

**КИЯНИЦЫНА ЛИЛИЯ НИКОЛАЕВНА**

аспирант кафедры «Экономика» ФГБОУ ВО «Югорский государственный университет»,  
e-mail: kiyanitsyna@yandex.ru

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ИНСТИТУТОВ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕГИОНЕ (НА ПРИМЕРЕ ХМАО – ЮГРЫ)<sup>1</sup>**

**Аннотация.** Совершенствование институтов медицинского страхования в регионах предполагает, прежде всего, проведение всесторонней оценки эффективности развития данных институтов на современном этапе. В связи с чем исследование эффективности институтов медицинского страхования, актуально рассмотреть через оценку социально-экономических критериев и показателей эффективности деятельности здравоохранения, которые напрямую соотносятся с деятельностью каждого института медицинского страхования. Функционирование институтов медицинского страхования в последние годы сопровождалось постоянным реформированием, что привело в определённой степени к изменению и перерождению содержания сущности этих институтов. Результаты исследования по оценке эффективности сформировавшихся институтов медицинского страхования на современном этапе позволили оценить и спрогнозировать пути их развития. На примере ХМАО-Югры в статье проведена оценка эффективности развития институтов медицинского страхования, в т. ч. институтов обязательного медицинского страхования (государственные гарантии оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, обеспечение прав граждан в системе медицинского страхования, контроль качества медицинской помощи, стандарты оказания медицинской помощи, тарифы оплаты в системе ОМС, одноканальное финансирование через систему ОМС, стимулирование эффективности использования производственных и финансовых ресурсов, «свобода выбора врача») и добровольного медицинского страхования. Также выявлено влияние особенностей региона на эффективность институтов медицинского страхования в части реализации одного из основных принципов ОМС и ДМС «доступность и качество медицинской помощи». В статье представлен прогноз развития институтов медицинского страхования в краткосрочном, среднесрочном и долгосрочном периодах развития.

**Ключевые слова:** институт медицинского страхования, оценка, эффективность, прогноз, развитие, ХМАО – Югра.

---

KIYANITSINA LILIYA NIKOLAEVNA

Doctoral Student of the Department of "Economics" of FSBEI of HE "Ugra State University",  
e-mail: kiyanitsyna@yandex.ru

### **EVALUATION OF EFFECTIVENESS AND FORECAST OF DEVELOPMENT OF INSTITUTES OF MEDICAL INSURANCE IN THE REGION (USING THE EXAMPLE OF KHMAD-UGRA)**

**Abstract.** Improving institutes of medical insurance in the regions assumes, first and foremost, performing a comprehensive evaluation of effectiveness of development of these institutes at the modern stage of development. In connection with this, a discussion about a study of effectiveness of institutes of medical insurance should be considered relevant when performed through an evaluation of social-economic criteria and indicators of effectiveness of activity of health care that

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект «Ретроспектива, специфика и прогнозирование эволюции экономических институтов ресурсодобывающего региона (на примере Ханты-Мансийского автономного округа – Югры)», грантовое соглашение (договор) № 15-12-86001/16/10/16-ЮГУ-088 от 12.04.2016 г. и Департамента образования ХМАО-Югры, грант на выполнение в 2016 г. работ по научному проекту № 15-12-86001 «Ретроспектива, специфика и прогнозирование эволюции экономических институтов ресурсодобывающего региона (на примере Ханты-Мансийского автономного округа – Югры)», договор № 07/16.0244-10/16-ЮГУ-171 от 03.08.2016 г.

directly correspond to the activity of each institute of medical insurance. The functioning of institutes of medical insurance in the recent years has been accompanied by continuous reforming which led, to a certain degree, to changes and transformations of the essence of these institutes. The results of the study of evaluating the effectiveness of the already formed institutes of medical insurance at the modern stage permitted to evaluate and forecast the ways of their development. Based on an example of KhMAD-Ugra, the manuscript has evaluated the effectiveness of development of institutes of medical insurance including institutes of mandatory medical insurance (state guarantees of providing citizens with free medical assistance, ensuring citizen rights have been provided for in the system of medical insurance, control of quality of medical help, standards of providing medical help, fees for payments in the system of mandatory medical insurance, one-channel financing through the system of the mandatory medical insurance, stimulating effectiveness of use of production and financial resources, "freedom of choosing doctors") and voluntary medical insurance. The impact of typical features of the region on effectiveness of institutes of medical insurance in the area of implementing one of the main principles of the mandatory and voluntary medical insurance, that is "access and quality of medical assistance", has also been identified. The manuscript presents a forecast of development of institutes of medical insurance in the short-term, mid-term and long-term periods of development.

*Keywords:* institute of medical insurance, evaluation, effectiveness, a forecast, development, KhMAD-Ugra.

Оценка эффективности развития институтов медицинского страхования в регионах приобретает особую актуальность для совершенствования методов рационального и эффективного взаимодействия субъектов и участников системы медицинского страхования, в особенности системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Несмотря на то что в последние годы прилагаются активные усилия улучшения финансового состояния здравоохранения, многие проблемы остаются нерешёнными, в т. ч. и в силу незавершённости институциональных преобразований в отрасли. Экономический кризис обострил и наглядно продемонстрировал слабые стороны российской системы здравоохранения, заставил острее поставить вопрос о необходимости продолжения начатых реформ, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи, результативности использования выделяемых отрасли государственных ресурсов и эффективности используемых институтов медицинского страхования. По мнению экспертов в области здравоохранения [1, 12], переход отрасли на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования и использование соответствующих институтов медицинского страхования является одной из ключевых составляющих реформирования системы. Также специалистами здравоохранения [8,14] отмечено, что на сегодняшний день отсутствует общепринятая комплексная система оценки деятельности институтов медицинского страхования и законодательно не установлены ключевые критерии эффективности функционирования данного института. Такая ситуация объясняется, как считают исследователи в области медицины [2, 13], отличительной особенностью института медицинского страхования в России — его региональной дифференциацией.

В данном исследовании оценка эффективности институтов медицинского страхования проводилась с использованием социально-экономических критериев и показателей эффективности деятельности организаций здравоохранения, разработанных на кафедре социологии медицины и экономики здравоохранения ФУЗ ММА им. И.М. Сеченова [11].

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре институты медицинского страхования более двадцати лет находились в стадии становления и полноценно начали функционировать только с 2012 г. Конечно, такой непродолжительный период недостаточен для объективного анализа и оценки итогов реализации задуманного. Тем не менее нами были предприняты попытки прямой оценки эффективности институтов медицинского страхования путём анкетного опроса государственных и частных медицинских организаций.

Всего в опросе приняло участие 71 медицинская организация со следующей формой собственности: 59 — государственная; 1 — общественная; 5 — федеральная; 6 — частная. В опросе участвовали медицинские организации Ханты-Мансийского, Сургутского, Нефтеюган-

ского, Нижневартовского, Октябрьского, Белоярского, Березовского, Советского и Кондинского районов (рис. 1).

По географическому распределению большая часть опрошенных респондентов находилась в Сургуте и Нижневартовске, всего приняло участие в анкетировании 773 респондента.

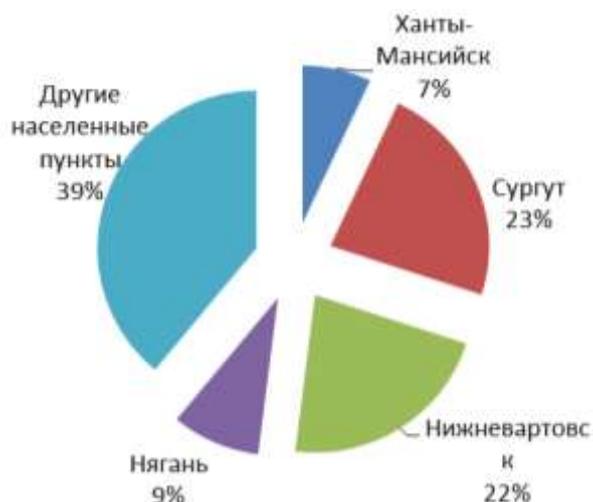


Рис. 1. Структура опрошенных компаний по географическому расположению

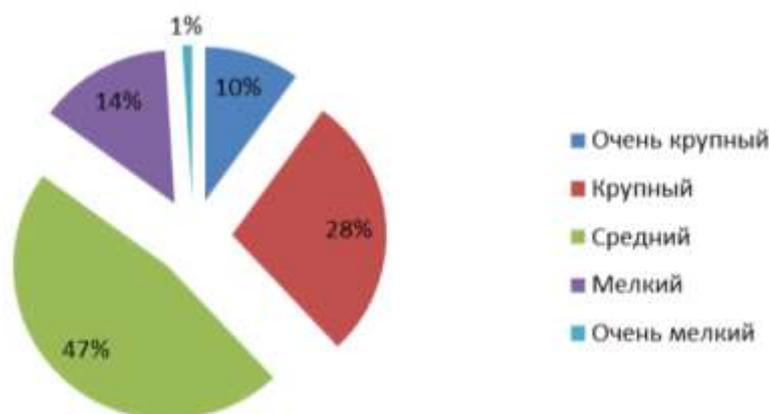
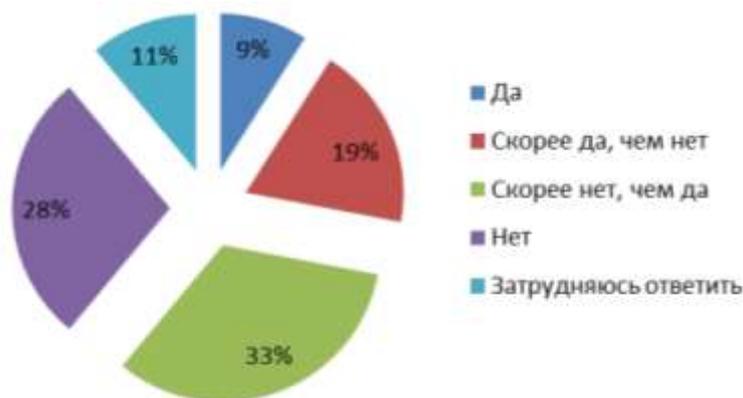


Рис. 2. Структура опрошенных медицинских организаций по размеру

По размерам стоит отметить, что большая часть медицинских организаций относит себя к крупным и средним (рис. 2).

Большая часть респондентов опроса — руководители медицинских организаций, заместители руководителя, заведующие структурными подразделениями; с учётом компетентности опрашиваемых, можно предположить о высокой достоверности полученных ответов при оценке эффективности институтов медицинского страхования в ходе проведённого анкетирования. Итак, переходим к результатам анкетирования.

По мнению органа исполнительной власти округа в области здравоохранения [4], переход отрасли на одноканальное финансирование через систему ОМС и внедрение в медицину институтов медицинского страхования позволит улучшить качество жизни и здоровья населения региона. Тем не менее большинство опрошенных, придерживается обратной точки зрения. На вопрос «Будет способствовать улучшению качества жизни и здоровья населения округа переход отрасли здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС?» ответы распределились следующим образом: да — 9%; скорее да, чем нет — 19%; скорее нет, чем да — 33%; нет — 28% и затруднились ответить — 11% (рис. 3). Таким образом, 61% респондентов считают, что институт одноканального финансирования через систему ОМС (институт обязательного медицинского страхования) не будет повышать качество жизни и здоровья населения округа, влияние данного института останется нейтральным.



*Рис. 3. Структура ответов на вопрос «Будет способствовать улучшению качества жизни и здоровья населения округа переход отрасли здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС?»*

Наиболее важным показателем эффективности, которым характеризуется институт медицинского страхования – Территориальная программа государственных гарантий (ТПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории ХМАО – Югры, по мнению 66% респондентов является наличие условий, обеспечивающих доступность медицинской помощи всем категориям граждан, что характеризует данный институт, как востребованный гражданами. 34% опрошенных отмечают также такой показатель эффективности данного института, как определение соотношения платной и бесплатной для населения помощи, обеспечивающего социальный норматив потребления медицинских услуг как состоятельными, так и слабо социально защищёнными слоями населения и 25% считают, что через ТПГГ успешно реализуется органами власти региона функции гаранта соблюдения всеобщего социально-экономического интереса общества — улучшения здоровья населения.

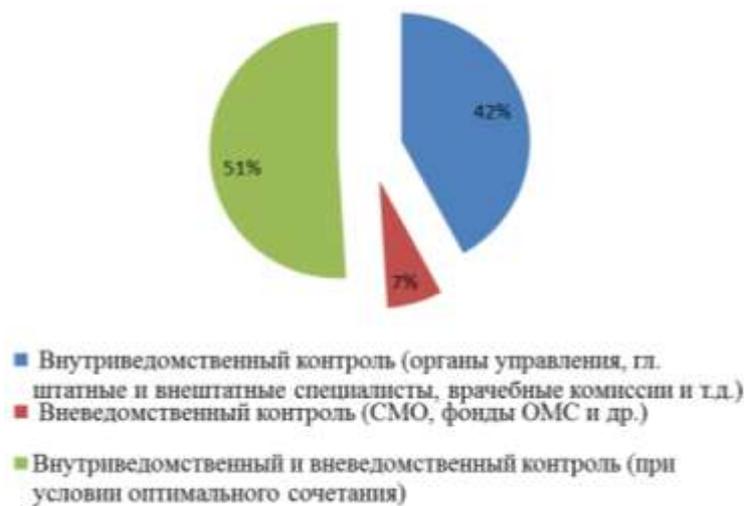
Развитие институтов медицинского страхования сопровождается рядом мероприятий, способствующих реализации системы медицинского страхования. По мнению 41% участников опроса данные мероприятия в большей степени направлены на достижение оптимального сочетания социальных и экономических целей, однако 19% опрошенных считают, что развитие институтов медицинского страхования не содействуют достижению ни одной из целей здравоохранения. Остальные респонденты разделились следующим образом: 11%, считают, что способствуют достижению только социальных целей здравоохранения, 19% отметили, что способствуют достижению только экономических целей, 10% затруднились ответить.

Несмотря на обширную программу государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи на территории ХМАО – Югры, как было отмечено выше, большинство респондентов считают, что дальнейшее развитие реформирования здравоохранения будет способствовать развитию института платных услуг в медицине. Так, 19% и 29%, соответственно, ответили «да» и «скорее да, чем нет», остальные респонденты разделились следующим образом: «скорее нет, чем да» — 26%; «нет» — 11% и затруднились ответить 15%.

Такой институт, как контроль качества оказания медицинской помощи, представленный в виде вневедомственного контроля со стороны страховых медицинских организаций, территориальных Фондов обязательного медицинского страхования, является на сегодняшний день неотъемлемой частью функционирования института медицинского страхования и ключевым с точки зрения экспертизы качества оказания медицинской помощи и медико-экономического контроля, но по результатам опроса большая часть медицинского окружного сообщества считает, что использование только этого инструмента неэффективно. Преобладающим действенным инструментом оценки качества оказания медицинской помощи является оптимальное сочетание внутриведомственного и вневедомственного контроля (рис. 4). Абсолютно все опрошенные считают, что институт контроля качества медицинской помощи более, чем востребован, необходимо только определиться с наличием правильных инструментов, используемых при оценке качества медицинской услуги.

Неожиданными получились результаты анкетирования по вопросу перспективы развития

института добровольного медицинского страхования на территории автономного округа. При изучении данного вопроса нами неоднократно делался акцент, на малоразвитость добровольного медицинского страхования в ХМАО – Югре в связи с проблемами доступности данного продукта на страховом рынке для физических лиц.



*Рис. 4. Структура ответов на вопрос «Какой инструмент оценки качества оказания медицинской помощи более действенный»*

Однако 57% опрошенных респондентов считают перспективным направлением — развитие института добровольного медицинского страхования на территории автономного округа, 31% считает данное направление неперспективным, и 10% затруднились ответить. Респонденты, ответившие, что данный институт не перспективен, объяснили свою позицию наличием финансово ёмкой программы ТПГГ.

При оценке эффективности института реализации прав граждан в системе ОМС, которые применяются Территориальным фондом ОМС для повышения доступности и качества медицинской помощи, было использовано семь инструментов. Респондентам было предложено оценить по пятибалльной шкале, насколько эффективны эти инструменты, где 5 — наиболее эффективный инструмент, 1 — наименее эффективный инструмент, 0 — абсолютно неэффективный инструмент. Результат приведён в табл. 1.

Анализируя полученные результаты, самыми эффективными в качестве инструмента этого института были выбраны: рассмотрение обращений граждан; рассмотрение жалоб граждан и информирование граждан о правах в системе ОМС (более 30%). Абсолютно неэффективными инструментами признаны: проведение социологических опросов с целью оценки удовлетворённости качеством медицинской помощи и защита прав граждан в суде. Наименее эффективным инструментом считается медико-экономический контроль. Остальные инструменты получили среднюю оценку эффективности использования.

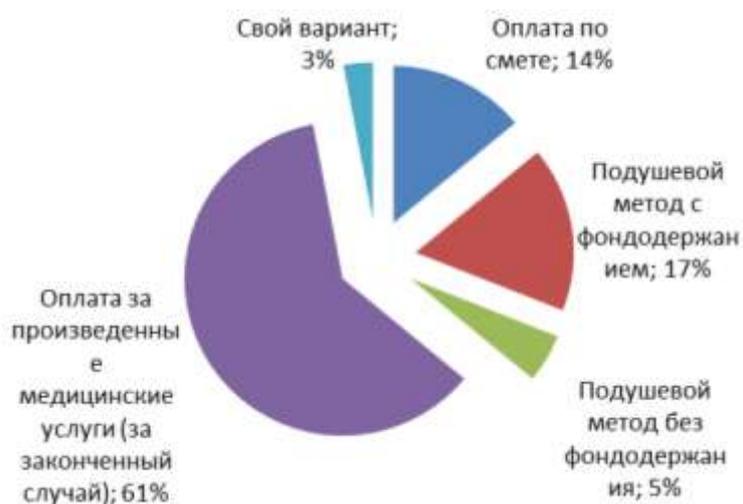
Говоря об эффективности института оплаты в системе медицинского страхования (тарифы ОМС), стоит отметить, что в регионах используются различные методы оплаты и единого подхода к оценке эффективности того или иного тарифа оплаты оказанных медицинских услуг нет. Решение о выборе конкретного метода оплаты в системе ОМС региональные власти принимают самостоятельно с учётом мнения территориального фонда обязательного медицинского страхования. Исследование в нашем регионе показало, что, по мнению югорских медиков, самым эффективным институтом оплаты медицинских услуг, является оплата за произведённые медицинские услуги (за законченный случай) (рис. 5).

Дополнительным вопросом к эффективности института оплаты медицинских услуг был вопрос «Насколько процентов утверждённые тарифы оплаты медицинской помощи в округе отражают реальную себестоимость оказываемых медицинских услуг». Как распределились ответы респондентов показано в табл. 2.

Таблица 1

**Оценка эффективности института реализации прав граждан  
в системе ОМС, его инструментов**

№	Инструменты института медицинского страхования	Оценка в баллах					
		0	1	2	3	4	5
	Рассмотрение обращений граждан, %	5	13	4	16	18	31
	Рассмотрение жалоб граждан, %	6	13	6	14	17	32
	Рассмотрение спорных случаев по защите прав граждан в досудебном порядке, %	7	11	6	16	17	29
	Защита прав граждан в суде, %	12	13	6	19	12	21
	Осуществление контроля объёмов и качества медицинской помощи в системе ОМС, в т. ч.:						
5.1.	Медико-экономический контроль, %	7	18	7	12	20	24
5.2.	Медико-экономическая экспертиза страховых случаев, %	7	17	7	12	20	25
5.3.	Экспертиза качества медицинской помощи, %	8	15	5	13	20	27
	Проведение социологических исследований (опросов) с целью оценки удовлетворённости качеством медицинской помощи, %	13	17	7	16	17	19
	Информирование граждан о правах в системе ОМС, %	6	13	6	13	18	32



*Рис. 5. Структура оценки эффективности института оплаты медицинских услуг в системе медицинского страхования (тарифы ОМС)*

Таблица 2

**Распределение ответов на вопрос полноты тарифа ОМС**

Варианты ответа, %	Количество респондентов, чел.	Количество ответов, %
90–100	41	5
70–89	222	29
50–69	250	32
Менее 50	143	19
Затрудняюсь ответить	117	15

Большинство респондентов (32%) уверены, что тарифы оплаты медицинской помощи всего лишь на 50–69% соответствуют реальной себестоимости, и только небольшое количество респондентов (5%) утверждают, что данный тариф приближен на 90–100% к себестоимости медицинских услуг.

Оценка эффективности института одноканального финансирования через систему ОМС, т. е. финансирование преимущественно через систему ОМС, его влияние на изменение показателей критериев эффективности здравоохранения региона, показала, что такие критерии, как доступность, своевременность, качество медицинской помощи, способность системы реагировать на меняющиеся потребности общества и достоверность показателей, по мнению преобладающего числа опрошенных, не повлияли (табл. 3).

Сопоставление данных показателей позволяет также определить, что эффективность института одноканального финансирования в системе медицинского страхования по мнению 1/3 части опрошенных снижается, более 40% уверены, что эффективность реформирования нулевая, и оставшаяся часть анкетированных убеждены в увеличении эффективности данного института.

Таблица 3

## Оценка эффективности института реформирования оплаты медицинских услуг

№ п/п	Наименование показателя	Оценка показателя, %		
		снижается	увеличивается	не изменяется
1	Доступность	26	27	39
2	Своевременность	23	22	46
3	Качество медицинской помощи	27	25	39
4	Способность системы реагировать на меняющиеся потребности общества	23	23	45
5	Достоверность показателей	19	19	52

При оценке эффективности институтов медицинского страхования нельзя обойти стороной вопрос, связанный с оценкой института финансового состояния медицинских организаций, который характеризуется определёнными финансовыми показателями (табл. 4). На данный вопрос ответили всего 85% респондентов от общего количества опрашиваемых, остальная часть (15%) затруднилась ответить на данный вопрос. Респонденты отметили, что финансирование за счёт средств ХМАО имеет определённые преимущества, чем финансирование за счёт средств ОМС. Так, по данным табл. 4 своевременность выполнения обязательств, показатель ликвидности и финансовая устойчивость будет выше при условии финансирования из средств бюджета округа, однако также отмечают, что такие показатели, как деловая активность и эффективность использования ресурсов (38% и 50% соответственно) имеют высокий уровень при финансировании из средств ОМС.

Таблица 4

## Оценка эффективности использования финансовых ресурсов (ответы респондентов, %)

Наименование показателя	Финансирование за счёт средств бюджета ХМАО			Финансирование за счёт средств ОМС		
	Высокий	Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний
Своевременность выполнения обязательств, %	54	6	25	14	39	32
Показатель ликвидности, %	52	6	27	11	40	34
Финансовая устойчивость, %	49	9	27	8	46	31
Деловая активность, %	12	43	30	38	14	33
Эффективность использования ресурсов, %	15	42	28	50	5	30

Следующим этапом исследования значилась оценка экономической эффективности использования производственных ресурсов организации (рис. 6). Респонденты отмечают, что с реформированием этого института повышется уровень целевого и рационального использования коечного фонда (16% и 23% соответственно), сокращается простой койки (19%), сокращаются сроки госпитализации (51%), оптимизируется коечный фонд (18%), повышается уровень рационального использования финансовых средств (отметили 28%). Также 22% считают, что увеличивается производительность труда медицинского персонала.



**Рис. 6.** Структура оценки использования производственных ресурсов организации

Основная идея реформы здравоохранения, в частности реформирования институтов медицинского страхования, заключается, прежде всего, в создании конкурентной среды в сфере здравоохранения. Необходимо добиваться такого состояния здравоохранения, когда и государственные и частные медицинские организации смогут наравне конкурировать в системе обязательного и добровольного медицинского страхования. Данные опроса показали, что в ХМАО – Югре присутствует монополярная государственная модель здравоохранения и отсутствует реальная рыночная конкуренция в системе медицинского страхования (ОМС и ДМС) среди медицинских учреждений, такого мнения придерживается 73% опрошенных, и 27%, однако, отметили, что такая конкуренция присутствует, но только частично, преимущественно в стоматологии (27%). В связи с этим отмечается и высокий процент (74%) отрицательных ответов о реализации на практике идеи института «свободы выбора врача» в медицинских учреждениях автономного округа.

Что касается влияния особенностей ХМАО – Югры на эффективность институтов медицинского страхования в части реализации одного из основных принципов ОМС и ДМС «доступность и качество медицинской помощи», то большая часть (62%), участвующих в опросе, отметили, что такое влияние имеется, при этом отмечали такую положительную осо-

бенность, как наличие финансово ёмкой ТППГ, при этом отрицательной особенностью озвучили крайне низкую плотность населённых пунктов, что не позволяет более эффективно использовать материально-техническую базу медицинского учреждения (содержание ФАПов в малонаселённых поселениях).

Институты обязательного медицинского страхования представляют собой совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих и взаимообусловленных подсистем с разветвлённой инфраструктурой, непосредственно реализующих процесс обязательного медицинского страхования. Говоря о прогнозировании институтов медицинского страхования, стоит отметить о его революционном развитии на этапе постсоветского периода в нашей стране и, в особенности, на территории ХМАО – Югры. Немаловажным фактором является и то, что данный институт действует через органы государственной власти и управления. Все нормы, касающиеся функционирования институтов медицинского страхования, закреплены на законодательном уровне. Стратегия развития здравоохранения автономного округа [9] абсолютно полно раскрывает перспективы медицинского страхования в России, однако всё больше в профессиональном сообществе обсуждается вопрос о неутешительных итогах реформирования здравоохранения в части эффективности функционирования институтов медицинского страхования. Тем не менее, учитывая государственную политику в сфере здравоохранения, можно спрогнозировать развитие институтов медицинского страхования на уровне автономного округа.

По мнению Полтеровича [5], успех государственных реформ зависит от их подготовленности, выбора их последовательности и темпа. При этом важнейшая задача состоит в том, чтобы избежать институциональных ловушек, т. е. сформировать неэффективный институт. Нами в работе [17] отмечалось, что институт медицинского страхования в округе столкнулся с наличием таких институциональных ловушек, как «избыточность имущественного комплекса медицинских учреждений» и «невозможность установления единых страховых тарифов». Имея революционное происхождение (реформа здравоохранения), данный институт формировался на почве окрепшей старой модели функционирования медицины в округе. В результате большая часть институтов страховой медицины региона могут быть отторгнуты в связи с конфликтом формальных и неформальных институтов (культурная инерция) или переродиться, т. е. прижиться не в исходной форме (институты мутанты) либо стать полностью невостребованными (атрофироваться). Только те институты, которые не противоречат старой системе, успешно будут приняты и хорошо приживутся.

В связи с тем, что переходные нормы могут стать постоянно действующими и быть эффективными в краткосрочном периоде и неэффективными в долгосрочном периоде, логичнее рассмотреть прогноз развития институтов медицинского страхования ХМАО – Югры в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе (табл. 5).

Разберём последовательно прогноз развития всех институтов медицинского страхования. Медицинское страхование сегодня делится на две основные группы — институт обязательного медицинского страхования и институт добровольного медицинского страхования.

ТППГ ХМАО – Югры, которая представляет собой институт государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в округе, имеет успешные перспективы развития. Институт принят потребителями и имеет положительную оценку.

Институт обеспечения прав граждан в системе медицинского страхования медленно, но успешно приживается в регионе и набирает определённые обороты. Правовая грамотность населения по вопросам получения бесплатной качественной медицинской помощи растёт. В округе за последние годы участились случаи обращения граждан по своим правам в системе ОМС в страховые медицинские организации и Территориальный фонд ОМС ХМАО – Югры (ТФОМС) [10]. Такая ситуация, обеспечивает позитивное развитие института в среднем и долгосрочном периодах развития.

Для института контроля качества прогнозируется положительный сценарий развития. Данный институт, имея государственную поддержку, успешно приживается и совершенствуется, поэтому прогноз развития позитивный.

## Прогноз развития институтов медицинского страхования в ХМАО – Югре

Наименование института		Прогноз развития (эволюция сценария)	Краткосрочный сценарий развития	Среднесрочный сценарий развития	Долгосрочный сценарий развития
Институты обязательного медицинского страхования (ОМС)	Государственные гарантии оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (доступность, своевременность, качество, достоверность показателей)	Принятие	Позитивный	Позитивный	Позитивный
	Обеспечение прав граждан в системе медицинского страхования	Принятие	Нейтральный	Позитивный	Позитивный
	Контроль качества медицинской помощи	Принятие	Нейтральный	Нейтральный	Позитивный
	Стандарты оказания медицинской помощи	Отторжение/ Принятие	Нейтральный	Позитивный	Позитивный
	Тарифы оплаты в системе ОМС	Принятие	Нейтральный	Нейтральный	Нейтральный
	Одноканальное финансирование через систему ОМС	Принятие	Нейтральный	Нейтральный	Нейтральный
	Стимулирование эффективности использования производственных ресурсов	Перерождение	Нейтральный	Нейтральный	Нейтральный
	Стимулирование эффективного использования финансовых ресурсов	Перерождение	Нейтральный	Нейтральный	Нейтральный
	«Свобода выбора врача»	Атрофия	Негативный	Негативный	Негативный
Институты ДМС	Добровольное медицинское страхование, в т. ч. платные медицинские услуги населению	Отторжение/ Принятие	Негативный	Нейтральный	Позитивный

Стандарты оказания медицинской помощи, неоднозначный институт медицинского страхования имеют много противоречий в законодательстве, практике применения. Момент формирования института сопровождался полным его отторжением в профессиональной медицинской среде, однако тарифы оплаты в системе ОМС в последние годы основываются на медико-экономических стандартах медицинской помощи, что влияет хоть и на нежелательное, но принятие этого института как необходимость функционирования механизма оплаты медицинских услуг. Учитывая данный факт, сценарий развития этого института позитивный.

Тарифы оплаты в системе ОМС, также имели неопределённую оценку на момент становления института в регионе, сегодня институт, несмотря на наличие признаков мутации, прижился и функционирует. Неэффективность данного института объясняется сложившимися институциональными ловушками «невозможности установления единых страховых тарифов» для всех медицинских организаций округа и «неполноты тарифов», т. е. тариф исходит не из реальной себестоимости, а основывается на наличие финансовых ресурсов в ТФОМС. В данной

ситуации прогноз развития нейтральный.

Институт одноканального финансирования через систему ОМС принят как функционирующий институт, но, тем не менее, имеет определённые проблемы развития. Момент становления института медицинского страхования сопровождался финансированием из средств бюджета округа (80%) и средств медицинского страхования (20%). Однако финансирование за счёт бюджета ХМАО – Югры практически покрывало все основные расходы государственных лечебных учреждений, в связи с чем средства ОМС воспринимались как дополнительный доход сверх бюджетных средств. Медицинские учреждения очень прохладно подходили к данному источнику финансирования. К переходу на одноканальное финансирование через систему ОМС здравоохранение региона было фактически не готово морально. «Зарабатывание» средств в системе ОМС воспринимается как навязанная сверху необходимость.

Институты стимулирования эффективности использования производственных и финансовых ресурсов имеют нейтральный прогноз развития. Эволюция сценария — перерождение. Направленность этих институтов — это оптимальное сочетание достижения социального и экономического эффекта. Для успешного решения этой задачи приходится искать новые пути, в т. ч. повышение технологичности в предоставлении услуг, развитие инновационных технологий и повышение экономической грамотности медицинских работников. Экономический кризис негативно скажется на функционировании этих институтов, в большей степени будет достигнут только экономический эффект.

Институт «свобода выбора врача» в ХМАО – Югре не функционирует. Все потребители медицинских услуг, как и ранее, закреплены за определённым амбулаторно-поликлиническим учреждением и соответствующим участком по адресу постоянного места проживания. Эволюция развития — атрофия, сценарий развития института — негативный.

И последний институт к рассмотрению — это платные медицинские услуги населению. На первоначальном этапе имеет признаки отторжения, следовательно, в краткосрочном периоде — негативный сценарий развития. Финансово ёмкая ТППГ не даст развиваться этому институту, но, имея неблагоприятный прогноз экономического развития региона и страны в целом, в среднесрочном периоде, при сокращении ТППГ, необходимость в платных медицинских услугах будет расти. В долгосрочном периоде прогноз развития института позитивный.

Обобщая анализ эффективности и прогнозирование развития институтов медицинского страхования, отметим, что прогноз эволюции институтов группы обязательного медицинского страхования определяется, прежде всего, государственной политикой в области здравоохранения. Данные институты в большом объёме имеют сформированную законодательную основу [6, 7, 15, 16] и принимаются населением региона как основной гарант получения бесплатной медицинской помощи. В совокупности развитие этой группы институтов в краткосрочном и среднесрочном периоде в большей степени нейтрально. В долгосрочной перспективе прогноз нейтральный, но остаются определённые сомнения о функционировании этого института в исходном виде. Уже сегодня государственные деятели поднимают вопрос о недостаточной эффективности институтов обязательного медицинского страхования и о возможности рассмотрении альтернативности системы медицинского страхования в виде медицинских сберегательных счетов [3]. Институт же добровольного медицинского страхования, в т. ч. и институт платных медицинских услуг, сегодня абсолютно не востребован среди граждан. По мнению специалистов, многие медицинские учреждения не обладают достаточной материально-технической базой для успешного оказания медицинской помощи в рамках полисов добровольного медицинского страхования либо платной медицинской деятельности [2]. Развитость этих институтов в регионе в краткосрочном периоде можно поставить под сомнение, однако, как показывает исследование, в долгосрочном периоде данные институты будут востребованы обществом.

#### Литература

1. Медицина как производство : к вопросу об оценке эффективности системы ОМС // Русский медицинский сервер [Электронный ресурс]. — URL : [http://www.rusmedserv.com/zdrav/econom/article\\_31.html](http://www.rusmedserv.com/zdrav/econom/article_31.html).
2. Модернизация здравоохранения : новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева, И.М. Шейман, С.В. Шишкин ; под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. — М. : Изд. дом «Дело» РАНХиГС, 2016. — (Экономическая политика : между кризисом и модернизацией).

3. Назаров, В. С., Дэвис, К. М., Сисигина, Н. Н. Анализ зарубежного опыта использования медицинских сберегательных счетов и возможности их применения в Российской Федерации / В.С. Назаров, К.М. Дэвис, Н.Н. Сисигина. — М. : Изд. дом «Дело» РАНХиГС, 2015. — (Россия : вызовы модернизации. Экономика).
4. Переход учреждений здравоохранения ХМАО – Югры на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС : доклад Департамента здравоохранения ХМАО – Югры. 2014.
5. Полтерович, В. М. Институциональные ловушки и экономические реформы // Экономика и математические методы. 1999. Т. 35. Вып. 2.
6. Постановление Правительства РФ от 23.01.1992 № 41 (ред. от 11.09.1998) «О мерах по выполнению Закона РСФСР О медицинском страховании граждан в РСФСР» // КонсультантПлюс [Электронный ресурс].
7. Постановление Правительства ХМАО – Югры от 09.10.2013 № 414-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Развитие здравоохранения на 2014–2020 годы» // КонсультантПлюс [Электронный ресурс].
8. Проблема оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования / Скобелин О.И. // Вестник финансового университета. 2011. № 6. С. 81–86.
9. Распоряжение Правительства ХМАО – Югры от 22.03.2013 № 101-рп (ред. от 26.09.2014) «О стратегии социально-экономического развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры до 2020 года и на период до 2030 года» // КонсультантПлюс [Электронный ресурс].
10. Реализация ТП ОМС в условиях перехода на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения : доклад ТФОМС ХМАО – Югры. 2014.
11. Социально-экономические критерии и показатели эффективности деятельности организаций здравоохранения / Н.Г. Шамиуришина // ГлавВрач. 2006. № 7.
12. Специфика экономического анализа эффективности деятельности учреждений здравоохранения / А.И. Сагов // Экономические науки. 2012. № 2 (87). С. 104–109.
13. Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей / Н.Б. Найгоззина, В.Б. Филатов, О.А. Бороздина, Н.А. Николаева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
14. Степанов, И. М. Разработка моделей оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования / И.М. Степанов, К.И. Головицкий ; Высшая школа экономики. — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.
15. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс [Электронный ресурс].
16. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // КонсультантПлюс [Электронный ресурс].
17. Эволюция, специфика и институциональные ловушки института медицинского страхования в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре / Кияницына Л.Н. // Региональные проблемы преобразования экономики. 2015. № 9 (59). С. 117–127.

#### References:

1. Medicine production : the issue of evaluating the effectiveness of the system // Russian medical server [Electronic resource]. — URL : [http://www.rusmedserv.com/zdrav/econom/article\\_31.html](http://www.rusmedserv.com/zdrav/econom/article_31.html).
2. Modernization of health care : the new situation and new problems / L. D. Popovich, E. G. Potapchik, S. K. Salakhutdinova, E. V. Selezneva, I. M. Sheiman, S. V. Shishkin ; under the editorship of I. M. Sheiman, S. V. Shishkin. — М. : Publishing House. house Delo "Ranepa, 2016. — (The economic policy : between crisis and modernization).
3. Nazarov, V. S., Davis, K. M., Sirigina, N. N. The analysis of foreign experience of the use of medical savings accounts and their application in the Russian Federation / S. V. Nazarov, K. M. Davis, N. N. Sirigina. — М. : Publishing House. house Delo "Ranepa, 2015. (Russia : challenges of modernization. Economy).
4. The transition of health care institutions of KHMАО – Yugra to predominantly single-channel financing through the MHI system : report of the health Department of KHMАО – Yugra. 2014.
5. Polterovich V. M. Institutional traps and economic reforms // Economics and mathematical methods. 1999. Vol. 35. Vol. 2.
6. Resolution of the Government of the Russian Federation from 23.01.1992 No. 41 (ed. by 11.09.1998) On measures for implementation of the Law of RSFSR About medical insurance of citizens in RSFSR // Consultant plus [Electronic resource].
7. Resolution of the government of KHMАО – Yugra from 09.10.2013 № 414-p On state program of the Khanty-Mansi Autonomous district – Yugra Development of health for 2014-2020 // Consultant plus [Electronic resource].
8. The problem of assessing the effectiveness of the system of mandatory medical insurance / Skobelina O. I. // Vestnik of financial University. 2011. No. 6. Pp. 81-86.
9. The order of the Government of KHMАО – Yugra from 22.03.2013 № 101-RP (as amended on 26.09.2014) Strategy of socio-economic development of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra till 2020 and for the period till 2030 // Consultant plus [Electronic resource].
10. Implementation of the TA CHI in the transition to predominantly single-channel financing of health care : report of the TFOMS KHMАО – Yugra. 2014.
11. Socio-economic criteria and efficiency indicators for health care organizations / N. G. Shamshurina // Doctor. 2006. No. 7.
12. The specificity of the economic analysis of efficiency of activity of institutions of public health / Sago A. I. // Economic science. 2012. No. 2 (87). P. 104-109.

13. *Standardization in health care. Overcoming contradictions in the legislation, practice, ideas* / N. B. Naigovzina And V. B. Filatov, O. Borozdina, N. Nikolaev. — M. : GEOTAR-Media, 2015.
14. *Stepanov, I. M. Development of models for assessing the effectiveness of the system of mandatory medical insurance* / I. M. Stepanov, K. I. Golovshinskii ; Higher school of Economics. — M. : Publishing House. house of the Higher school of Economics, 2011.
15. *Federal law of 29.11.2010 N 326-FZ On compulsory medical insurance in the Russian Federation* // Consultant plus [Electronic resource].
16. *Federal law of 21.11.2011 N 323-FZ About bases of health protection of citizens in Russian Federation* // Consultant plus [Electronic resource]
17. *Evolution, specificity, and institutional traps of the Institute of health insurance in the Khanty-Mansi Autonomous district – Yugra* / Kunitsyna L. N. // *Regional problems of transformation of the economy*. 2015. No. 9 (59). P. 117-127.