

10.18. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ФИНАНСОВЫХ ПОТОКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Рахимов А.А., аспирант кафедры «Финансы и кредит»

Всероссийская государственная налоговая академия Министерства финансов РФ

В статье последовательно рассматриваются вопросы формирования финансовых потоков здравоохранения с учетом их страновой специфики. Сделанные в статье обобщения позволяют выявить общее и особенное в развитии различного рода ресурсов здравоохранения, что позволяет сформировать апробированные зарубежным опытом возможные направления совершенствования системы здравоохранения в Российской Федерации.

Анализ современных теоретических взглядов на проблемы здравоохранения и сложившаяся практика функционирования этой сферы экономической деятельности свидетельствует, что коммерческие основы не могут стать базой развития системы здравоохранения, так как лечебно-профилактические услуги являются общественно значимым благом, и их организация на предпочтительно коммерческой основе не сможет реализоваться в практической жизни, поскольку удовлетворение потребности населения в данном социально значимом благе вступает в противоречие с интересами извлечения максимальной прибыли. В условиях всеобщей коммерциализации здравоохранения часть наименее обеспеченных слоев населения не в состоянии пользоваться рынком медицинских услуг, что подтверждает опыт наиболее развитых стран, выбравший преимущественно коммерческий путь развития здравоохранения и в частности в США более 20 млн. чел. (около 7% населения) не имеют доступа к услугам медицинской помощи, а около 40 млн. чел., или более 15% населения, не получают достаточно квалифицированного медицинского обслуживания. Кроме того, коммерческая медицина вызывает такие последствия, как чрезмерный рост затрат на здравоохранение из-за навязывания врачами излишних услуг пациентам, приносящих дополнительный доход врачам.

Существовавшее ранее мнение, что дополнительные ассигнования на медицинскую помощь приведут к улучшению здоровья населения показали, что это направление его развития не эффективно, о чем и было заявлено экспертами Международной организации труда в конце XX в. Кроме того, современные научные публикации по этому вопросу говорят о том, что здоровье нации не находится в прямой зависимости от величины расходов на здравоохранение.

Обобщение многочисленных исследований показывает, что причинами социально-экономических потерь от нарушения здоровья населения в современных условиях являются нездоровый образ жизни (52-55%), наследственность человека (20-22%), неблагоприятное состояние окружающей среды и условий труда (18-20%) и в определенной степени неудовлетворительное состояние медицинского обслуживания и системы здравоохранения (7-12%).

При финансировании здравоохранения существует некоторый объективный уровень – «точка перелома», при

превышении которой дальнейшие расходы признаются нецелесообразными. В силу совокупности множества факторов этот уровень имеет ярко выраженные индивидуальные характеристики. Вместе с тем общепризнанно, что для успешного выполнения своих многообразных функций, здравоохранение нуждается в средствах, которые составляют от 6% до 10% валового внутреннего продукта (ВВП). В развитых странах, таких как Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Нидерланды, Исландия, Италия и Швеция, доля здравоохранения в ВВП приближается к этому значению.

Вместе с тем, следует отметить, что происходит постепенное уменьшение доли этих расходов как в реальном выражении, так и в процентах и не только в кризисные годы. Но, как правило, это связано с выводом некоторых статей расходов на здравоохранение из финансирования за счет государственного бюджета. Подобная практика характерна для Швейцарии, Канады и некоторых других стран.

Но при этом следует отметить, что в большинстве стран с развитой рыночной экономикой важнейшим источником финансирования системы здравоохранения, по-прежнему, остается государственный бюджет. Такая ситуация характерна для Норвегии, Бельгии, Люксембурга, Исландии, Дании, Португалии.

Наряду с этим не менее важно и другое:

- как страны наращивают средства финансирования своих систем здравоохранения (т.е. как они распределяют финансовый риск оплаты медицинской помощи);
- какие службы финансируются, кто имеет на это право, как оплачиваются услуги поставщиков медицинской помощи;
- как сдерживаются расходы, как структурирована система предоставления медицинской помощи, обеспечивается ее качество и удовлетворены ли потребители существующей системой.

Можно говорить о том, что способы формирования бюджета здравоохранения в каждой стране имеют свои особенности и не представляется возможным вести их полную систематизацию и четкую группировку по каким-либо признакам. Однако существуют некоторые общие принципы и способы, позволяющие осуществлять финансирование такой важной отрасли социальной сферы, как здравоохранение.

По источникам финансирования все страны можно сгруппировать следующим образом (табл. 1).

Таким образом, наиболее эффективный способ финансового обеспечения здравоохранения – смешанное финансирование. Именно таким образом возможно нейтрализовать наиболее существенные недостатки каждой формы финансирования, которые превращаются при явном преобладании одной из них в системоразрушающий фактор.

Основной целью механизмов формирования ресурсного потенциала здравоохранения в условиях рыночной экономики являются мобилизация достаточных финансовых средств для приобретения остальных ресурсов и реализации системой здравоохранения своих функций, а также справедливое распределение финансового риска, связанного с предоставлением медицинской помощи. В связи с этим возникает необходимость рассмотрения потребности ресурсов в системе здравоохранения.

Ресурсный потенциал здравоохранения представляет собой совокупность трудовых, материально-технических, лекарственных, природно-лечебных, финансовых, организационно-управленческих и информационных ресурсов, характеризующих возможности сети его уч-

реждений и организаций удовлетворять потребности населения в лечебно-профилактических услугах определенного объема, структуры и качества с учетом современных требований медицинской науки и практики. Будучи составной частью экономического потенциала общества, его национального богатства, ресурсы здравоохранения дают представление об экономической значимости данного вида экономической деятельности в системе общественного воспроизводства.

Таблица 1

ГРУППИРОВКА РАЗВИТЫХ СТРАН ПО ПРИОРИТЕТНЫМ ИСТОЧНИКАМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ¹

Страна	Государственное страхование	Страхование		Частное финансирование
		Обязательное	Добровольное	
Австрия	+	+++	++	+
Бельгия	+	-	++	+
Великобритания	+++	-	+	++
Германия	+	+++	++	+
Греция	+++	-	++	+
Индонезия	+++	-	+	++
Испания	+	+++	++	+
Италия	+++	-	++	++
Канада	+++	+++	++	+
Нидерланды	-	+++	++	+
США	+	++	+++	+
Франция	+	+++	++	+
Швеция	+++	-	+	++
Швейцария	-	++	+++	+
Япония	+	+++	++	+

Здравоохранение как производитель медицинских услуг является потребителем большого числа разнообразных товаров и услуг, медицинской техники, медикаментов, сервисных услуг, услуг по ремонту зданий, организации питания, коммунальных услуг и т.д. Оно является не только элементом социальной еры, но и отраслью реальной экономики, оказывающей прямое и косвенное влияние на многие количественные и качественные характеристики трудовых ресурсов, производство новых видов медицинского оборудования, лекарственных средств. В развитых странах в здравоохранение направляется более 12% общего объема вычислительной и информационной техники.

Для обеспечения деятельности системы здравоохранения так же, как и для любого хозяйственного процесса, необходимо объединение значительного числа различных ресурсов. Условно можно выделить три вида финансовых ресурсов вложений в систему здравоохранения: трудовые ресурсы, физический капитал и расходные материалы (рис. 1).

На рис. 1 видно, каким образом финансовые ресурсы, предназначенные для покупки названных выше ресурсов, приобретают характер как капитальных, так и текущих расходов.

Как и в других видах экономической деятельности, решения в отношении инвестиций в здравоохранение приобретают исключительно важное значение, поскольку в основном имеют безвозвратный характер:

¹ +++ – приоритетное значение;

++ – второе место по значимости, а также по объемам финансирования;

+ – третье место по значимости, а также по объемам финансирования [1].

они привязывают значительные суммы средств к местам и видам деятельности, которые трудно отменить, закрыть или сократить.

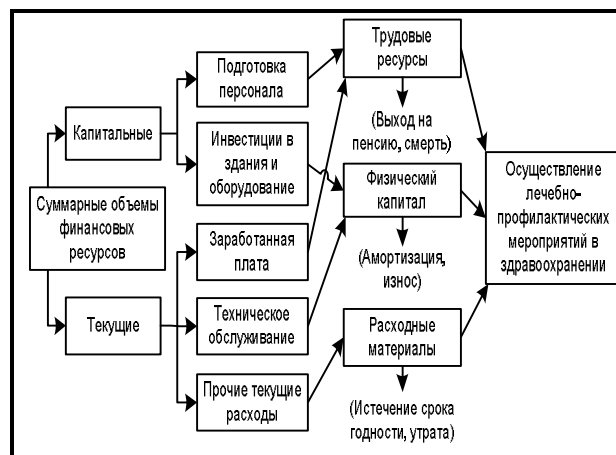


Рис. 1. Расходы в системе здравоохранения

Инвестиции – это финансовые средства, направленные на подготовку врачебных кадров, техническое перевооружение и расширение действующих лечебных учреждений, строительство новых. Продолжительность продуктивности газ личных инвестиций варьирует от 1 года до пяти лет для определенных видов медицинского оборудования, от 30 и более лет для зданий и создания интеллектуального, духовного продукта (подготовка кадров).

Рост стоимости медицинского обслуживания во многом обусловлен появлением новых ресурсов. Научно-технический прогресс воздействует на срок службы активной части основного капитала. По мере появления новых, более совершенных технологий прежние инвестиции устаревают и требуют замены. На продолжительность продуктивности инвестиций существенное влияние оказывает также и то, кто и как ими управляет. При своевременном и грамотном обслуживании здания, оборудование, транспортные средства более медленно теряют свою ценность. При несвоевременном или неполном финансировании, а также низком уровне квалификации обслуживающего персонала основные фонды здравоохранения разрушаются быстрее.

Многие страны начали внедрять различные способы в применении медицинских технологий и регулировании их использования.

Несмотря на различие в способах применения технологий, в каждой, например, из стран (Австралия, Канада, Франция, Германия, Нидерланды, Швеция, Великобритания и США) оказалось возможным различить два отчетливых, но связанных между собой процесса: регулирование принятия на вооружение новых медицинских технологий на национальном и региональном уровнях и децентрализация использования этих технологий на местном уровне.

Медицинские технологии являются товарами рыночного спроса, которые дают преимущества в конкурентной борьбе и получении прибыли поставщикам, особенно в области лекарственных средств, электронно-диагностической и хирургической аппаратуры. Стимулы к принятию технологий мотивируются различными потребностями:

- польза для пациентов (снижение смертности, повышение качества жизни);

- выигрыши для поставщиков (рыночные преимущества для врачей или медицинских учреждений, более умелое предоставление медицинской помощи);
- выгоды для производителей лекарств и инструментария.

Попытки регулирования использования технологий делаются на национальном и региональном уровнях в форме сертификата необходимости национальных центров по специальным технологиям в Австралии, глобальных бюджетов в Канаде, Швеции и Великобритании и «географических карт здоровья» для планирования во Франции.

Отсутствие альтернативных ресурсов для капитальных вложений в ресурсоемкие медицинские технологии в этих странах подкрепляет регулиющую мощь правительства на уровне всей системы. В таких странах большое внимание уделяется вопросам оценки и оптимизации стоимости как части процесса управления.

Например, в Германии опубликован обзор положения дел в области определения стоимости медицинских технологий и экономической оценки здравоохранения этой страны. Предложены следующие шаги для разработки всеобъемлющей концептуальной схемы:

- создание институциональной, организационной и финансовой основы для экономической оценки служб здравоохранения и оценки технологий на различных стадиях их жизненного цикла;
- внедрение в практику результатов оценки технологий;
- установление приоритетов, механизмов и процедур для проведения оценки технологий и экономической оценки медицинского обслуживания и создания необходимых информационных структур.

Материально-технические ресурсы, представленные основными фондами здравоохранения, являются важнейшим фактором оказания медицинских услуг.

Основные фонды здравоохранения в силу специфики медицинских услуг, потребляемых в процессе их производства, имеют двойственный характер. Они являются не только важным фактором производства лечебно-профилактических услуг, но и обеспечивают их потребление пациентами. Двойственная (производственно-потребительская) природа основных фондов здравоохранения обуславливает необходимость создания не только материально-технической базы для эффективного труда медицинских работников, но и необходимых материальных условий для потребителей их услуг.

Другой важный фактор производства медицинских услуг – трудовые ресурсы. Концептуально их можно рассматривать как человеческий капитал. При этом важно учитывать, что профориентация, подготовка, переподготовка и повышение квалификации являются инструментом регулирования кадрового потенциала здравоохранения региона. В отличие от материального капитала, знания при их использовании не разрушаются. Но, как и в случае с оборудованием, по мере появления новых технологий и медицинских знаний ранее приобретенные знания и навыки устаревают, а порой становятся сдерживающим фактором внедрения нового, прогрессивного опыта. Поэтому опережающее обучение и систематическое повышение квалификации является необходимым условием обеспечения соответствия профессионально-квалификационного уровня медработников требованиям научно-технического и социального прогресса.

В развитых странах существует признание фактов излишков или дефицита врачей с целым рядом негативных последствий. Утверждается, что нет ни одной стра-

ны, где этот вопрос был бы решен удовлетворительно. Сегодня нет надежного метода, инструментов планирования, методологии или стратегии для обеспечения соответствия врачебных кадров потребностям населения в медицинской помощи. Одним из возможных объяснений может быть игнорирование политического контекста, в котором имеют место планирование, разработка политики и ее осуществление имеют место.

Главные политические силы в странах Европы, формирующие политику подготовки врачей, принадлежат к четырем кругам:

- медицинские ассоциации;
- преподаватели медицинских учебных учреждений;
- субъекты социального страхования и национальное правительство.

В Великобритании число этих сил равно трем потому, что расходы на здравоохранение осуществляются из налогов, собираемых правительством.

Наличие бесплатного медицинского обслуживания расценивается как фактор избыточного спроса на него. Чем больше число врачей, тем выше объем оказанной медицинской помощи. Отношение субъектов системы здравоохранения к численности врачей определяется также системой оплаты медицинских услуг. В тех странах, где «гонорар за услугу» является основной или доминирующей системой оплаты, большинство медработников энергично противодействуют росту численности медицинского персонала.

Отношение медицинских ассоциаций к увеличению его также значительно различается в зависимости от системы оплаты. В странах, где врачи получают плату или подушевую оплату, медицинские ассоциации не проводили политику уменьшения численности врачей. Вопрос о ней встает тогда, когда число выпускников медицинских институтов превышает число вакантных должностей. В странах с системой оплаты медицинских услуг «гонорар за услугу» медицинские ассоциации и врачи защищают проводимую политику по ограничению числа врачей.

Национальные правительства редко допускают прямое вмешательство в выпуск врачей. В годы нехватки медицинского персонала правительства поощряли рост численности медицинских работников, но в условиях кризиса большинство стран выступают против этого.

Оказание разумной всеобъемлющей медицинской помощи возможно при интенсивном или рациональном использовании врачей. Иными словами – анализировать планирование подготовки врачебных кадров без учета других вложений в систему здравоохранения не имеет смысла. Широкий размах колебаний числа врачей в различных странах отражает взаимоотношения между государством и медициной. Профессиональные медики используют любую возможность для ограничения притока новых медицинских работников и повышают тем самым свои доходы.

Во многих странах сложившаяся инфраструктура здравоохранения является продуктом их экономического развития. Расходы на инвестиции в большие здания и лечебно-диагностическое оборудование составляют не более 5% от суммарных годовых расходов на здравоохранение, но как правило имеют тенденцию к снижению.

Системы здравоохранения характеризуются интенсивностью трудозатрат, и для их функционирования необходим квалифицированный и опытный медицинский и немедицинский персонал, обеспечивающий ле-

чебный процесс. Расходы на кадровые ресурсы во многих странах обычно составляют две трети и более суммарных текущих расходов. Кадровый потенциал может эффективно использоваться лишь при наличии физического капитала – больниц, оборудования, а также лекарственных средств и расходных материалов. Важно не только обеспечить работоспособный баланс между созданием капитала в здравоохранении в целом и текущими видами деятельности и расходов, но и чтобы три вида финансовых вложений (трудовые ресурсы, физический капитал и расходные материалы), также находились в сбалансированном состоянии.

Снижение темпов экономического роста особенно в условиях кризиса сказалось и на политике использования ресурсов в здравоохранении. Большинство стран ввело те или иные меры, ограничивающие экстенсивное развитие больничной помощи. Строительство новых больниц, в том числе частных, стало возможным лишь при наличии разрешения министерств здравоохранения или медицинских ассоциаций. В Новой Зеландии, например, к аккредитации, допускаются лишь больницы, имеющие не менее 150 коек.

Наиболее динамичным видом материальных ресурсов в здравоохранении являются медикаменты. Темпы расходов на них в большинстве стран превышают как темпы роста ВВП, так и темпы роста общих издержек на здравоохранение. Наибольшие средства направляются на медикаменты во Франции, Японии, Германии (в этой стране они составляют 17% от общего объема финансирования здравоохранения). Правительства пытаются сдерживать рост расходов на лекарства, используя разнообразные механизмы:

- контроль цен;
- системы эталонных цен;
- позитивные и негативные перечни;
- участие пациентов в расходах;
- назначение лекарственных средств-дженериков;
- исключение из списков определенных медикаментов и контроль за прибылями фармацевтических предприятий.

На лекарственную помощь также распространяются принципы страхования, которое бывает обязательным и добровольным. Во многих странах такое страхование не практикуется. Это обусловлено, в частности, тем, что нет четкой дифференциации между так называемыми бытовыми медикаментами, которые можно купить в любой лавочке, и собственно фармакопейными, имеющимися только в аптеках.

Уровень государственного регулирования цен на лекарства в разных странах неодинаков. Можно выделить следующие формы регулирования цен:

- государственный контроль за ценами;
- государственные закупки лекарств;
- система рекомендуемых цен;
- создание посреднических фирм.

В ряде стран осуществляется жесткий контроль цен на лекарства. Так, в Бельгии его осуществляет специальное правительственное агентство в системе министерства экономики. В системах регулируемого законом медицинского страхования больничные фонды не оплачивают счета сверх официально установленных цен. В США и Германии контроля над ценами на медикаменты нет.

Цены могут регулироваться путем государственных закупок медикаментов для использования их населением. Осуществляя крупные закупки, государство мо-

жет оказывать жесткое давление на производителей при определении цены.

Система рекомендуемых цен действует следующим образом. Страховые компании (например в Германии) выбирают наиболее дешевый из всех сходных по действию препарат и определяют его цену как рекомендуемую. Именно ее оплатит фармацевту страховая компания. Если пациент возьмет более дорогое лекарство из этой группы, то разницу между его настоящей ценой и рекомендуемой он платит сам.

При создании с помощью государства посреднических фирм последние заключают соглашения с фармацевтами и продают пакет этих соглашений максимально большому числу страховых компаний. Приобретая эти пакеты, страховые компании берут на себя обязательства об оплате услуг фармацевтов из расчета оптовая цена плюс твердая надбавка. Тем самым регулируется степень «накручивания» цены в посреднических структурах. В свою очередь посреднические фирмы передают страховой компании кредитные пластиковые карты, которые компания распространяет среди своих клиентов. Застрахованный идет в аптеку с рецептом и этой картой. В карте закодировано, куда фармацевт будет высылать счет за лекарства, купленные клиентом. Оплату счета производит фирма-посредник, которая затем снимает эти деньги со счета страховой компании. Все это производится с помощью систем телекоммуникационной связи. Фирма Pharmaceutical card system, например, заключила соглашения более чем с 90% всех аптек США. Тем самым создается система «сотрудничающих» со страховыми компаниями групп фармацевтов, которые за льготы в оплате со стороны страховых компаний стараются отвлечь застрахованного от покупки некоторых особо дорогих лекарств. Но такая политика часто подпадает под антимонопольное законодательство.

Во многих странах имеются «ограничительные» списки обычно дорогостоящих и имеющих дешевые аналоги лекарств, которые не оплачиваются страховыми компаниями в случае их выписки. Сюда же включены медикаменты, применяемые для самолечения. «Ограничительные списки» относятся обычно к амбулаторной помощи. Больницы могут применять любые лекарства на основании клинических (наиболее эффективные лекарства) и экономических (более дешевые препараты) мотивов. Крупные больницы часто имеют собственные списки.

Часто утверждается (Финляндия) официальный перечень хронических болезней (47 диагнозов), по которому пациенты имеют строго оговоренные права на получение бесплатных и частично оплачиваемых медикаментов. В ФРГ в середине 1980-х гг. лекарства стоимостью 15 марок были бесплатными, а на лекарства свыше 15 марок клиент получал скидку в 50%. Если по договору обязательного медицинского страхования клиент имеет льготы по оплате лекарств, то список бесплатных лекарств для него расширяется. Для длительного лечения сроком до 3 месяцев и более предусматриваются специальные льготы, вплоть до бесплатного отпуска лекарств.

Практически во всех странах используются соплатежи пациентов при приобретении лекарств. Возможно использование трех принципиальных подходов:

- взимание фиксированной суммы в том или ином виде за каждое выписанное лекарственное средство (Нидерланды, ФРГ, Израиль, Австралия и др.);

- оплата определенного процента стоимости (Франция, Бельгия, Испания, и др.), а также специфических медикаментов, если их стоимость превышает установленную сумму (Финляндия).

Но при стационарном лечении соплатежи обычно не взимаются.

В разных странах соплатежи пациентов при приобретении медикаментов рассматриваются либо как механизм сдерживания расходов и контроля за назначениями, либо как дополнительный источник финансирования этих расходов. Достижение успехов в сдерживании роста расходов на здравоохранение еще в большей мере делает актуальной проблему его эффективности, как с экономической, так и с медицинской точки зрения.

Эффективность использования ресурсов отчасти обеспечивалась теми же мерами, что и сдерживание расходов, т.е. изменением механизмов финансирования. При этом важное значение имеет система оплаты труда. Обычно используются три подхода к оплате труда врачей: за услугу, за жителя и фиксированная заработная плата. Оплата за услугу наиболее распространена в США, Австралии, Канаде, Германии, Франции, Бельгии. Оплата за услугу, так же как и в случае с финансированием больниц, стимулирует врачей к увеличению объема деятельности. Кроме того, она позволяет пациенту осуществлять выбор врача не только при различных заболеваниях, но и при лечении одного и того же заболевания. При этом платательщик имеет возможность проконтролировать конкретный объем помощи, оказанной конкретному пациенту.

С другой стороны, такая система оплаты труда ведет к положению, когда дополнительный спрос инициируется предложением. Причем предложение определяется самими врачами, для которых материальный интерес занимает далеко не последнее место. В результате врачи рекомендуют пациентам наиболее выгодные для них (врачей) услуги. И чем детальнее прейскурант, тем больше таких возможностей у врачей. По различным оценкам, от 30% до 47% всех назначений, в том числе оперативных вмешательств, в США оказываются ненужными и могут не проводиться без ущерба для пациентов.

Наибольшие возможности «провоцирования спроса» врачи имеют в отношении повторных визитов. Оплата за услугу является наиболее дорогостоящим методом, ведущим к тому же к стимулированию роста расходов. Тем не менее в таких странах, как Германия, Франция, Канада, этот метод оплаты труда существует и регулируется правительством. Попытки заменить его в Германии, Франции, Австралии не увенчались успехом, так как врачи предпочитают получать оплату за услугу.

В то же время в Италии оплата за услугу была заменена на подушевую оплату. Оплата труда врачей амбулаторной помощи (в основном врачей общей практики) в расчете на одного обслуживаемого жителя давно используется в Великобритании, Голландии и Дании. Распространена она также в США в организациях поддержания здоровья.

Достоинством такого механизма оплаты, связывающего доход врача с числом обслуживаемых им жителей, является право пациента выбирать лечащего врача (с некоторыми ограничениями) и преемственность лечения, поскольку врач в этом случае оказывает помощь одним и тем же пациентам. Например, в Великобритании врачи общей практики работают в

среднем 78 ч. в неделю, при этом врач имеет большую клиническую свободу, поскольку никто не вмешивается в технологию лечебно-диагностического процесса. Такой метод стимулирует врачей ехать в отдаленные районы, так как там легче набрать максимальное число прикрепленных жителей. Важно также отметить, что подушевой метод оплаты труда стимулирует профилактическую работу врачей, поскольку предупреждение заболеваний снижает нагрузку на них же в будущем.

С другой стороны, фиксированная подушевая оплата может привести к недостаточной заинтересованности врача в объеме работы и вследствие этого к увеличению затрат на оказание пациентам консультаций. Кроме того, поскольку врач сам ведет дело, оплачивая из получаемых средств и содержание своего офиса, и труд вспомогательного персонала от управляющего до уборщицы, возможно недостаточное оснащение офиса необходимым оборудованием и (или) недостаточное количество персонала для обеспечения качественной работы.

В Финляндии, Швеции, Греции, Испании, Израиле наиболее распространенным методом оплаты труда врачей при обеспечении больничной и внебольничной помощи является оплата по фиксированным ставкам (окладам). Такой метод удобен для планирования развития здравоохранения, обеспечивает доступность врачей для пациентов, стимулирует бригадные формы организации труда врачей, позволяет контролировать расходы, гарантирует врачам определенный доход, регламентирует их рабочее время. Однако этот метод не стимулирует врачей увеличивать объем и повышать качество работы. При этом они предпочитают направить пациентов на консультацию к другим специалистам. Все это снижает доступность медицинской помощи пациентам, увеличивает время ожидания помощи и стимулирует развитие теневой экономики в здравоохранении.

Как видно, каждый из методов оплаты труда имеет свои достоинства и недостатки. Практически в каждой стране пытаются повысить эффективность используемого метода путем комбинации с другими:

- зарплата дополняется премиями;
- подушевая оплата сочетается с системой доплат за объем и расширение видов помощи, а также дотаций на ведение дела;
- оплата за услугу ограничивается введением максимального предела на возможный годовой доход врача.

Однако по какому принципу следует оплачивать труд врачей, до конца не ясно. Ни зарплата, независимая от результатов конкретной деятельности, ни неконтролируемая система оплаты в расчете за услугу, основанная лишь на предположении, что расценки будут обычными и традиционными, не обеспечивают совпадения интересов врачей и пациентов. Развитие рыночных отношений в здравоохранении в дальнейшем приведет к созданию системы, которая окажется средней между оплатой за услугу с регулированием цены услуг и оплатой труда на основе согласованных тарифных ставок.

Важным условием обоснованного формирования ресурсного потенциала является наличие соответствующей эпидемиологической, социально-демографической, медицинской и экономической информации. Национальные счета здравоохранения, представляющие информацию обо всех расходах на здравоохранение по типам служб и источникам выплат, широко используются на Западе для принятия рациональных решений. Та-

кие счета включают общественные субсидии и частные затраты, в том числе деятельность теневого рынка и побочные выплаты поставщикам медицинской помощи, чтобы давать полную картину общего объема ресурсов, поступающих в сектор здравоохранения.

Исследование специфики ресурсного обеспечения здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой показало, что формирование ресурсного потенциала здравоохранения обуславливается скоординированным выполнением 26 функций, которые, по определению Всемирной организации здравоохранения, присущи практически всем национальным системам здравоохранения.

1. Производство ресурсов здравоохранения:
 - подготовка кадров для здравоохранения;
 - создание медицинских учреждений;
 - производство, поставка распределение фармацевтических продуктов; производство медицинского оборудования и материалов;
 - научные исследования в области организации здравоохранения и медицинских технологий.
2. Оказание медико-санитарной помощи:
 - охрана окружающей среды;
 - профилактика и содействие здоровью граждан;
 - медицинская помощь первого уровня;
 - вторичная медицинская помощь;
 - третичная медицинская помощь;
 - медицинская помощь гражданам внутри особых групп населения;
 - медицинская помощь гражданам с особыми видами расстройств здоровья;
 - организованная самопомощь.
3. Механизмы экономической поддержки:
 - мобилизация финансовых ресурсов;
 - распределение финансовых ресурсов.
4. Управление здравоохранением:
 - управление делами здравоохранения;
 - планирование здравоохранения и формулирование его политики;
 - информационные потоки;
 - координация в системе здравоохранения;
 - координация между социальными и экономическими системами;
 - привлечение общественности;
 - медицинское законодательство;
 - регулирование кадровых ресурсов;
 - регулирование материальных ресурсов;
 - регулирование служб здравоохранения;
 - международное сотрудничество.

Перечисленные функции должны соответствующим образом координироваться, находить под контролем общества и государства. Системы здравоохранения с отсутствием или с плохо исполняемыми функциями не могут работать успешно. Сосредоточение исключительно на исполнении нескольких функций в ущерб другим вызывает, как правило, плохое выполнение остальных функций.

Процесс реформирования здравоохранения в целом и его ресурсного потенциала в частности приобрел общемировой характер. Во многих странах прошли, проводятся или обсуждаются реформы, затрагивающие основные принципы финансирования здравоохранения, кадрового, лекарственного и технико-технологического обеспечения медицинских учреждений, т.е. ресурсное обеспечение здравоохранения следует рассматривать не как достижение ранее поставленной цели, а как процесс. Формирование ресурсного потенциала здравоохранения связано с реализацией принципов гуманизма и демократии, повышением ответственности работодателей за здоро-

вье своих работников, создание здоровых условий труда и быта, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, повышение их ответственности за формирование здорового образа жизни, внедрение принципов медицинской и социальной профилактики в систему здравоохранения и обязательного медицинского страхования региона. Этот вывод имеет важное методологическое значение для обоснования стратегии рационализации ресурсного обеспечения здравоохранения.

В целом, несмотря на неудачи, большинство экономически развитых стран достигло определенных результатов в сдерживании роста расходов на здравоохранение. Эти результаты можно признать успешными, если учесть отношение к проблеме всех заинтересованных сторон. Так, медицинские работники здравоохранения не заинтересованы в сдерживании расходов, так как это напрямую отражается на их доходах. Мало заинтересованы в сдерживании расходов коммерческие страховые компании, поскольку объем медицинской помощи определяет уровень их доходов.

Органы власти, с одной стороны, заинтересованы сократить расходы, уменьшив тем самым налоговое бремя на граждан. Но, с другой стороны, трудно себе представить политика, который решится заявить своим избирателям о программе сокращения числа коек в больницах и медицинского персонала в учреждениях на своей территории. Позиция граждан также неоднозначна. С одной стороны, они хотели бы платить меньшие налоги, в том числе страховые взносы, с другой – будучи потенциальными или фактическими пациентами, они не заинтересованы в снижении возможности получения наилучшей медицинской помощи.

Прямо заинтересованы в сокращении расходов на здравоохранение работодатели, так как это ведет к снижению цены рабочей силы, а значит, к сокращению их издержек. Хотя, с другой стороны, недостаточная медицинская помощь может сказаться на качестве той же рабочей силы. Единственно, кто однозначно заинтересован в сдерживании расходов, это финансовые органы, «которые должны беспокоиться о росте налогов и финансовых субсидиях; все остальные, включая плательщиков, настолько озабочены возможностью немедленного получения лучшей помощи, что они без всяких сомнений отдадут предпочтение производителям услуг. Наиболее эффективным механизмом финансирования признается перспективное установление бюджета больниц и оплата внебольничной помощи в расчете на одного жителя.

Анализ специфики ресурсного обеспечения здравоохранения зарубежных стран показал, что их особенности можно представить следующими пятью группами.

1. Решение проблемы дефицита ресурсов здравоохранения путем сдерживания общих расходов; т.е. достижение более значительного прироста показателей здоровья населения на единицу затраченных ресурсов. Таким образом задача сдерживания затрат трансформируется в стратегию повышения медицинской и социальной эффективности использования ресурсов.
2. Реформы системы финансирования здравоохранения, включающие обеспечение финансовой устойчивости и всеобщий охват населения за счет средств преимущественно обязательного медицинского страхования.
3. Реформы, направленные на обеспечение более эффективного распределения поступающих от страховщиков средств между производителями медицинских услуг. Сюда включаются реформы, воздействующие непосредственно на кадровые ресурсы отрасли – производителей медицин-

ских услуг, чтобы их материальная заинтересованность и профессионально-квалификационный состав были ключевыми факторами предоставления населению экономически эффективной и высококачественной медицинской помощи.

В ходе реформ принимались или принимаются меры по повышению эффективности организации лекарственного обеспечения.

Всеобщность охвата населения бесплатной медицинской помощью ведет к неизбежным конфликтам плательщиков (органов здравоохранения или страховщиков) и медицинских учреждений в связи с необходимостью контроля за расходами последних, поскольку первые являются основным источником финансирования и не могут переложить ответственность за оплату медицинской помощи на другие источники.

Таким образом, формирование, справедливое распределение, эффективное использование ресурсов здравоохранения – это социально-экономический процесс. Основными направлениями его совершенствования являются поэтапное повышение уровня финансирования здравоохранения, повышение качества работы врачей и медицинских учреждений, изменение методов оплаты труда, обеспечение материальной заинтересованности в более рациональном использовании ресурсов и достижении надлежащего качества медицинских услуг. Это достигается путем разделения покупателей медицинской помощи, пациентов и медицинских учреждений, развитием конкуренции между первыми и последними с одновременным улучшением государственного регулирования, направленным на уменьшение негативных последствий действия рыночных отношений в здравоохранении.

На основе анализа опыта стран с развитой рыночной экономикой для формирования стратегии российского здравоохранения в теоретическом и практическом плане важнейшим направлением реформирования ресурсного обеспечения является расширение социально-страховых принципов его финансирования с развитием обязательного медицинского страхования и добровольного страхования здоровья.

Литература

1. Зиборова И.В. Современная организация и финансирование здравоохранения [Текст] / И.В. Зиборова. – М. : Экономический факультет МГУ ; ТЕИС, 1999.
2. Медик В.А. Статистика здоровья населения и здравоохранения [Текст] / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М. : Финансы и статистика, 2009.
3. Трушкина Л.Ю. и др. Экономика и управление здравоохранением [Текст] / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев, А.Г. Трушкин. – М. : Феникс, 2005.
4. Экономика здравоохранения [Текст]. – М. : ГУ ВШЭ, 2009.
5. Экономика здравоохранения [Текст] / под ред. А.В. Решетникова. – М. : Гэотар-Медиа, 2009.

Ключевые слова

Система здравоохранения; финансовые потоки; ресурсное обеспечение здравоохранения; модели финансирования системы здравоохранения; индикаторы развития системы здравоохранения.

Рахимов Антон Алиевич

РЕЦЕНЗИЯ

Представленная статья посвящена актуальным вопросам формирования финансовых потоков в системе здравоохранения. Особую значимость разработке решений этой проблемы отводится в условиях кризиса, который в первую очередь затрагивает общественный сектор производства к которому относятся и услуги здравоохранения.

Автором представлен подробный анализ ресурсного обеспечения этого сектора экономической деятельности, проведено аналитическое исследование всех его составляющих. Также в статье приведен богатый опыт решения поставленных в статье проблем в зарубежных странах, что позволяет выработать определенные рекомендации по использованию позитивного опыта развитых стран в российской практике. Убедительно доказывается необходимость государственного регулирования процесса финансового обеспечения здравоохранения, особенно в условиях недостаточности доходов населения страны для «приобретения» услуг здравоохранения. Безусловно, статья Рахимова А.А. представляет научный интерес и рекомендуется к печати.

Молчанов И.Н., д.э.н., профессор, доцент кафедры экономики социальной сферы Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

10.18. ANALYSIS AND ESTIMATION OF FINANCIAL STREAMS OF SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES IN THE CONDITIONS OF MARKET TRANSFORMATIONS

A.A. Rahimov, Post-graduate Student
Chair «Finance and credit»

Tax academy

In article questions of formation of financial streams of public health services taking into account them post-ratio specificity are consistently considered. The generalizations made in article allow to reveal the general and especial in any development of resources of public health services that allows to generate the possible directions of perfection of system of public health services approved by foreign experience in Russia.

Literature

1. I.V. Ziborova. Modern the organization and public health services financing. – M: Economic faculty of the Moscow State University. TEIS. 1999.
2. V.A. Medik, M.S. Tokmachev. Statistics of health of the population and public health services. – M: The Finance and statistics, 2009.
3. Public health services economy. – M: GU VSHA. 2009.
4. L.J. Trushkina, R.A. Tleptserishev, A.G. Trushkin. Economy and management of public health services. – M: The Phoenix. 2005.
5. Public health services economy / Under. ред. A.V. Reshetnikova. – Geotar-media. 2009.

Keywords

Public health services system; financial streams; resource maintenance of public health services; model of financing of system of public health services; indicators of development of system of public health services.