономического развития России, получивший развитие с 2018 года, направленный на рост собираемости страховых взносов в систему ОМС и повышение эффективности расходования ресурсов.

Новые организационные и управленческие решения в системе регионального менеджмента ОМС, направленные на устойчивое развитие медицинских организаций, сохранение здоровья населения и повышение качества медицинской помощи особенно важно обосновывать в научном и практическом аспектах, понимая особенности формирования централизованного фонда финансовых средств.

В этой связи отметим, что запросы общества – социальный заказ для здравоохранения и медицинского страхования в концентрированном виде – сформированы в Указах Президента России 2018-2020 гг., в которых провозглашен курс: на рост ожидаемой продолжительности жизни граждан; снижение показателей заболеваемости и смертности от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний; рост рождаемости и активное долголетие пожилых и пр.

Размер федеральной бюджетной составляющей ведомственных проектов «Здравоохранение» в 2019-2024 гг. составляет чуть более 1,36 трлн рублей, и около 3,3 трлн рублей составили расходы федерального бюджета на проект «Демография».

По статистике национальных счетов России, формируемой до начала всеобщего проектного финансирования социальной сферы (2015-2018 гг.), в структуре валовой добавленной стоимости деятельность в области здравоохранения и оказания социальных услуг не поднималась выше 3,4% (3,2 трлн рублей), прогнозируется на уровне не менее 4-5% после завершения

основных мероприятий федерального проекта и при условии эффективной ее операционализации в субъектах РФ. При этом в структуре общероссийского выпуска доля сферы здравоохранения как отрасли экономики находилась на уровне не выше 2,5% (4,7 млрд рублей) каждый год рассматриваемого периода (в сопоставимых ценах). После восстановления темпов достижения индикаторов национальных приоритетов (к 2030 году), с учетом основных направлений реализации поручений Президента РФ федеральному собранию от 21.04.2021 года, прогнозируется более сбалансированный размер в системе сопоставительных оценок: «выпуск – добавленная стоимость».

В этот период средства обязательного медицинского страхования (ОМС) не опускались ниже 49,5% общей емкости всего рынка медицинских услуг населению России, составив к концу 2019 года около 2,1 млрд рублей. В сравнении в 2019 году доля других финансовых источников в общем объеме рынка медицинских услуг населению составляла:

- 12,5% по средствам федерального бюджета (размер не превышал 537,3 млрд рублей);
- 22,2% (950,8 млрд рублей) по средствам бюджетов субъектов РФ;
- 15,8% (677,69 млрд рублей) по возмездным услугам населению, оказанные в частных и государственных медицинских организациях сверх программы госгарантий бесплатного оказания помощи.

В среднегодовом измерении 2021-2023 гг. размер доходов ОМС будет сбалансирован по расходам и не опустится ниже 2,53-2,75 трлн рублей, около 88% которых формируются за счет страховых взносов: 57% – от фонда оплаты труда работающих; 31% – за неработающее население из бюджетов субъектов России. Порядка 10-12% доходов федерального фонда составят в этот период поступления из федерального бюджета на цели поддержания ряда социальных государственных обязательств, включенных в публичные обязательства, но не являющие прямой функцией фондов ОМС. Каждый год не менее 90% всех доходов ФОМС продолжают направляться в виде прямых инвестиций на развитие 85 региональных моделей финансово-экономических отношений участников системы ОМС.

Обоснованы общие тренды страховой модели и на этой основе осуществлена разработка методических подходов к организационно-экономическим решениям в деятельности участников ОМС в среднесрочной перспективе, что может служить гарантом финансовой устойчивости современного здравоохранения, находящегося в начале реализации национальных проектов – 2030.

Представим основные обобщения трендов страховой модели здравоохранения России в период 2015-2020 гг. и инновации в ее развитии на среднесрочную перспективу, разработанные в результате проведенного исследования.

1. Управление в системе ОМС представляется как императивный метод, выражающийся в нормативных предписаниях, которые должны выполняться всеми участниками медико-экономических отношений. Система централизованного пуллинга средств ОМС рассматривается как элемент государственного регулирования, для которой установлены правила и нормы перераспределения финансового ресурса на реализацию реальных гарантий территориального населения. В этой связи подсистема экономических отношений участников ОМС в региональном сегменте здравоохранения представляет предмет специального изучения. В современной системе ОМС объединены экономическими связями: фонды (федеральный (ФОМС) и 85 территориальных – ТФОМС) – плательщики; страховые медицинские организации (СМО) – 53 организации – агенты плательщика; государственные и частные медицинские организации, участвующие в реализации базовой (федеральной) и территориальных программ ОМС, – 14700 медицинских организаций – производители медицинских услуг; застрахованные граждане – около 144,9 млн человек (по последним оценкам около 98,8% населения от общей численности населения страны, равной 146,7 млн человек) – потребители медицинских услуг.

2. Для оценки прироста ценности общественных благ в сфере здравоохранения при переходе к страховым принципам оплаты медицинской помощи требуются анализ текущего состояния истекшего пятилетнего периода (2015-2020 гг.) и построение трендов на среднесрочную 3-летнюю перспективу в

части развитости финансово-экономических отношений в системе здравоохранения на федеральном и региональном уровнях управления. Эффективность финансовой модели здравоохранения для общества может измеряться с точки зрения отдачи от вложенных в инфраструктуру здравоохранения бюджетных средств, которые дают отдачу в виде снижения показателей нетрудоспособности, заболеваемости, инвалидизации, смертности; роста показателей ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, естественного прироста населения страны и пр. (социальная эффективность). Для групп застрахованного населения страны прирост общественной полезности финансовых вложений в здравоохранение может оцениваться с позиции удовлетворенности качеством, количеством комплексных случаев диагностики и лечения возникающих заболеваний, достаточности отраслевых ресурсов, возможностей для применения передовых достижений медицинской науки (медицинская эффективность). Для агрегированных покупателей, плательщиков за услуги, оказанные в системе здравоохранения застрахованным по ОМС лицам, эффективность деятельности рассматривается с позиций соизмерения затрат вложенных средств и достигнутых социальных и медицинских результатов в деятельности участников системы экономических отношений (экономическая эффективность).

3. На рубеже 3-го десятилетия XXI века сформировалось особое социальное, медицинское и экономическое содержание бесплатных услуг здравоохранения, переданных на оплату в систему внебюджетных страховых фондов ОМС, что обосновывает введение в научно-практический оборот новой дефиниции «обязательные страховые услуги здравоохранения – ОСУЗ». Дефиниция ОСУЗ в отечественной практике имеет обязательный государственный ресурс тарифного страхового возмещения, размер которого должен быть адекватен принципам равнодоступности, бесплатности, массовости потребления социального общественного блага – гарантированных бесплатных медицинских услуг в сфере здравоохранения. Научно-практическая значимость систематизации количественного медицинского наполнения услуг здравоохранения в рамках реализации обязательного социального страхового

заказа заключается в регулировании мезоэкономических отношений по производству, оплате и потреблению профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и иных программ поддержания общественного здоровья населения страны.

4. В действующей финансовой модели здравоохранения для участников экономических отношений производства, потребления услуг общественного здравоохранения выделены следующие классификационные методические подходы к управлению финансовыми средствами:

- внешнее регулирование на основе установления единых правил организации и экономики здравоохранения и финансовое обеспечение государственного заказа;

- внутреннее регулирование на основе правил формирования и экономического обоснования программ ОМС, тарификации страховых услуг и бюджетирования обязательств по способам оплаты счетов медицинских организаций государственной и частной системы, реализующих целевые страховые программы;

- публичное макроэкономическое регулирование отчислений от ВВП на основе национальных приоритетов развития здравоохранения, включая мезоэкономическое внутриотраслевое федеральное и региональное бюджетирование здравоохранения;

- хозяйственное регулирование финансовых ресурсов в микроэкономике организаций-работодателей, производителей услуг здравоохранения, домохозяйств.

Выделены вертикальные и горизонтальные мероприятия регулирования ресурса внебюджетного финансирования охраны здоровья граждан: регулирование со стороны государства ежегодных программ диспансеризации, тарифов и правил обязательного медицинского страхования (вертикальные); регулирование мер корпоративной политики всех организаций народного хозяйства, направленных на поддержание здоровья работников с помощью

развития производственной медицины, добровольного коллективного (личного) страхования (горизонтальные меры).

5. Для экономики средств ОМС методологически важным аспектом функционирования является оценка ее экономической эффективности по набору установленных индикаторов (внешних, внутренних). При этом, как показано в исследовании, во времена перехода в федеральной и территориальных моделях ОМС к реализации разных поручений государства (в лице своих органов) в 2000-2020 гг. менялись медико-социальные задачи и присущие им индикаторы оценки эффективности страховых проектов. В проведенном исследовании для анализируемого периода 2015-2020 гг. выделены следующие основные группы факторов, существенно влияющие на экономическую сбалансированность программ ОМС в субъектах РФ:

– *внешние по отношению к работе институтов здравоохранения факторы среды ведения деятельности*: особенности половозрастного состава населения; уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации социально значимыми и финансово емкими заболеваниями; индикаторы публичных обязательств для достижения параметров национальных приоритетов развития здравоохранения субъектами РФ (показатели обозначены П1-П10);

– *внутренние факторы эффективности бизнес-процессов, методов планирования в системе плательщиков (ТФОМС, СМО)*: применимость методик балансировки объема ОУЗ по видам и условиям оказания медицинской помощи населению субъектов РФ; наличие текущего контроля за финансовым обеспечением доступности для населения всех половозрастных групп высокотратных (наукоемких, технологичных) методов лечения; работа по совершенствованию принципов агрегирования и тарификации ОУЗ; наличие ресурсов для опережающего контроллинга медико-социальной, экономической эффективности работы в региональном сегменте ОМС медицинских организаций разных уровней по оплате оказанных услуг (показатели обозначены П11-П23);

– *факторы репутационной зрелости информационных коммуникаций со стейкхолдерами* (показатели обозначены П24-П30).

6. Выявлен и всесторонне изучен особый импульс для формирования внешних факторов воздействия на эффективность экономических отношений участников системы со стороны нового потребительского спроса, который усилился в период пандемии 2020 года. Связан он с большей социальной направленностью современных ОСУЗ, удовлетворением растущих потребностей пожилого (60-74 года) и старческого населения (75-80), проходящих лечение за счет ОМС. Воздействие растущего спроса на обязательные бесплатные для населения медицинские услуги обострила текущая ситуация массового спроса в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (НКВИ). Тестирование, лечение НКВИ среди населения России оплачивалось из средств территориальных программ ОМС. Обосновано наличие прямого внешнего воздействия на рост массового спроса на бесплатные услуги здравоохранения со стороны изменения доли населения старших возрастов по сравнению с трудоспособным и детским населением России. Потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другим) для лиц старших возрастов в 1,5-3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения, а потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2-4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста. В 2019 году стоимость госпитализации в среднем составила 36042 рублей для обоих полов населения старческого возраста и 39188 рублей – в среднем для обоих полов населения пожилого возраста, что в 1,12-1,2 раза выше аналогичной средней стоимости стационарной медицинской помощи (на уровне 32237 рублей), оказываемой трудоспособному населению обоих полов в 2019 году.

7. В парадигме развития страховых субсидий при передаче для оплаты онкологической патологии, заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, медицинской реабилитации застрахованных по ОМС лиц (включая преодоление последствий НКВИ), профилактических программ и диспансеризации сегодня существуют и прямо влияют друг на друга две противоположные тенденции. Первая обусловлена необходимостью развития

затратной высокотехнологичной медицинской помощи, положительно влияющей на медико-демографические параметры развития региональных сегментов здравоохранения, удовлетворенность потребителя качеством услуги. Вторая связана с соблюдением регламентов, правил и нормативных, регулирующих воздействий, обусловленных размером собранных страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

8. Экономические отношения по регулированию процессов рационального производства, распределения, потребления обязательных страховых услуг отечественного здравоохранения (далее – ОСУЗ) имеют характерные особенности. В целом в Российской Федерации, по официальным данным, доля средств ОМС в общем объеме финансового обеспечения деятельности медицинских организаций, участвующих в производстве и реализации ОСУЗ, составляет в среднем более 66%. В маломощных медицинских организациях, расположенных в небольших муниципальных образованиях и оказывающих, преимущественно, амбулаторную помощь, доля средств ОМС достигает 90-95% от общего объема финансирования. В среднем за ряд допандемийных лет (2015-2019 гг.) до 65% всех средств ОМС в рамках реализации территориальных страховых обязательств концентрируется на оплате счетов круглосуточных стационаров самого высоко (третьего) уровня развития медицинских технологий, материальной обеспеченности и капиталоемкости профильной помощи, кадровой квалификации и уровня сервиса инфраструктуры. До 20% средств на оплату стационарных технологий застрахованному территориальному населению в рамках фактических расходов средств ОМС в субъектах РФ поступает в стационары центральных районных больниц, районных больниц и иные подобные учреждения первого (самого низкого) уровня, в которых доля средств ОМС составляет до 90% всех возмещаемых расходов за оказанные медицинские услуги местным жителям. Развитость медицинских технологий, способов оперативного и медикаментозного сопровождения случаев госпитализации пациентов в таких лечебно-профилактических учреждениях искусственно занижается, что поддерживается региональной маршрутизацией, тарифами ОМС и не создает

мотивационных стимулов к росту квалификации врачей, их профессиональных навыков. Около 20-22% в среднем в программах бесплатной медицинской помощи населению в субъектах РФ составляют стационарные технологии среднего (2-го) уровня, оказываемые в межмуниципальных учреждениях, имеющих сравнительные невысокие размеры нормативной стоимости лечения каждого случая госпитализации, утвержденные программой госгарантий.

Похожие тенденции по доступности прогрессивных методов стационар-замещающих технологий присуще организациям, оказывающим медицинскую помощь в условиях дневных стационаров учреждений, отнесенных соответственно к 1-3 уровням: до 42% средств территориальных программ ОМС идет на финансовое обеспечение работы дневных стационаров 3-го уровня, до 35% – второго и до 23% – первого уровня соответственно.

Необходимость реализации преимущественно социальной функции по поддержке маломощных медицинских организаций (организаций 1-го уровня оказания первичной и специализированной) врачебной помощи не является только функцией страхового обременения, должно предоставляться в форме специального механизма дополнительного бюджетного социального инвестирования.

9. Доказано, что модель здравоохранения – 2030 для мезоэкономических отношений внутри контура «производство – распределение – оплата – потребление» ОСУЗ нуждается в систематизации и описании факторных параметров входных и выходных характеристик, базирующихся на теории социально-экономической эффективности полезной деятельности и лучших практиках индикативного проектного менеджмента. Сформирована сначала теоретико-методическая гипотеза «интегрального социально-экономического индекса региональной экономики ОМС-2020 с учетом особой природы ОСУЗ», а затем доказана возможность ее практического применения в новой экономике ОМС. Предложен вариант сценарной модели предельного лимита финансирования ОСУЗ в субъекте РФ за счет бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования. Размер дифференцированной субвенции может обеспечивать разный уровень наполненности финансами территориальных

программ государственных гарантий для застрахованного по ОМС населения, имеющего особенности половозрастного потребления ОСУЗ. Например, для Свердловской области разница в 0,032 пункта при уточнении нового размера по сравнению с размером действующего коэффициента дифференциации федеральной субвенции привела к дополнительному объему годовых ассигнований на уровне 1 676 819,8 тысяч рублей. Показано, что система корректировок методик федерального перераспределения средств бюджета ФОМС не может оставаться неизменной на протяжении ряда лет, а должна быть оперативной, основываться на мониторинге и внутриотраслевом контроллинге темпов реализации национальных приоритетных индикативных показателей во всех субъектах РФ.

Индикативное планирование здравоохранения с 2018 года выходит на новые национальные цели и приобретает особое место в системе менеджмента ОСУЗ. Выявление трендов взаимовлияния и синергии разнонаправленных показателей социальной, медицинской и экономической эффективности работы сегмента ОМС в общей модели экономических отношений в сфере здравоохранения представляет научно-практический интерес для построения среднесрочных сценарных стейкхолдерских моделей менеджмента.

10. Обосновано, что стратегический менеджмент, который может быть очень эффективен при переходе социальной сферы к проектному управлению, в рамках реализации долгосрочных национальных задач также представляет область знаний с постоянным развитием методологии. Стратегический менеджмент в практической деятельности объектов управления дополняется операционными задачами — происходит так называемая «операционализация» стратегии. На макроуровне управления развивается скоординированная политика достижения национальных приоритетов, затем проводятся мероприятия имплементации стратегии за счет годовых и многолетних планов действий и за счет предоставления адекватных ресурсов для этих целей. Дополнительными инструментами в процессе тактического и стратегического управления в системе здравоохранения и ОМС являются мониторинг и контроль ключевых показателей эффективности, которые с помощью использования систем экспертной оценки в части ключевых факторов создания

стоимости поддерживают внутренний контроль результатов достижения стратегии. Сформирована дефиниция – «менеджмент обязательных страховых услуг здравоохранения» (МОСУЗ). МОСУЗ – это процесс управления, который: с одной стороны, обеспечивает операционализацию стратегии развития здравоохранения на основе координации национальных приоритетов и тактических задач деятельности участников ОМС и органов управления в региональном здравоохранении, с другой – адаптирует внутренние факторы и бизнес-процессы управления деятельностью плательщиков отрасли (фондов, страховых компаний) под внешние условия финансового регулирования, нормативно-правовую среду, медико-демографические характеристики рынка потребителей (клиентов) для решения текущих задач и реализации долгосрочных перспектив деятельности. В противовес сложившейся практике в исследовании обоснована необходимость использования в целях развития государственной системы гарантий новой парадигмы МОСУЗ, учитывающей локальные особенности производства страховых продуктов, а также экономический, медико-демографический и имиджевый факторы. В ней наряду с расширением внутренних информационных коммуникаций с потребителями важную роль играет система операционных задач социальной направленности, способствующих приращению человеческого капитала. При этом гибкий подход к управлению наряду с ситуационным уточнением стратегии проектной деятельности (проектного финансирования) показал эффект включения мониторингов индикативных оценок национальных приоритетов в тактические задачи дирекций ТФОМС.

11. Контент-анализ научных школ менеджмента, всеобщей системы качества менеджмента, инструментов сбалансированных показателей эффективности, инструментов моделирования, а также приемов контроллинга и эккаунтинга и т. п. позволил предложить для системы ОМС стейкхолдерскую концепцию управления. Данная концепция управления ОСУЗ подразумевает: эффективность бизнес-процессов, сопряженных с национальными целями развития здравоохранения; высокую ориентацию на потребителя – застрахованного гражданина с разными половозрастными приоритетами личного

здоровья; учет в корпоративном управлении внутренней культуры организации, социальной активности и социальной ответственности, которые нацелены «внутри» системы ОМС и «на выходе» системы – на поддержание достойного размера оплаты труда медиков за счет страховых средств.

Таким образом, в исследовании сформированы новые подходы к управлению ОСУЗ в системе обязательного медицинского страхования России, которые обладают всеми характерными чертами современного проектного управления и финансирования: нацелены на управление бизнес-процессами, а не функциями (линейное функциональное управление часто характерно для госсектора); формируют результативный, стратегический подход к управлению, доведенный в виде тактических задач до структурных подразделений и сотрудников; учитывают роль корпоративной организационной культуры и инструменты вовлеченности персонала.

При этом научная платформа организационно-экономических решений в управлении региональным сегментом ОМС, разработанная в исследовании, основана на методологии управления изменениями и построения систем сбалансированных показателей. Ее можно с успехом применять в качестве теоретической базы и научно-практических инструментов в МОСУЗ в среднесрочной перспективе для сходных участников системы ОМС. При этом в предлагаемом к внедрению процессном управлении сформированы подходы к построению эффективной системы обратной связи с потребителями, эффективного позиционирования производителей ОСУЗ их коммуникаций с фондами ОМС, страховыми компаниями в региональной системе здравоохранения.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Научно-практическое раскрытие социального, медицинского и экономического содержания государственных социальных стандартов бесплатной медицинской помощи по приоритетным направлениям развития медицинской деятельности, представленное в исследовании в период уточнения индикаторов реализации национальных целей развития здравоохранения России до 2030 года, является вкладом в теорию инноваций в менеджменте участников регулируемого

рынка производства, распределения и потребления обязательных страховых услуг, оказанных населению субъектов РФ.

2. Предложенные управленческие технологии операционализации национальной стратегии развития, эккаунтинга, контроллинга в системе ОМС позволяют моделировать новые бюджетно-страховые гарантии возмещения расходов на лечение страховых случаев в условиях массового спроса и его медико-демографической трансформации.

3. Апробированный в исследовании расчет интегрированного критерия по набору 30-ти факторных показателей показал степень адаптивности страховой модели к потребностям населения, целям устойчивого развития регионального здравоохранения субъекта РФ, а дополнение им действующей методики ФОМС демонстрирует актуальность подходов системы сбалансированных показателей и может составлять основу контроллинга темпов реализации национальных целей и устойчивости их финансового обеспечения. Подход может быть использован при создании единого федерального и региональных сегментов информационного ресурса для участников системы здравоохранения и медицинского страхования.

4. Расширение процессных подходов к управлению региональными финансовыми ресурсами в социально ориентированных отраслях экономики народного хозяйства повышает значимость вовлеченности механизмов управления профессиональной репутацией для всех участников страховой модели: фондов, страховых компаний, лечебно-профилактических учреждений в системах планирования, администрирования и бюджетирования бесплатных медицинских услуг для населения.

5. Предложения по организационно-управленческим решениям в экономике обязательных страховых услуг здравоохранения, обоснованные и апробированные для 7 субъектов РФ и ТФОМС, могут тиражироваться и масштабироваться в субъекты России, а также использоваться для уточнения федерального регулирования обязательного медицинского страхования в «постковидный» период.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аганбегян, А. Г. О проблемах социальной политики / А. Г. Аганбегян. – М. : Издательский дом «Дело» ; РАНХиГС, 2018. – 512 с. – Текст : непосредственный.
2. Адизес, И. Управление жизненным циклом корпорации / И. Адизес. – СПб. : Питер, 2008. – 384 с. – Текст : непосредственный.
3. Актуальные вопросы управления здравоохранением при переходе к цифровой экономике : монография / С. П. Ковалев, П. В. Сороколетов, Е. Р. Яшина [и др.]. – М. : Грифон, 2019. – 344 с. – Текст : непосредственный.
4. Анисимов, А. Л. Честь, достоинство, деловая репутация под защитой закона / А. Л. Анисимов. – М., 2004. – 88 с. – Текст : непосредственный.
5. Анискин, Ю. П. Планирование и контроллинг : учебное пособие / Ю. П. Анискин, А. М. Павлова. – М. : Омега-Л, 2005. – 280 с. – Текст : непосредственный.
6. Антропов, В. В. Модели социальной защиты в странах ЕС / В. В. Антропов. – Текст : непосредственный // Мировая экономика и международные отношения. – 2005. – № 11. – С. 70-77.
7. Багинский, К. А. Имитационные системы принятия экономических решений / К. А. Багинский, М. Р. Конник, М. Р. Левинсон. – М. : Наука, 1989. – 253 с. – Текст : непосредственный.
8. Барлыбаев, А. А. Математические методы в экономической науке: эволюция и перспективы / А. А. Барлыбаев, Г. М. Юнусова. – Текст : непосредственный // Экономический анализ: теория и практика. – 2009. – № 23. – С. 9-14.
9. Барулин, С. В. Финансы / С. В. Барулин. – М. : КНОРУС, 2017. – С. 105-106. – Текст : непосредственный.
10. Биггарт, Н. Социальная организация и экономическое развитие / Н. Биггарт. – Текст : непосредственный // Экономическая социология. – М., 2001. – Т. 2, № 5. – С. 49-58.

11. Бодяко, А. В. Концептуальная характеристика роли бухгалтерского учета и контроля в иерархии корпоративной системы управления / А. В. Бодяко. – Текст : непосредственный // Сибирская финансовая школа. – 2015. – № 3 (110). – С. 68-74.
12. Бодяко, А. В. Концепты «учет» и «бухгалтерский учет» как феномены осмысления целей хозяйствования / А. В. Бодяко. – Текст : непосредственный // Вестник университета. – 2017. – № 10. – С. 62-66.
13. Браун, М. Г. Сбалансированная система показателей: на маршруте внедрения : пер. с англ. / М. Г. Браун. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2010. – 226 с. – Текст : непосредственный.
14. Брейди, М. Новый взгляд на воспринимаемое качество услуг: иерархический подход / М. Брейди, Дж. Кронин. – Текст : непосредственный // Маркетинг и маркетинговые исследования. – 2004. – № 4 (52). – С. 56-68.
15. Брюйн, Х. де. Управление по результатам в государственном секторе / Х. де. Брюйн. – М. : Институт комплексных стратегических исследований, 2005. – С. 30-32. – Текст : непосредственный.
16. Буклемишев, О. В. Эффективное финансовое регулирование и создание мегарегулятора в России / О. В. Буклемишев, Ю. А. Данилов. – Текст : непосредственный // Журнал Новой экономической ассоциации. – 2013. – № 3 (19). – С. 84-100.
17. Бурцев, В. В. Эккаунтинг в управлении корпоративными финансами / В. В. Бурцев. – Текст : непосредственный // Международный бухгалтерский учет. – 2006. – № 8. – С. 39-47.
18. Бухарбаева, Л. Я. Моделирование организационного управления региональной системы здравоохранения / Л. Я. Бухарбаева, Н. Е. Колпакова, М. В. Танюкевич. – Текст : непосредственный // Управление в сложных системах. – Уфа, 2002. – С. 59-69.
19. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Подход к здоровью, рассчитанный на всю продолжительность жизни человека: синергия с целями в области устойчивого развития. – 2018. – Вып. 96, № 1, январь. – С. 1-76. –

URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/1/ru/> (дата обращения: 05.2019). – Текст : электронный.

20. Вебер, Ю. Введение в контроллинг : пер. с нем. / Ю. Вебер, У. Шеффер ; под ред. и с предисл. проф., д.э.н. С. Г. Фалько. – М., 2014. – 416 с. – Текст : непосредственный.

21. Версан, В. Г. Основные цели и направления государственного регулирования в области качества продукции / В. Г. Версан, В. И. Седов. – Текст : непосредственный // Сертификация. – 2005. – № 4. – С. 16.

22. Виханский, О. С. Стратегическое управление : учебник / О. С. Виханский. – М. : Гардарики, 1998. – 296 с. – Текст : непосредственный.

23. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском здравоохранении. Аналитический доклад ЦНИИОИЗ Минздрава России / под общей редакцией академика РАН В. И. Стародубова. – М., 2020. – 145 с. – Текст : непосредственный.

24. Аналитический обзор ВЦИОМ Качество медицинских услуг: запрос населения. – 2018. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-mediczinskikh-uslug-zapros-naseleniya> (дата обращения: 04.2019). – Текст : электронный.

25. Гайдышев, Ш. Х. Анализ и обработка данных : специальный справочник / Ш. Х. Гайдышев. – СПб. : Питер, 2001. – 201 с. – Текст : непосредственный.

26. Гизматулин, Х. Н. Проблемы управления сложными социально-экономическими системами / Х. Н. Гизматулин, Д. А. Ризванов ; Институт экономики. Уральское отделение Академии наук. – М., 2005. – 217 с. – Текст : непосредственный.

27. Гиуффрида, А. Введение в систему клинико-статистических групп: уроки для России / А. Гиуффрида, А. Кацага. – Текст : непосредственный // ОМС в России. – 2013. – № 2. – С. 30-39.

28. Глухов, В. В. Менеджмент : учебник / В. В. Глухов. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб. : Лань, 2002. – 528 с. – Текст : непосредственный.

29. Демина, И. Д. Формирование концепции «корпоративная учетно-контрольная система» как научной и учебной дисциплины / И. Д. Демина. – Текст : непосредственный // Инновационное развитие экономики. – 2017. – № 1 (37). – С. 151-156.
30. Демография. Рождаемость, смертность и естественный прирост. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 27.01.2021). – Текст : электронный.
31. Джакоб, М. Обзор систем оплаты медицинской помощи и реформы механизмов финансирования здравоохранения. Доклад в рамках семинара «Инновационные механизмы финансирования здравоохранения для повышения качества медпомощи: международный опыт, доказательная база и перспективы использования в Российской Федерации» / М. Джакоб. – М., 2011. – Текст : непосредственный.
32. Доклад М. В. Мишустина 23 декабря 2020 года на Совместном заседании Госсовета и Совета по стратегическому развитию и нацпроектам. – URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/64736>. – Текст : электронный.
33. Егоров, Д. Г. Трактовка категории «стоимость» и синтез классического и неоклассического подходов / Д. Г. Егоров. – Текст : непосредственный // Экономический анализ: теория и практика. – 2008. – № 7. – С. 2-12.
34. Еремеев, А. П. Экспертные модели и методы принятия решений / А. П. Еремеев. – М. : МЭИ, 1995. – 250 с. – Текст : непосредственный.
35. Закон Пермского края от 25 декабря 2014 года № 427-ПК «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/423978973> (дата обращения: 26.11.2020). – Текст : электронный.
36. Иган, Дж. Маркетинг взаимоотношений / Дж. Иган. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2008. – С. 3. – Текст : непосредственный.

37. Инструкция по повышению эффективности инвестиционной деятельности организации (Подготовлен для системы КонсультантПлюс). – 2020. – Текст : непосредственный.
38. Информационные системы и технологии в здравоохранении : научные труды всерос. науч.-практ. конференции / под ред. В. И. Стародубова. – М. : ЦНИИЗ, 2003. – 239 с. – Текст : непосредственный.
39. Исмагилова, Л. А. Стратегия принятия решений : учебное пособие / Л. А. Исмагилова, Е. В. Орлова ; Уфимский государственный авиационный университет. – Уфа : УГАТУ, 2005. – 156 с. – Текст : непосредственный.
40. Камерон, Э. Управление изменениями / Э. Камерон, М. Грин. – М. : Добрая книга, 2006. – 360 с. – Текст : непосредственный.
41. Каплан, Р. С. Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию : пер. с англ. / Р. С. Каплан. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Олимп-Бизнес, 2011. – 320 с. – Текст : непосредственный.
42. Килинкаров, В. В. К вопросу о понятии деловой репутации в российском праве / В. В. Килинкаров. – Текст : непосредственный // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – № 1. – С. 16-30.
43. Козлова, Н. П. Особенности формирования деловой репутации современной компании : монография / Н. П. Козлова. – М. : Дашков и К°, 2014. – 376 с. – Текст : непосредственный.
44. Кокинз, Г. Управление результативностью. Как преодолеть разрыв между объявленной стратегией и реальными процессами : пер. с англ. / Г. Кокинз. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2010. – 315 с. – Текст : непосредственный.
45. Кондраков, Н. П. Эккаунтинг для менеджеров: бухгалтерский учет и финансово-экономический анализ : учеб. пособие / Н. П. Кондраков. – М. : Дело, 2008. – 280 с. – Текст : непосредственный.
46. Константинов, А. В. Теория и опыт зарубежных стран в сфере финансового регулирования и их применение в российской системе / А. В. Константинов. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9. – С. 394-398.

47. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). – Ст. 7, 41. – Текст : непосредственный.

48. Котлер, Ф. Основы маркетинга услуг / Ф. Котлер. – СПб. : Корона/Литера-плюс, 1994. – С. 598. – Текст : непосредственный.

49. Коттер, Дж. П. Впереди перемен / Дж. П. Коттер. – М. : Олимп-Бизнес, 2007. – С. 7-23. – Текст : непосредственный.

50. Крылов, С. И. Каскадирование сбалансированной системы показателей / С. И. Крылов. – Текст : непосредственный // Международный бухгалтерский учет. – 2013. – № 44. – С. 2-13.

51. Крылов, С. И. Сбалансированная система показателей как аналитический инструмент стратегического управления в условиях современной рыночной экономики / С. И. Крылов. – Текст : непосредственный // Экономический анализ: теория и практика. – 2007. – № 24. – С. 2-10.

52. Кузин, Д. В. Менеджмент XXI века: новый взгляд / Д. В. Кузин. – Текст : непосредственный // Управленческие науки. – 2014. – № 4. – С. 16-25.

53. Кузьмина, Н. М. Системный подход к управлению изменениями / Н. М. Кузьмина. – Текст : непосредственный // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2007. – № 3. – С. 108-109.

54. Кулапов, М. Н. О некоторых взглядах на менеджмент 3.0 / М. Н. Кулапов. – Текст : непосредственный // Управленец. – 2011. – № 5. – С. 26-28.

55. Кучеренко, В. З. Теоретические основы качества жизни, связанного со здоровьем населения / В. З. Кучеренко, М. Н. Пешков [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 2. – С. 10-15.

56. Лисицин, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицин, Н. В. Полунина. – М. : Медицина, 2002. – 416 с. – Текст : непосредственный.

57. Литвак, Б. Г. Экспертная информация. Методы получения и анализа / Б. Г. Литвак. – М. : Радио и связь, 1982. – 184 с. – Текст : непосредственный.
58. Ляско, А. К. Стратегический менеджмент : учебник / А. К. Ляско. – М. : Дело, 2013. – С. 124. – Текст : непосредственный.
59. Максимова, Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения / Т. М. Максимова. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 192 с. – Текст : непосредственный.
60. Малеина, М. Н. Нематериальные блага и перспективы их развития / М. Н. Малеина. – Текст : непосредственный // Закон. – 1995. – № 10. – С. 104.
61. Мартыянова, Н. А. ОМС в условиях пандемии: реализованные возможности, проблемы и перспективы / Н. А. Мартыянова. – Текст : непосредственный // Современные страховые технологии. – М., 2020. – № 3.
62. Медик, В. А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В. А. Медик, М. С. Токмачев. – М., 2006. – Текст : непосредственный.
63. Менеджмент / под ред. Ж. В. Прокофьевой. – М. : Знание, 2000. – 288 с. – Текст : непосредственный.
64. Минцберг, Г. Мифы и правда о здравоохранении / Г. Минцберг ; пер. с англ. Н. Брагиной, Е. Погосян ; науч. ред. О. Когут. – М. : Манн, Иванов и Ферберг, 2017. – 256 с. – Текст : непосредственный.
65. Минцберг, Г. Школы стратегий / Г. Минцберг, Б. Альстренд, Д. Лэмпел. – СПб. : Питер, 2000. – 330 с. – Текст : непосредственный.
66. Мироненко, А. Комплексный подход к управлению эффективностью корпорации / А. Мироненко. – Текст : непосредственный // Финансовая газета. – 2009. – № 43.
67. Могилевский, В. Д. Методология систем: вербальный подход / В. Д. Могилевский. – М. : Экономика, 1999. – 251 с. – Текст : непосредственный.
68. Моделирование социо-эколого-экономической системы региона / под ред. В. И. Гурмана, Е. В. Рюминой. – М. : Наука, 2001. – 175 с. – Текст : непосредственный.

69. Мэнкью, Н. Г. Принципы экономики / Н. Г. Мэнкью. – 2-е изд., сокращ. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с. – Текст : непосредственный.
70. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ (ред. от 29.12.2020). – Ст. 425. – Текст : непосредственный.
71. Омае, К. Мышление стратега: Искусство бизнеса по-японски / К. Омае. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2007. – 211 с. – Текст : непосредственный.
72. Оценки индекса HCERI в международных исследованиях : отчет НИР госзадания / РАНХиГС. – М., 2019. – Текст : непосредственный.
73. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). – URL: <https://base.garant.ru/72185920/> (дата обращения: 29.11.2020). – Текст : электронный.
74. Первенцева, А. Модель сбалансированного управления в банковской сфере / А. Первенцева. – Текст : непосредственный // Кадровый менеджмент. – 2008. – № 5. – С. 53-56.
75. Питерс, Т. В поисках эффективного управления (Опыт лучших компаний) : пер. с англ. / Т. Питерс, Р. Уотермен. – М. : Прогресс, 1986. – 418 с. – Текст : непосредственный.
76. Постановление Законодательного Собрания Новосибирской области от 11 декабря 2014 года № 221 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/465707288> (дата обращения: 29.11.2020). – Текст : электронный.
77. Постановление кабинета министров Республики Татарстан от 25 декабря 2014 года № 1029 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». –

URL: <http://docs.cntd.ru/document/424078581> (дата обращения: 26.11.2020). – Текст : электронный.

78. Постановление кабинета министров Республики Татарстан от 30 декабря 2019 года № 1258 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/569100076> (дата обращения: 29.11.2020). – Текст : электронный.

79. Постановление Правительства Пермского края от 2 февраля 2019 года № 48-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/550342522> (дата обращения: 26.11.2020). – Текст : электронный.

80. Постановление Правительства Красноярского края от 23 декабря 2014 года № 636-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/430508315> (дата обращения: 26.11.2020). – Текст : электронный.

81. Постановление Правительства Красноярского края от 24 декабря 2019 года № 748-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/561685827> (дата обращения: 26.11.2020). – Текст : электронный.

82. Постановление Правительства Нижегородской области от 23 декабря 2014 года № 928 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/465518161> (дата обращения: 16.11.2020). – Текст : электронный.

83. Постановление Правительства Нижегородской области от 28 декабря 2018 года № 914 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/465587466> (дата обращения: 16.11.2020). – Текст : электронный.

84. Постановление Правительства Новосибирской области от 24 декабря 2019 года № 499-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/465734483> (дата обращения: 29.11.2020). – Текст : электронный.

85. Постановление Правительства Ростовской области от 22 декабря 2014 года № 856 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/423905810> (дата обращения: 29.11.2020). – Текст : электронный.

86. Постановление Правительства Ростовской области от 9 декабря 2019 года № 915 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/561636134> (дата обращения: 29.11.2020). – Текст : электронный.

87. Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией». – URL: <https://base.garant.ru/73849670>. – Текст : электронный.

88. Постановление Правительства Свердловской области от 25 декабря 2014 года № 1207-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области

на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/553232306> (дата обращения: 16.11.2020). – Текст : электронный.

89. Постановление Правительства Свердловской области от 26 декабря 2018 года № 959-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/550302271> (дата обращения: 16.11.2020). – Текст : электронный.

90. Постановление Правительства Челябинской области от 19 декабря 2019 года № 557-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/561693920> (дата обращения: 30.11.2020). – Текст : электронный.

91. Постановление Правительства Челябинской области от 24 декабря 2014 года № 735-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/428542400> (дата обращения: 30.11.2020). – Текст : электронный.

92. Приказ Минздрава РФ от 28.02.2019 № 108н «О правилах организации обязательного медицинского страхования в РФ». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740. – Текст : электронный.

93. Приказ Росстата от 22.11.2010 № 409 «Об утверждении практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения». – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=495480#08091167619263135>. – Текст : электронный.

94. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (разработан

Минэкономразвития России). – URL: https://www.economy.gov.ru/material/directions/makroec/prognozy_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya/prognost_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya_rf_na_2021_god_i_na_planovyy_period_2022_i_2023_godov.html. – Текст : электронный.

95. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2036 года (разработан Минэкономразвития России). – URL: <https://economy.gov.ru/material/file/a5f3add5deab665b344b47a8786dc902/prognost2036.pdf>. – Текст : электронный.

96. Рабочая встреча Президента РФ В. В. Путина с Министром здравоохранения Вероникой Скворцовой 1 августа 2017 года. – URL: <http://kremlin.ru/catalog/keywords/47/events/55278>. – Текст : электронный.

97. Райн, Б. Стратегический учет для руководителя / Б. Райн ; пер. с англ. под ред. В. А. Микрюкова. – М. : Аудит ; ЮНИТИ, 1998. – 616 с. – Текст : непосредственный.

98. Райхман, Т. Менеджмент и контроллинг. Одни цели – разные пути и инструменты / Т. Райхман. – Текст : непосредственный // Международный бухгалтерский учет. – 1999. – № 5. – С. 26-36.

99. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 года № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий („дорожной карты“) „Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения“ (с изменениями на 19 июля 2017 года)». – URL: <http://docs.cntd.ru/document/902392008>. – Текст : электронный.

100. Рева, В. Е. Управление репутацией / В. Е. Рева. – М. : Дашков и К, 2008. – 136 с. – Текст : непосредственный.

101. Рекомендация № CM/Rec(2018)1 Комитета министров Совета Европы «О плюрализме средств массовой информации и транспарентности собственности на средства массовой информации» (Вместе с «Руководящими принципами...») (Принята 07.03.2018 на 1309-ом заседании представителей министров). – URL: <https://rm.coe.int/168097f22a>. – Текст : электронный.

102. Решетников, А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А. В. Решетников. – Текст : непосредственный // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 12. – С. 5-19.

103. Робинсон, Дж. Экономическая теория несовершенной конкуренции / Дж. Робинсон. – М., 1989. – 302 с. – Текст : непосредственный.

104. Романова, О. А. Интегральная концепция контроллинга: актуальность становление и перспективы / О. А. Романова, Л. А. Малышева. – Текст : непосредственный // Экономическая наука современной России. – 2004. – № 1. – С. 80-94.

105. Саати, Т. Аналитическое планирование. Организация систем : пер. с англ. / Т. Саати, К. Кернс. – М. : Радио и связь, 1991. – 224 с. – Текст : непосредственный.

106. Саати, Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий : пер. с англ. / Т. Саати. – М. : Радио и связь, 1993. – 270 с. – Текст : непосредственный.

107. Сайт ВОЗ. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения: 24.05.2018). – Текст : электронный.

108. Сайт РАНХиГС. Гайдаровский форума 14-15 января 2021 года. Прямые трансляции Программы форума. – URL: <https://gaidarforum.ru/ru/> (дата обращения: 14.01.2021). – Текст : электронный.

109. Сайт Росстата РФ. Государственные финансы. Поступление и расходование средств федерального фонда обязательного медицинского страхования. – URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/mgfin25.pdf> (дата обращения: 27.01.2021). – Текст : электронный.

110. Сайт Росстата РФ. Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов в 2019 г. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/11192>. – Текст : электронный.

111. Сальникова, Л. С. Репутационный менеджмент. Современные подходы и технологии / Л. С. Сальникова. – М. : Юрайт, 2013. – 303 с. – Текст : непосредственный.

112. Семенов, В. Ю. Экономика здравоохранения : учебное пособие / В. Ю. Семенов. – М. : МЦФЭР, 2004. – 656 с. – Текст : непосредственный.

113. Сенков, В. А. Совершенствование методики формирования данных и анализа финансового состояния организаций в ходе налоговых проверок с учетом отраслевых особенностей / В. А. Сенков, Т. М. Рогуленко. – Текст : непосредственный // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2015. – № 5. – С. 159-162.

114. Симаков, Д. Б. Менеджмент : учебное пособие / Д. Б. Симаков, З. В. Якобсон, Ю. Г. Терентьева. – Магнитогорск : Изд-во Магнитогорский гос. техн. ун-та им. Г. И. Носова, 2011. – 220 с. – Текст : непосредственный.

115. Синявец, Т. Д. Контроллинг системы управления персоналом как инструмент стратегического менеджмента / Т. Д. Синявец. – Текст : непосредственный // Менеджмент в России и за рубежом. – 2012. – № 3. – С. 95.

116. Советов, Б. Я. Моделирование систем / Б. Я. Советов, С. А. Яковлева. – М. : Высшая школа, 2001. – 358 с. – Текст : непосредственный.

117. Старшее поколение. Федеральная служба государственной статистики. Демографические показатели. Численность населения. – URL: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/#. – Текст : электронный.

118. Стасевич, Д. И. Система оплаты труда на базе сбалансированной системы показателей эффективности / Д. И. Стасевич. – Текст : непосредственный // Нормирование и оплата труда в промышленности. – 2012. – № 5. – С. 61-65.

119. Статистический сборник «Россия в цифрах 2019», раздел. Производство и использование валового внутреннего продукта. табл. 12.1 с. 190; табл. 12.2, с. 191. – URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2019/rusfig/rus19.pdf (дата обращения: 23.10.2020). – Текст : электронный.

120. Статистический сборник Росстата за 2019 год «Россия в цифрах». Раздел «Производство валового внутреннего продукта (в текущих ценах; млрд рублей)», табл. 12.1 с. 190; табл. 12.3, с. 192. – URL:

https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2019/rusfig/rus19.pdf (дата обращения: 23.10.2020). – Текст : электронный.

121. Стратегия развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254). – URL: <http://zdravalt.ru/management/execution-orders/2019-god/o-strategii-razvitiya-zdravookhraneniya-v-rossiyskoy-federatsii-na-period-do-2025-goda-p-3-ukaza-pre.php>. – Текст : электронный.

122. Тихомиров, А. В. Медицинская услуга. Правовые аспекты / А. В. Тихомиров. – М. : Информационно-издательский дом «ФИЛИНЪ», 1996. – 352 с. – Текст : непосредственный.

123. Ткачева, О. Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике / О. Н. Ткачева, Н. К. Рунихина, В. С. Остапенко [и др.] // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 2. – С. 236-242.

124. Томпсон, А. А. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии : учеб. для вузов / А. А. Томпсон, А. Дж. Стрикленд. – М. : ЮНИТИ, 1998. – С. 67. – Текст : непосредственный.

125. Указ Президента Российской Федерации № 474 от 21.06.2020 года «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». – URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/63728>. – Текст : электронный.

126. Указ Президента РФ № 204 от 8 мая 2018 года «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ до 2024 года». – URL: <http://www.kremlin.ru/catalog/keywords/80/events/57425>. – Текст : электронный.

127. Фаенсон, М. И. Инновационный менеджмент : учебное пособие / М. И. Фаенсон. – М. : МГУП, 2002. – 100 с. – Текст : непосредственный.

128. Фалько, С. Г. Контроллинг для руководителя / С. Г. Фалько. – М. : Институт Контроллинга, 2006. – 196 с. – Текст : непосредственный.

129. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России – 2019 г. Основные экономические показатели здравоохранения. Расходы

бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение. – URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm. – Текст : электронный.

130. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 81. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895. – Текст : электронный.

131. Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ (ред. от 28.11.2018) «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» ст. 1. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122459. – Текст : электронный.

132. Федеральный закон от 8 декабря 2020 года № 391 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/46185>. – Текст : электронный.

133. Федеральный закон РФ от 2 декабря 2019 г. № 382-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – Текст : непосредственный.

134. Фейгенбаум, А. Контроль качества продукции / А. Фейгенбаум. – М. : Экономика, 1986. – 471 с. – Текст : непосредственный.

135. Финансовое регулирование. – URL: <http://finansi-credit.ru/finansovoe-regulirovanie> (дата обращения: 02.04.2018). – Текст : электронный.

136. Финансы / под ред. А. Г. Грязновой, Е. В. Маркиной. – М. : Финансы и статистика, 2012. – С. 131-141. – Текст : непосредственный.

137. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования : монография / под ред. В. А. Шелякина, Е. Г. Князевой. – М. : ИД Академии Естествознания, 2018. – 80 с. – С. 6-12, 16-47. – Текст : непосредственный.

138. Фрайлингер, К. Управление изменениями в организации / К. Фрайлингер, Й. Фишер ; пер. с нем. Н. П. Береговой, И. А. Сергеевой. – М. : Книгописная палата, 2002. – 264 с. – Текст : непосредственный.

139. Фридаг, Х. Р. Сбалансированная система показателей: руководство по внедрению / Х. Р. Фридаг, В. Шмидт. – М. : Омега-Л, 2006. – Текст : непосредственный.

140. Хейс, Д. Причинный анализ в статистических исследованиях : пер. с англ. / Д. Хейс. – М. : Финансы и статистика, 1981. – 255 с. – Текст : непосредственный.

141. Хорват, П. Концепция контроллинга: Управленческий учет. Система отчетности. Бюджетирование : пер. с нем. / П. Хорват. – 2-е изд. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2006. – 269 с. – Текст : непосредственный.

142. Цели устойчивого развития в Российской Федерации. 2020 : крат. стат. сб. / Росстат. – М., 2020. – 79 с. – URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ERqpLbXV>. – Текст : электронный.

143. Шамшурина, Н. Г. Тарифная политика в здравоохранении: Нормативные документы с комментариями / Н. Г. Шамшурина. – М. : МЦФЭР, 2005. – 336 с. – Текст : непосредственный.

144. Шамшурина, Н. Г. Ценообразование и прибыль / Н. Г. Шамшурина. – Текст : непосредственный // Здравоохранение. – 1998. – № 1. – С. 25-29.

145. Шелякин, В. А. Financial Innovations in Medical Insurance of the Russian Federation / В. А. Шелякин. – Текст : непосредственный // Mediterranean Journal of Social Sciences. – 2015. – Vol. 6, № 3. – P. 83-93. – DOI: 10.5901/mjss.2015.6n3s3p95.

146. Шелякин, В. А. The Effectiveness of Russian Government Policy to Support SMEs in the COVID-19 Pandemic / В. А. Шелякин. – Текст : электронный // Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity. – 2020. – № 6. – P. 160. – DOI: 10.3390/joitmc6040160. – URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=56646364900>.

147. Шелякин, В. А. Адаптивность оплаты медицинской помощи в обязательном медицинском страховании: международный и национальный опыт / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева. – Текст : непосредственный // Страховое дело. – 2018. – № 12 (309). – С. 51-55.

148. Шелякин, В. А. Вариант реализации пилотного проекта по организации медицинской реабилитации в Свердловской области / В. А. Шелякин, А. А. Белкин, И. М. Трофимов, Т. А. Демина [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 6. – С. 64-72.

149. Шелякин, В. А. Выход из коронакризиса: не без потерь, но с гордостью / В. А. Шелякин. – Текст : электронный // Современные страховые технологии. – 2020. – № 5 (82). – С. 38-41. – URL: <https://www.consult-cct.ru/strahovanie/vyход-iz-koronakrizisa--ne-bez-poter-no-s-gordostyu.html>.

150. Шелякин, В. А. Использование телемедицинских технологий при оказании помощи пациентам с острой церебральной недостаточностью в Свердловской области / В. А. Шелякин, А. М. Алашеев, А. А. Белкин, А. И. Цветков. – Текст : непосредственный // Consilium Medicum. – 2018. – № 20 (2). – С. 18-23.

151. Шелякин, В. А. Конструкция финансового регулирования в системе обязательного медицинского страхования / В. А. Шелякин. – Текст : непосредственный // Урал-драйвер неоиндустриального и инновационного развития России : сборник материалов I Уральского экономического форума 24-25 октября 2019 года / Уральский государственный экономический университет. – Екатеринбург, 2019. – С 235-238.

152. Шелякин, В. А. Методические рекомендации по порядку проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи пациентам с ОНМК на территории Свердловской области / В. А. Шелякин, А. А. Белкин, А. М. Алашеев [и др.] ; Урал. гос. мед. универ. ; АНО ДПО «Клинический институт мозга». – Екатеринбург, 2017. – 38 с. – Текст : непосредственный.

153. Шелякин, В. А. Методологические основы оценки качества государственного и муниципального управления : коллективная монография / В. А. Шелякин [и др.] ; под ред. В. Г. Горба. – Екатеринбург : Уральский институт – филиал РАНХиГС, 2012. – 308 с. – Текст : непосредственный.

154. Шелякин, В. А. Модель перехода к оплате медицинской помощи по КСГ в Свердловской области / В. А. Шелякин, А. Р. Белявский, И. А. Железнякова. – Текст : электронный // Здравоохранение. – 2016. – № 3. – С. 50-63. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26245037>.

155. Шелякин, В. А. Национальная страховая система / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, Е. А. Разумовская, Е. Ю. Половнева ; М-во науки и высшего образования РФ. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2020. – 324 с. – Текст : непосредственный.

156. Шелякин, В. А. О методике расчета дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования / В. А. Шелякин, И. Д. Губарева, Н. Г. Кокшарова. – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – 2012. – Вып. 5. – С. 152-156.

157. Шелякин, В. А. Опыт работы ТФОМС Свердловской области в условиях реализации закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2009 г. № 326-ФЗ в части порядка выдачи полисов ОМС единого образца / В. А. Шелякин, Н. Г. Титкова, Е. А. Петрова – Текст : непосредственный // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. – № 6. – С. 64-67.

158. Шелякин, В. А. Первый опыт мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на этапах интенсивной терапии и реабилитации / В. А. Шелякин, А. А. Белкин, Г. Л. Иванова [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 2. – С. 13-20.

159. Шелякин, В. А. Работа по выделению клинико-статистических групп (подгрупп) / В. А. Шелякин, А. Р. Белявский, И. А. Железнякова, Т. В. Демина. – Текст : электронный // Здравоохранение. – 2016. – № 6. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26322448>.

160. Шелякин, В. А. Разгруппировка клинико-статистических групп как способ оптимизации оплаты помощи по профилю «нейрореабилитация» /

В. А. Шелякин, Т. В. Демина, А. А. Белкин. – Текст : электронный // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. – № 1. – С. 58-63. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29035304>.

161. Шелякин, В. А. Ранжирование доминантных значений бюджетных ресурсов системы обязательного медицинского страхования России / В. А. Шелякин. – Текст : непосредственный // Устойчивое развитие российских регионов: экономическая политика в условиях внешних и внутренних шоков : сборник материалов XII Международной научно-практической конференции. 17-18 апреля 2015 года / ФГАОУ ВПО «УрФУ имени первого Президента России Б. Н. Ельцина». – Екатеринбург : Изд-во УМЦ УПИ, 2015. – С. 465-468.

162. Шелякин, В. А. Региональный опыт совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний: достижения, проблемы, перспективы / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, А. С. Худяев. – Текст : непосредственный // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 1 (11). – С. 47-53.

163. Шелякин, В. А. Удовлетворенность населения Свердловской области доступностью и качеством бесплатной медицинской помощи / В. А. Шелякин, И. Д. Губарева, Н. Г. Кокшарова. – Текст : непосредственный // Вопросы политологии и социологии. – 2012. – № 1 (2). – С. 127-131.

164. Шелякин, В. А. Финансово-организационные новации по оплате медицинской помощи в обязательном медицинском страховании / В. А. Шелякин. – Текст : непосредственный // Финансовая экономика. – 2019. – № 5 (часть 5). – С. 525-527.

165. Шелякин, В. А. Финансово-организационный механизм оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / В. А. Шелякин // Устойчивое развитие российских регионов: от Таможенного союза к Евразийскому : матер. XI межд. науч.-практ. конф. по проблемам экон. разв. в современном мире. – Екатеринбург : УрФУ, 2014. – С. 542-544.

166. Шелякин, В. А. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации : монография / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева,

Е. Н. Валиева, В. В. Фоменко. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2015. – 148 с. – Текст : непосредственный.

167. Шелякин, В. А. Финансы, денежное обращение и кредит: теоретическая модель, вызовы и перспективы развития : монография / В. А. Шелякин, Е. Г. Князева, С. А. Дягтерев, С. А. Мительман [и др.] ; под ред. Е. Г. Князевой. – М. : ИД Академии Естествознания, 2018. – 304 с. – Текст : непосредственный.

168. Шелякин, В. А. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования : монография / В. А. Шелякин, А. В. Березников, Е. А. Береснева [и др.] ; под ред. В. А. Шелякина, Е. Г. Князевой. – М. : ИД Академии Естествознания, 2018. – 80 с. – Текст : непосредственный.

169. Шелякин, В. А. Частные медицинские организации в системе ОМС: преимущества для пациента и риски для государственной лечебной сети / В. А. Шелякин, А. С. Худяев. – Текст : непосредственный // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2020. – № 3. – С. 20-25.

170. Шеховцева, Л. С. Стратегический менеджмент : учебное пособие / Л. С. Шеховцева. – Калининград : Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, 2011. – С. 32. – Текст : непосредственный.

171. Шипова, В. М. Ценообразование в учреждениях здравоохранения / В. М. Шипова, В. Л. Ковалевский, И. В. Бикулич. – М. : ГРАНТЪ, 2004. – 392 с. – Текст : непосредственный.

172. Шишкин, С. В. Квазирынок и роль страховщиков в системе обязательного медицинского страхования / С. В. Шишкин. – Текст : непосредственный // Экономика переходного периода : сборник научных работ. 1999-2002. – М. : Дело, 2003. – С. 876-919.

173. Щепин, О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбрaten, Г. И. Галанова. – М. : Медицина, 2002. – 176 с. – Текст : непосредственный.

174. Эрделевский, А. М. Компенсация морального вреда: анализ и комментарий законодательства и судебной практики / А. М. Эрделевский. – М., 2007. – С. 136. – Текст : непосредственный.
175. Armstrong, M. Performance Management: The new realities / M. Armstrong, A. Baron. – London : CIPD, 1998. – Текст : непосредственный.
176. Definition of Financial Regulation. – URL: <http://www.lexicon.ft.com/Term&term=financial-regulation> (дата обращения: 02.04.2018). – Текст : электронный.
177. Fuks, A. (2009). The military metaphors of modern medicine. Paper presented at the MSO 8th global conference: Making sense of health, illness and disease, July 4 / A. Fuks. – 2009. – URL: http://www.winter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/making-sense-of/health-illness-and-disease/project-archives/8th. – Текст : электронный.
178. Hopfenbeck, W. Öko – Controlling : Umdenken zahlt sich aus. MI: Handcover, 2001. Internationale Controller Verein, ICV / W. Hopfenbeck. – URL: <https://www.icv-controlling.com> (дата обращения: 06.09.2019). – Текст : электронный.
179. Kaplan, R. How to solve the cost crisis in health care / R. Kaplan, M. Porter. – Текст : электронный // Harvard Business Review. – 2011. – № 89 (9). – P. 47-64. – URL: <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>.
180. Porter, M. How physicians can change the future of health care / M. Porter, E. Teisberg. – Текст : непосредственный // Jama. – 2007. – № 297 (10). – P. 1103-111.
181. Weintraub, E. R. How Economics Became a Mathematical Science / E. R. Weintraub. – Durham, NC : Duce University Press, 2002. – Текст : непосредственный.
182. Joumard I. et al.. Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. OECD Economics Department Working Paper No. 627. Paris, OECD Publishing.

183. Berwick D. M., Hackbarth A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 307 (14): 1513-1516.
184. Schwierz C, Medeiros J. European economy. Efficiency estimates of health care systems. Economic Papers 549. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp_549_en.pdf, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
185. Cylus C., Papanicolas I., Smith P., Papanicolas I. Эффективность системы здравоохранения: способы повысить значимость количественной оценки как инструмента для руководителей и разработчиков политики / под редакцией J. Cylus, I. Papanicolas и P. C. Smith. Региональное бюро ВОЗ. Серия «Политика здравоохранения». 2018. № 46. С. 262. (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

**Описание математического аппарата, используемого для функции
моделирования и интегральной оценки факторных показателей
по группам 1, 2, 3, представленных в таблицах Приложения 4**

1 ЭТАП. Выравнивание единиц измерения показателей.

Первичные количественные параметры, выбранные в настоящем исследовании и представленные в таблицах 3.1, 3.3, 3.5, по группам 1-3 имеют разные единицы измерения по годам 2015, 2019 гг.

Выравнивание единиц измерения показателей производилось внутри групп для всех 30 показателей по одинаковым принципам.

Для этого выбиралась функция оценивания показателя (всегда описана словами и представлена в столбце 6 соответствующей таблицы: 3.1, 3.3, 3.5). Функции оценивания задают правило присвоения количественному показателю значения, близкого к 0 (будет низкий ранг) или близкого к 1 (будет высокий ранг). В зависимости от физического смысла каждого конкретного показателя и функции оценивание проводилось по разным алгоритмам: чем больше, тем лучше; чем меньше, тем лучше. В каждом из двух указанных направлений также использовались дополнительные опции. Например, чем больше, тем лучше, но до достижения определенного эталона. Или, например, чем меньше, тем лучше, но в рамках установленного эталонного интервала. Совпадение значений конкретного показателя в субъекте оценивания с эталонным значением и (или) эталонным интервалом значений позволяет присваивать ему высший нормируемый бал – «1». Выход конкретного показателя за границы установленного эталона, эталонного интервала позволяет присваивать субъекту оценки самый низкий бал – «0». При этом осуществляется присвоение разно-измеренным показателям с 1 по 30 значений от 0 до 1 в зависимости от используемых алгоритмов функции оценивания.

Таким образом, в обобщенном виде можно описать процесс приведения всех показателей к нормированным значениям от 0 до 1 следующим образом:

– 1 – это высшая оценка значения нормированного показателя, которая зависит от того, насколько близко конкретный показатель в субъекте РФ

находится к значению установленного эталонного «точечного» или «интервального» значения;

– 0 – это худшая оценка нормированного показателя, значение вышедшего за эталон и (или) эталонный интервал.

2 ЭТАП. Выбор эталона для использования в функции оценивания.

В исследовании используются экспертные мнения при выборе алгоритмов функции оценивания. Для разных показателей используются следующие основные подходы, как правило, описанные в столбцах 7 соответствующих таблиц 3.1, 3.3, 3.5 для трех групп факторных показателей:

1 эталон показателя в среднегодовом моменте («точечный эталон»).

За эталон принимается общероссийский размер исследуемого показателя и (или) используется установленное индикативное значение национальных проектов «Здравоохранение», «Демография». При отсутствии общероссийской статистики, индикаторов национальных проектов за эталон принимается среднегодовое (отдельно в 2015 и в 2019 гг.) значение показателя по субъектам исследования.

2 эталон показателя в среднегодовом диапазоне эталонных значений, имеющих верхнюю и нижнюю границу допустимых колебаний оценок («интервальный эталон»). За эталон принимаются верхняя допустимая среднегодовая цифра и нижняя допустимая цифра, которые нельзя превышать значениями конкретных показателей, измеренных по принятым формулам в субъектах РФ.

3 ЭТАП. Использование разных алгоритмов функции оценивания внутри 1-3 групп факторных показателей и получение их нормированных от 0 до 1 значений.

Функция оценивания № 1 использует алгоритм по правилу: «чем больше, тем лучше». Соответствующая формула приведена в (1)

$$x_j^{(i)} = \frac{x_j^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}{x_{\max}^{(i)} - x_{\min}^{(i)}} \quad (1), \text{ где}$$

$x_j^{(i)}$ – фактическое значение факторного показателя;

$\overline{x_j^{(i)}}$ – нормированное значение факторного показателя;

$x_{\min}$ и $x_{\max}$ – соответственно минимальное и максимальное значения i -го показателя.

Данная функция имеет варианты: «чем больше, тем лучше, но до определенного эталона»; «чем больше, тем лучше, но до эталонного интервала».

Алгоритмы данной функции оценивания применялись к показателям:

- первой группы: П1, П8, П9, П10 (табл. 3.1);
- второй группы: П11, П12, П13, П14, П15, П16, П17, П18, П19, П20, П21, П23 (табл. 3.3);
- третьей группы: П24, П27, П28, П29 (табл. 3.5).

Функция оценивания № 2 использует алгоритм по правилу: «чем меньше, тем лучше».

Алгоритм нормирования выражается с помощью приведенной формулы (2), в которой используются обозначения, уже раскрытые при описании формулы (1).

$$\overline{x_j^{(i)}} = \frac{x_{\max}^{(i)} - x_j^{(i)}}{x_{\max}^{(i)} - x_{\min}^{(i)}} \quad (2).$$

Так как в таблицах 3.1, 3.3, 3.5 для ряда национальных приоритетов и (или) региональных нормативов имелись определенные точечные и интервальные эталоны, то у данной функции имелись вариант оценивания А, Б.

Вариант А представляет нормирование значений показателей по правилу «чем меньше, тем лучше, но до определенного эталонного и (или) среднего по субъектам РФ значения». Алгоритм представлен графически на рисунке 3.3.

Экспертным путем по показателям с такой функцией нормирования определяются максимальное значение нормированного показателя, равное 1, что соответствует достижению значения заданного эталона.

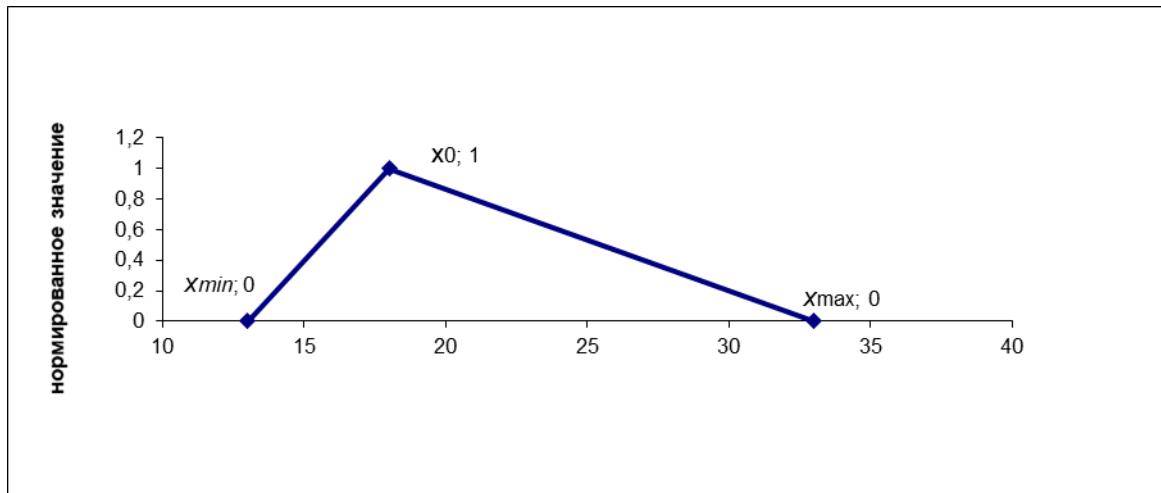


Рисунок 3.3

При этом формулы для расчета нормированного значения показателя будут иметь вид, приведенный в выражениях (3)

$$X_j^{(i)} = \begin{cases} \frac{X_{\max}^{(i)} - X_j^{(i)}}{X_{\max}^{(i)} - X_0^{(i)}}, & \text{если } X_j^{(i)} \geq X_0 \\ \frac{X_j^{(i)} - X_{\min}^{(i)}}{X_0^{(i)} - X_{\min}^{(i)}}, & \text{если } X_j^{(i)} < X_0. \end{cases} \quad (3).$$

Вариант Б представляет нормирование показателей по правилу «чем меньше, тем лучше, но до достижения определенного интервала значений показателя». Алгоритм представлен графически на рисунке 3.4.

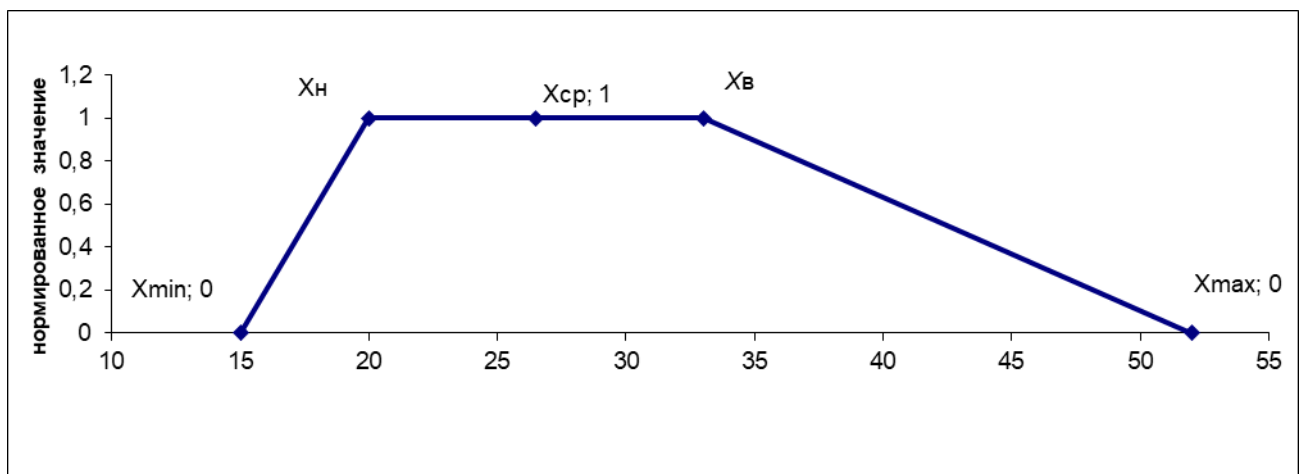


Рисунок 3.4

Экспертным путем устанавливаются границы эталона (x_b и x_n). Для значений больших x_b действует правило «чем меньше, тем лучше», а для значений меньших

x_n – правило «чем больше, тем лучше». Соответствующие формулы расчета нормированного значения представлены в (4).

$$\bar{x}_j^{(i)} = \begin{cases} 1, & \text{если } x_j^{(i)} < x_n \\ \frac{x_j^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}{x_{\max}^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}, & \text{если } x_j^{(i)} < x_n \\ \frac{x_{\max}^{(i)} - x_j^{(i)}}{x_{\max}^{(i)} - x_{\min}^{(i)}}, & \text{если } x_j^{(i)} > x_n. \end{cases} \quad (4).$$

Алгоритмы данной функции № 2 (включая использование вариантов А, Б) применялись к показателям:

- первой группы: П2, П3, П4, П5, П6, П7 (табл. 3.1);
- второй группы: П22 (табл. 3.3);
- третьей группы: П25, П26, П30 (табл. 3.5).

ЭТАП 4. Комплексная оценка показателей группы и присвоение субъекту рангового места от 1 до 7 по уровню достижения высоких / низких значений показателей внутри групп 1-3, а также оценки совокупного общего ранга субъектов.

Группы 1, 2, 3 показателей, представленных в таблицах 3.1, 3.3, 3.5, принимают в итоге нормирования приведение значений к долям единицы (от 0 до 1). По размеру полученных долей того или иного показателя анализируемые субъекты получают возможность иметь ранговое место от 1 (лучшее) до 7 (худшее).

В целом по всем показателям каждой группы определяется *комплексный оценочный показатель*, который рассчитывался как среднее арифметическое соответствующих нормированных значений всех используемых в анализе показателей внутри каждой группы. Значения комплексных оценочных показателей по группам факторов представлены в таблицах 3.2, 3.4, 3.6.

Для описания алгоритма комплексного показателя используется выражение (5):

$$I_j = \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^n \bar{x}_j^{(i)} \quad (5),$$

где

I_j – значение комплексного показателя для j -ой территории;

n – число показателей, используемых при расчете данного комплексного показателя.

ТФОМС Свердловской области, общие сведения

Показатель	Значение
Стоимость Территориальной программы ОМС на 2021 год (тыс. рублей)	63 470 415,6
Численность застрахованных лиц на 01.01.2020 (человек)	4 404 679
Численность застрахованных лиц на 01.01.2021 (человек)	4 384 007
Количество медицинских организаций на 01.01.2021	229
Количество медицинских организаций на 01.08.2021	225
Количество страховых медицинских организаций (филиалов) на 01.01.2021	5
Количество страховых медицинских организаций (филиалов) на 01.08.2021	4
Количество филиалов ТФОМС на 01.01.2021	6
Штатная численность работников ТФОМС по функциям (человек)	
Всего, в том числе:	332
Дирекция	208
Руководство	5
Правовое управление	15
Управление бухгалтерского учета и отчетности	23
Контрольно-ревизионное управление	23
Организационное управление	37
Управление развития обязательного медицинского страхования	26
Управление информационно-технического обеспечения	26
Финансово-экономическое управление	32
Отдел организации контроля объемов и качества медицинской помощи	15
Отдел обеспечения защиты прав застрахованных граждан	6
Филиалы	124
Филиал по городу Екатеринбургу	28
Филиал по Горнозаводскому управленческому округу	25
Филиал по Восточному управленческому округу	19
Филиал по Западному управленческому округу	18
Филиал по Северному управленческому округу	16
Филиал по Южному управленческому округу	18

Таблица 3.1. – Карта экспертной оценки показателей при их выравнивании для целей исследования

Внешние демографические и медико-социальные факторные показатели				
№ п/п	Наименование показателя 1 группы	Единица измерения	Функция экспертной оценки показателя при его выравнивании для целей исследования	Эталонные (средние) значения показателя, принимаемые при ранжировании субъектов РФ по достижению (недостижению) показателя
1	2	4	6	7
1	Общий коэффициент рождаемости в субъекте РФ	Доли 1	Чем больше, тем лучше	Национальный приоритет: лучшие значения – в интервале 0,01-0,012; худшие значения – все, что выше 0,012
2	Общий коэффициент смертности в субъекте РФ	Доли 1	Чем меньше, тем лучше	Национальный приоритет: лучшие значения – не больше 0,0124; худшие – все, превышающие 0,0124
3	Возрастной коэффициент смертности для группы населения субъекта РФ старше трудоспособного возраста	Доли 1	Чем меньше, тем лучше	Средний по субъектам: 2015 год – 0,035; 2019 год – 0,038
4	Смертность от онкологических заболеваний на 100000 населения субъекта РФ	Доли 1	Чем меньше, тем лучше	Национальный приоритет: лучшие значения – меньше 0,0213; худшие – от 0,0214
5	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 100000 населения субъекта РФ	Доли 1	Чем меньше, тем лучше	Национальный приоритет: лучшие значения – 0,065 и меньше; худшие значения – начиная от 0,0651

Продолжение таблицы 3.1

1	2	4	6	7
6	Доля населения старше трудоспособного возраста в общей численности населения субъекта РФ	Доли 1	Чем меньше, тем лучше (для экономики региона)	Росстат эталон: лучшие значения попадают в интервал 0,25-0,3; худшие значения – от 0,31
7	Уровень общей заболеваемости населения в субъекте РФ в сравнении со среднероссийским уровнем заболеваемости населения	Доли 1	Чем меньше, тем лучше	Росстат эталон: лучшие значения попадают в интервал 0-0,78; худшие значения – выше 0,79
8	Коэффициент распределенности (плотности) населения субъекта по сравнению с плотностью населения РФ	Доля 1	Чем больше, тем лучше	Лучшие значения – это приближение к средним по субъектам. 2015 год – 3,25 (у кого 3,25 и выше – тому 1,0; у кого ниже 3,25 – 0). 2019 год – среднее по субъектам равно 3,23 (все, кто выше = 1, а кто ниже = 0).
9	Сравнительная обеспеченность врачами в субъекте РФ и в РФ	Доля 1	Чем больше, тем лучше	Средний по субъектам в 2019 году коэффициент = 0,926; в 2015 = 0,942. 1 получают все, у кого значения в 2019 выше 0,927 и в 2015 выше, чем 0,943. 0 будет у всех в 2019 – до 0,925, в 2015 – до 0,940.
10	Средний размер дохода от трудовой деятельности в субъекте РФ	Рубли	Чем больше, тем лучше	У кого больше 28962 руб. в 2019 году, у тех 1, в 2015 1 = 27181 руб. Все, кто в 2019 меньше 27180 = 0 в 2015; и равны 0 в 2019, если меньше 28961.

Продолжение таблицы 3.1

1	2	4	6	7
Показатели внутреннего планирования (администрирования и бюджетирования)				
1	Доля расходов на высокотехнологичные ОСУЗ в общей стоимости региональных программ	%	Чем больше, тем лучше, но до определенного предела	18% в 2015 г. и 30,5% в 2019 г.
2	Коэффициент расслоения стоимости ОСУЗ в круглосуточном стационаре	Единиц	Чем больше, тем лучше, но до определенного предела	11 в 2015 г.; 22 в 2019 г.
3	Средний возрастной тариф высокотехнологичных госпитальных ОСУЗ для населения <i>трудоспособного возраста</i>	Тыс. руб.	Чем больше, тем лучше, но при условии сопоставления значений субъектов РФ (до эталона)	2015 – 59318; 2019 – 130618
4	Средний возрастной тариф высокотехнологичных госпитальных ОСУЗ для <i>пожилого населения (60-74 лет)</i>	Тыс. руб.	Чем больше, тем лучше, но при условии сопоставления значений субъектов РФ (до эталона)	146500 в 2015 г.; 328200 в 2019 г.
5	Средний возрастной тариф высокотехнологичных госпитальных ОСУЗ для населения <i>старческого возраста (75 и выше)</i>	Тыс. руб.	Чем больше, тем лучше, но при условии сопоставления значений субъектов РФ (эталон)	в 2015 г. – 142047; в 2019 г. – 357865

Продолжение таблицы 3.1

1	2	4	6	7
6	Средний коэффициент относительных затрат ОСУЗ в круглосуточном стационаре	Единиц	Больше лучше, но до эталона	в 2015 – 1,22; в 2019 – 1,43
7	Средний коэффициент относительных затрат по всем социально значимым ОСУЗ	Единиц	Чем больше, тем лучше, но до «субъектового» эталона	в 2015 – 0,17; в 2019 – 1,337
8	Коэффициент роста доступности телемедицинских (ТМТ) ОСУЗ	Единиц	Чем больше, тем лучше	Больше 0 должен быть данный показатель
9	Коэффициент эффективности использования больничной койки при оказании ОСУЗ	Единиц	Больше лучше, но до определенного предела	Эталон в диапазоне 16-32
10	Коэффициент вовлеченности частных медицинских организаций в оказание ОСУЗ	Единиц	Чем больше, тем лучше, но до определенного предела (0,11-0,3)	в 2015 – 1,22; в 2019 – 1,43
11	Доля расходов на ОСУЗ, оказанные частными медицинскими организациями, в рамках ТПОМС	Единиц	Чем больше, тем лучше, но до определенного предела (0,051-0,067)	в 2015 – 0,051, в 2019 – 0,067

Продолжение таблицы 3.1

1	2	4	6	7
12	Коэффициент ограничения региональных затрат на содержание и управление в общих расходах на ОСУЗ	Единиц	Чем меньше, тем лучше	Эталон – не более 0,17
13	Коэффициент развития региональной модели оплаты медицинской помощи	Единиц	Чем больше, тем лучше	в 2015 – 1,03; в 2019 – 1,04
Показатели репутационной зрелости				
1	Доля тематических (мультидисциплинарных) экспертиз в субъекте РФ в общем объеме экспертиз качества медпомощи в субъекте РФ	Доля 1	Чем больше, тем лучше	2015 год средний по субъектам = 0,351 (1 = у кого 0,352 и выше; 0 = у кого 0,34 и ниже). 2019 год средний = 0,467 (1 = у тех, кто выше 0,47 и далее, 0 = у 0,45 и ниже).
2	Частота выявления дефектов, значимо влияющих на качество оказанной медицинской помощи	Доля 1	Чем меньше, тем лучше	Эталон 0,19 в 2015 (1 = до 0,18; 0 = у кого выше 0,19). 2019 год – среднее = 0,23. У всех, у кого 0,22 и ниже = 1. У кого 0,23 и выше = 0.
3	Эффективность работы с жалобами	Доля 1	Чем больше, тем лучше, но в интервале 0,4-0,7	У кого 0,4-0,7 = 1. У кого меньше 0,39 = 0. И выше 0,71 = 0.
4	Эффективность досудебной защиты застрахованных	Доли 1	Чем больше, тем лучше	Среднее значение 10,7 в 2015; у кого 10,69 и ниже = 0. У кого 10,71 и выше = 1. Средне – 11,0 в 2019 году: у кого 11,1 и выше = 1.

Продолжение таблицы 3.1

1	2	4	6	7
5	Формирование позитивного имиджа системы ОМС через СМИ	Доля 1	Чем больше, тем лучше	Средний 2015 = 1,6 (1,6 и выше = 1, 1,5 и ниже = 0). Средний 2019 = 1,8.
6	Территориальная доступность пунктов выдачи полисов (далее – ПВП) СМО для населения	Доля 1	Чем больше, тем лучше	2015 среднее = 5,2; 2019 среднее = 4,4
7	Оперативность реагирования на обращения в колл-центры СМО	Доля 1	Чем меньше, тем лучше	Эталон в интервале 1,0-1,3 (тогда это 1); если больше 1,31 = 0

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Таблица 4.1 – Показатели деятельности 7 субъектов РФ (группа «Внешние демографические и медико-социальные факторные показатели»)

№ п/ п	Наименование показателя	Ед. измере- ния	Источ- ник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
1	Общий коэффициент рождаемости в субъекте РФ	коэф.	Росстат	0,014	0,011	0,012	0,009	0,015	0,010	0,014	0,011	0,015	0,011	0,014	0,011	0,014	0,010
2	Общий коэффициент смертности в субъекте РФ	коэф.	Росстат	0,014	0,013	0,016	0,015	0,014	0,013	0,013	0,012	0,012	0,011	0,013	0,013	0,014	0,013
3	Возрастной коэффициент смертности (для группы старше трудоспособного возраста)	коэф.		0,041	0,039	0,044	0,041	0,042	0,039	0,040	0,038	0,038	0,034	0,040	0,039	0,040	0,038
4	Смертность от онкологических заболеваний на 100000 населения субъекта РФ	Ед.	Росстат	219,80	236,50	220,70	200,10	198,20	199,30	233,60	231,20	195,50	186,10	212,50	243,70	235,80	250,30

Продолжение таблицы 4.1

№ п/ п	Наименование показателя	Ед. измере- ния	Источ- ник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
5	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 100000 населения субъекта РФ	Ед.	Росстат	691,00	644,70	833,20	787,00	725,80	665,20	589,20	610,50	615,60	535,80	677,00	634,90	626,60	574,70
6	Доля населения старше трудоспособно го возраста в общей численности населения субъекта РФ	Ед.	Росстат	0,251	0,252	0,270	0,285	0,240	0,253	0,221	0,236	0,238	0,249	0,241	0,249	0,249	0,253
7	Уровень общей заболевае-мости населения в субъекте РФ в сравнении со среднерос-сийским уровнем заболевае-мости населения	Ед.	Росстат	0,936	0,940	1,170	1,158	1,258	1,191	1,010	1,010	1,035	0,991	0,968	1,007	1,109	1,118

Продолжение таблицы 4.1

№ п/ п	Наименование показателя	Ед. измере- ния	Источ- ник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
8	Коэффициент распреде- ленности (плотности) населения субъекта по сравнению с плотностью населения РФ	коэф.	Росстат (расчет- ный)	2,60	2,59	4,97	4,88	1,92	1,89	0,14	0,14	6,66	6,71	1,82	1,84	4,62	4,57
9	Сравнительная обеспечен- ность врачами в субъекте РФ		МЗ РФ	0,924	0,902	0,882	0,875	1,051	1,003	0,989	0,995	0,839	0,846	1,073	1,043	0,836	0,819
10	Средний размер дохода от трудовой деятельности в субъекте РФ	Руб.	ТФОМС	27686, 00	36777, 00	23975, 00	30677, 00	25510, 00	32883, 00	32482, 00	42107, 00	27247, 00	32234, 00	26312, 00	33663, 00	27053, 00	31168, 00

Таблица 4.2 – Показатели деятельности 7 субъектов РФ (группа «Показатели внутреннего планирования»)

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Источник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
11	Доля расходов на высокотехнологические ОСУЗ в общей стоимости региональных программ	%	ТФОМС	17,40	31,47	20,01	34,30	19,60	33,66	20,86	28,89	14,63	26,56	9,00	25,00	20,20	33,40
12	Коэффициент расслоения стоимости ОСУЗ в круглосуточном стационаре	Ед.	ТФОМС	16,96	70,31	13,42	32,03	5,38	12,04	13,86	19,67	8,80	7,50	0,67	0,34	14,30	13,30
13	Средний возрастной тариф высокотехнологических госпитальных ОСУЗ для населения трудоспособного возраста	Тыс. руб.	ТФОМС	51544,67	124134,90	59120,92	140848,27	72102,93	141130,34	81796,34	155490,84	38383,02	99618,78	53663,52	107439,61	58616,50	145660,75

Продолжение таблицы 4.2

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Источник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
14	Средний возрастной тариф высокотех- нологичных госпитальных ОСУЗ для пожилого населения (60-74 лет)	Тыс. руб.	ТФОМС	137741, 49	399404, 90	45224, 69	14318, 31	224883, 28	424943, 13	271126, 53	540182, 41	64876,9 8	201375, 00	103174, 22	231873, 90	178717, 38	484751, 91
15	Средний возрастной тариф высокотех- нологичных госпитальных ОСУЗ для населения старческого возраста (75 и выше)	Тыс. руб.	ТФОМС	138003, 01	432897, 32	11958, 00	39867, 59	163752, 44	460414, 03	358731, 83	636559, 30	123106, 44	349107, 90	90344, 31	248501, 09	108437, 93	337710, 25
16	Средний коэффициент относи- тельных затрат ОСУЗ в круглосу- точном стационаре	Ед.	ТФОМС	1,17	1,41	1,22	1,41	1,15	1,49	1,28	1,36	1,23	1,42	1,13	1,30	1,37	1,64

Продолжение таблицы 4.2

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Источник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
17	Средний коэффициент относительных затрат по всем социально значимым ОСУЗ	Ед.	ТФОМС	1,08	1,54	0,11	0,00	0,93	1,47	1,09	1,73	0,92	1,49	1,12	1,49	1,17	1,64
18	Коэффициент роста доступности телемедицинских (ТМТ) ОСУЗ	Ед.	ТФОМС	0,0002 4	0,0004 0	0,0000 0	0,0100 0	0,0000 0	0,0000 0	0,00000	0,0000 0			0,0000 0	0,0000 0	0,0000 0	0,0000 0
19	Коэффициент эффективности использования больничной койки при оказании ОСУЗ	коэф.	ТФОМС	31,02	32,68	29,18	29,71	34,60	35,30	31,21	32,99	36,20	36,80	28,81	27,09	33,71	34,91
20	Коэффициент вовлеченности частных медицинских организаций в оказание ОСУЗ	Ед.	ТФОМС	0,21	0,25	0,36	0,43	0,37	0,41	0,61	0,85	0,34	0,45	0,31	0,32	0,18	0,34

Продолжение таблицы 4.2

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Источник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
21	Доля расходов на ОСУЗ, оказанные частными медицинскими организациями, в рамках ТПОМС	Ед.	Индивидуальный показатель для субъектов РФ	0,07	0,09	0,05	0,06	0,05	0,05	0,03	0,04	0,05	0,08	0,03	0,05	0,08	0,10
22	Коэффициент ограничения региональных затрат на содержание и управление в общих расходах на ОСУЗ	коэф.	ТФОМС	0,25	0,24	0,15	0,15	0,19	0,18	0,13	0,12	0,12	0,09	0,22	0,20	0,14	0,18
23	Коэффициент развития региональной модели оплаты медицинской помощи	коэф.	ТФОМС	1,20	1,21	1,00	1,00	0,99	1,00	1,02	1,02	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	1,01

Таблица 4.3 – Показатели деятельности 7 субъектов РФ (группа «Показатели репутационной зрелости»)

№ п/ п	Наименование показателя	Ед. измере- ния	Источ- ник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
24	Доля тематических (мультидисциплинарных) экспертиз в субъекте РФ в общем объеме экспертиз качества медпомощи в субъекте РФ	коэф.		0,344	0,364	0,340	0,350	0,328	0,743	0,498	0,605	0,370	0,460	0,410	0,490	0,170	0,210
25	Частота выявления дефектов, значимо влияющих на качество оказанной МП	коэф.		0,11	0,13	0,12	0,14	0,08	0,14	0,06	0,13	0,20	0,10	0,05	0,15	<u>0,74</u>	<u>0,83</u>
26	Эффективность работы с жалобами	коэф.		0,45	0,49	1,00	1,00	0,60	0,70	0,36	0,44	0,71	0,83	0,60	0,67	0,36	0,39
27	Эффективность досудебной защиты застрахованных	Ед.		4,70	10,60	2,20	6,10	1,89	1,87	21,00	3,44	29,80	30,30	9,60	12,60	5,70	12,29
28	Формирование позитивного имиджа системы ОМС через СМИ	Ед.		4,79	8,19	1,40	0,25	0,88	0,23	1,47	2,60	0,77	0,41	0,64	0,60	1,12	0,48

Продолжение таблицы 4.3

№ п/ п	Наименование показателя	Ед. измере- ния	Источ- ник данных	Свердловская область		Нижегородская область		Пермский край		Красноярский край		Республика Татарстан		Новосибирская область		Челябинская область	
				2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
29	Террито- риальная доступность пунктов выдачи полисов ОМС для населения	Ед.		6,98	5,64	3,81	4,43	5,50	3,90	8,40	5,60	2,80	2,50	3,86	3,61	4,85	4,97
30	Оперативность реагирования на обращения в колл-центры СМО	Ед.		1,30	1,30	2,00	1,02	2,00	1,50	1,60	1,50	1,40	1,40	2,00	1,20	2,00	1,20

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Расчет коэффициентов дифференциации по новой методике для объектов исследования

Показатель	Обозначение показателя	Свердловская область	Нижегородская область	Пермский край	Красноярский край	Республика Татарстан	Новосибирская область	Челябинская область
Сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями	K^p	1,158	1,006	1,156	1,617	1,000	1,200	1,160
Коэффициент уровня среднемесячной заработной платы	$K^{зп}$	1,122	0,862	1,001	1,434	0,876	1,011	0,958
Коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг	$K^{жкху}$	0,863	1,035	0,804	1,256	0,822	0,906	0,821
Коэффициент уровня цен	$K^ц$	0,885	0,909	0,914	1,263	0,823	0,873	0,805
Коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг $ПР = 0,22 \times K^{жкху} + 0,78 \times K^ц$	ПР	0,880	0,937	0,890	1,261	0,823	0,880	0,809

Коэффициент дифференциации $K = 0,7 \times \max(K^p; K^{3п}) + 0,3 \times ПР$	K	1,111	1,004	1,109	1,510	1,000	1,140	1,112
Коэффициент технологичности	$K^{тех}$	1,216	0,930	0,850	1,209	1,181	0,879	0,736
Коэффициент дифференциации новый $K' = 0,7 \times \max(K^p; K^{3п}) + 0,15 \times ПР + 0,15 \times K^{тех}$	K'	1,143	1,004	1,109	1,502	1,027	1,140	1,112
Коэффициент дифференциации новый без минимального ограничения $K'' = 0,7 \times \max(K^p; K^{3п}) + 0,15 \times ПР + 0,15 \times K^{тех}$	K''	1,143	0,994	1,087	1,502	1,027	1,122	1,072
Численность застрахованных на 01.01.2018	человек	4 439 849	3 250 731	2 671 809	2 933 315	3 785 363	2 818 129	3 549 910
Подушевой норматив финансирования	руб.	11800,2						
Расчетный размер субвенции по утвержденному коэффициенту	млн руб.	58 186	38 520	34 971	52 274	44 668	37 910	46 581
Расчетный размер субвенции по новой методике с ограничением	млн руб.	59 883	38 520	34 971	52 002	45 878	37 910	46 581
Расчетный размер субвенции по новой методике без ограничений	млн руб.	59 883	38 115	34 262	52 002	45 878	37 306	44 924
Отклонение по новой методике с ограничениями	млн руб.	1 698	—	—	-272	1 210	—	—
Отклонение по новой	млн руб.	1 698	-405	-709	-272	1 210	-604	-1 657

методике без ограничений								
Размер дополнительных средств по новой методике с ограничением	млн руб.	2 636						
Размер дополнительных средств по новой методике без ограничений	млн руб.	-740						

Справочно

Коэффициент дифференциации (расчетный по субвенции ФФОМС)		1,111	1,004	1,109	1,510	1,000	1,140	1,112
---	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------