# **Здравоохранение**

Здравоохранение нашей страны прошло сложный исторический путь развития, позволивший в 20-60 годы решить задачи социально-гигиенического благополучия в стране в условиях преимущественно инфекционной патологии. В течение нескольких десятилетий развитие здравоохранения шло экстенсивным путем, что было в значительной степени оправдано. Однако в 70-80 годы в связи с начинающимся эпидемиологическим переходом, новыми условиями социально-экономического развития страны необходимо было перевести здравоохранение на новый режим функционирования, но в силу целого ряда причин это не было сделано. Более того, в последнее десятилетие усилились те негативные тенденции, которые были связаны с остаточным принципом финансирования, господством административно-командных методов управления, уравнительным затратным характером всего народного хозяйства.

 Форма хозяйствования в здравоохранении отражала в условиях командно-административной системы ее основополагающие черты. Эти черты и признаки достаточно подробно проанализированы в литературе и могут быть сведены к следующему. Во-первых, это иерархическая многоуровневая подчиненность; во-вторых, определение на уровне высших звеньев управления целей развития ЛПУ и путей их достижения; в - третьих, текущая координация и текущий контроль деятельности нижестоящих звеньев; в - четвертых, доведение до лечебно-профилактических учреждений обязательных к исполнению адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывалась системы оценки и стимулирования. Все это приводило к следующим последствиям. Это, прежде всего хроническая нехватка финансовых средства, неэффективное использование имеющихся ресурсов, недостаточные материальные стимулы, отсутствие возможности здравоохранению влиять на демографические, экологические, социально-экономические факторы, определяющие условия жизни людей и состояние их здоровья.

 Можно утверждать, что в 80-е годы в нашей стране сложился своеобразный кризис здравоохранения, который проявлялся особенно остро по следующим направлениям:

1. Кризис здоровья. Если еще 20 лет назад группа здоровых составляла приблизительно 30% от общего числа населения, то теперь не более 20%. Более 25% населения ежегодно госпитализируется в больницы, из каждый 100 родившихся 11 имеют дефекты физического и психического состояния. Снизилась средняя продолжительность жизни;
2. Кризис финансирования. Если в начале 70-х расходы на здравоохранение составляли около 10% от ВНП, то теперь они составили менее 3% от ВНП.
3. Кризис материально-технической базы;
4. Кризис кадров.

 Принятое в 1989 году "Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении" было направлено на преодоление всех этих негативных моментов. Согласно этому документу предполагалось, что по мере готовности ЛПУ перейдут на новые условия хозяйствования в 1990-1991 гг. В этом положении были определены общие принципы и формы работы ЛПУ на основе применения экономических методов управления и перехода преимущественно к территориальному принципу управления здравоохранением. Необходимо отметить, что концепция, заложенная в этом документе, в существенной мере копировала экономические решения относительно других отраслей экономики страны, и на наш взгляд, в малой степени учитывала специфику здравоохранения. В литературе достаточно подробно освещены положительные и отрицательные стороны внедрения нового хозяйственного механизма здравоохранения. Представляется, что в целом сделанные в этом направлении шаги были правильными, однако резкая смена приоритетов в концептуальном развитии страны, переход на рыночные рельсы, принятие закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в значительной степени радикализировали обстановку и потребовали новых подходов к дальнейшему развитию всей системы охраны здоровья населения.

 В связи с этим в последнее время появилось значительное количество публикаций, в которых анализируется в основном необходимость перехода к медицинскому страхованию. Медицинское страхование, как отмечают многие авторы, в широком смысле - это новые экономические отношения в здравоохранении в условиях рынка, то есть создание такой системы охраны здоровья и социального обеспечения, которая реально гарантировала бы всем жителям Российской Федерации свободно доступную квалифицированную медицинскую помощь, независимо от их социального положения и уровня доходов.

 Цель медицинского страхования - повысить качество и расширить объем медицинской помощи посредством: радикального увеличения ассигнований на здравоохранения; децентрализации системы управления фондами здравоохранения; материальной заинтересованности медицинских работников в конечных результатах; экономической заинтересованности предприятий в сохранении здоровья работающих; экономической заинтересованности каждого человека в сохранении своего здоровья. Именно так широко определена цель в законе о медицинском страховании.

 Естественно, переход к медицинскому страхованию порождает значительное количество проблем, решение которых становится чрезвычайно актуальным. Так, в частности, важной проблемой является разработка методик технико-экономического обоснования соответствующих услуг. Такие методики необходимы, с одной стороны, страховым медицинским компаниями для прогнозирования своего развития с целью обеспечения рентабельности своей деятельности, а с другой стороны - органам управления здравоохранением и Госстрахнадзора РФ для разработки адекватных мер регулирования рынка страховых медицинских услуг. Для того чтобы создать условия для развития системы медицинского страхования в нашей стране, как отмечают многие специалисты, необходимо предварительное решение следующих юридических, организационных и финансовых задач:

* "вписать" систему медицинского страхования в основные принципы, структуру и органы управления существующей системы государственного здравоохранения;
* установить юридический статус застрахованного, страхующихся организаций и учреждений, обеспечивающих предоставление медицинских услуг;
* разработать принципы и единую систему ценообразования, применяемую в системе медицинского страхования;
* разработать принципиально новую информационную систему, позволяющую определить эффективность и качество медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования;
* предложить схемы и установить размеры формирования финансовых ресурсов для медицинского страхования, имея в виду участие государства, предприятий, местных органов власти, населения;
* организовать на всех уровнях управления здравоохранением систему арбитража.

 Сам механизм страхования объективно отражает присущее рыночным отношениям свойство неопределенности и возникновения ситуации, которая порождает большие непредвиденные потери. Страхование является одним из основных способом, к которым прибегают люди и различные предприятия для снижения потерь от рисковых ситуаций. Основная цель страхования состоит в уменьшении риска (потерь от риска), который различные субъекты должны нести, в перекладывании риска на тех, кто более охотно (или, находясь в лучшем положении) готов его нести. Механизм страхования включает в себя объединение рисков и их перераспределение.

 В то же время возникает своеобразное противоречие. С одной стороны, страхование отражает природу рыночных отношений, а с другой - в определенной степени деформирует спрос и предложение медицинских услуг. В частности, существует серьезное последствие страхования - оно поощряет человека тратить на медицинские услуги больше, чем при других условиях. Если человек знает, что страхования компания оплатить 80% стоимости пребывания в больнице за каждый дополнительный день, он может остаться и дальше в ней, хотя фактически уже в этом не нуждается. И он не будет слишком возражать, если, предположим, больница назначит цену за одни день в 10000 рублей вместо 9000 рублей, зная, что увеличение цены обойдется ему только в 200 рублей. Можно предположить, что и врачи зная, что пациенту не придется платить полностью по счету, прописывая даже очень дорогое лекарство с сомнительной эффективностью будут меньше колебаться.

 Чем большей эластичностью спроса по цене будут обладать медицинские услуги, тем эта закономерность будет проявляться в большей степени. В еще больше степени это противоречие проявиться, когда пациенты совсем не будут участвовать в издержках по оказанию медицинских услуг.

 Необходимо также обратить внимание, на то, что договор страхования затрагивает поведение людей, которое получило название морального риска. Даже при наличии возможности объединения и распределения риска страховые компании могут столкнуть с ситуацией, когда они будут не в состоянии страховать некоторые виды рисков. Это связано со следующей причиной. Например, если человек застраховался от угона автомобиля и в случае свершения этого события должен получить достаточно средства для приобретения нового, у него может резко упасть интерес к тому, чтобы запирать двери автомобиля на ключ. Однако если большинство автомобилей будет угоняться именно по этой причине, то стоимость страхования от угона для страховой компании будет близка к цене нового автомобиля и вряд ли можно будет найти желающего получить страховой полис по столь высокой цене. Одним из путей решения этой проблемы может стать частичное возмещение ущерба, тое есть если машина будет угнана, то ее владельцу будет возмещена лишь часть стоимости машины. Таким образом, у владельца все же будет стимул запирать дверь, причем владелец автомобиля берет на себя часть риска, который он моет устранить без страхования.

 Страхование затрагивает тем самым на только количество медицинских услуг, то есть спрос, но и деятельность человека по "поддержанию своего здоровья". Возникает определенная альтернатива между страхованием и стимулированием различных субъектов рынка медицинских услуг. Чем лучше развито страхование, тем меньше рыночных стимулов к росту эффективности использования имеющихся ресурсов; чем хуже развито страхование, тем сильней рыночные стимулы. Можно легко нарушить баланс между этими сторонами. Баланс может быть сохранен введением различных ограничений в страховании. Люди не должны быть застрахованы на 100% расходов на лечение, иначе это полностью ликвидирует рыночные стимулы. Но они должны быть уверены, что по всем крупным рискам им придется платить только часть цены.

 Некоторые из проблем, связанных с моральным риском, могут быть уменьшены путем расширения контроля, гарантирующего, что ненужные расходы не будут произведены. Однако улучшение контроля может увеличивать расходы. Например, для гарантии, что средствами обеспечиваются только действительно необходимые операции, некоторые страховые компании в США оплачивают только операции, проводимые в стационаре. Последствием этого является увеличение числа операций в больницах, которые с меньшими затратами можно было бы осуществить в офисах частнопрактикующих врачей.

 Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Такая социальная защита может быть реализована путем создания в едином порядке специализированного денежного фонда, в формировании которого принял бы участие, в конечном счете, каждый гражданин.

 В этом случае медицинское страхование принимает форму обязательного. Социальный характер обязательного медицинского страхования, позволяющий каждому гражданину получать одинаковую медицинскую помощь, достигается неравным вкладом каждого в создание денежного фонда на оплату этой помощи. Другими словами, богатый платить за бедного. Именно в этом проявляется принцип общественно солидарности, на котором построена система обязательного медицинского страхования во многих европейских странах. По мнению А.В. Телюкова, в демократических государствах вопрос о всеобщей доступности медицинской помощи основывается на свободном индивидуальной выборе, то есть является результатом гражданского согласия и имеет под собой прочную экономическую, социальную и политическую основу. Под экономической основой он понимает достаточно высокий уровень личных доходов: готовность перераспределять часть средств в пользу менее удачливых сограждан органично вытекает из высокого уровня собственного благосостояния. Социальный фундамент означает, что решения, принимаемы людьми в общественной сфере, формируются их собственными убеждениями, взглядами, концепциями, верованиями. Политической основной общественного договора являются институты законодательной и исполнительной власти, которые придают общественному договору форму закона и реализуют его в политике правительства. При этом и законодательная, и исполнительная власть подконтрольны избирателям.

 Социальное страхование, в том числе и обязательное медицинское, по своей природе является бесприбыльным. Страховая деятельность осуществляется на основе самоокупаемости и возвращения возникшей прибыли в фонды развития страховой системы. В большинстве стран государство освобождает такие системы от уплаты налогов, предоставляет иные льготы, осуществляет страхование от разорения, выдает целевые дотации на развитие. В связи с этим следует обратить внимание на то, что из 300 млрд. рублей, дополнительно полученных системой обязательного медицинского страхования в 1993-1994 гг., 110 млрд. отдано государству в виде налогов.

 В то же время страхование, в том числе и медицинское, относится к области рыночной деятельности. А рыночное поведение характеризуется, прежде всего, о производстве товаров и услуг (а страховые услуги являются товаром).

 Страхование как коммерческий вид деятельности всегда стремится уровнять индивидуальные риски между членами группы и не допустить включения в группу объектов страхования, способных заметно отклонить групповой риск в сторону превышения среднего уровня. В социальном плане такое поведение называется дискриминационным. Сущность страхования в этом случае можно выразить словами: всегда групповое - никогда всеобщее. В этом сказывается ограниченность коммерческого страхования, которое может являться механизмом финансирования всеобщего общественного товара, поэтому коммерческое медицинское страхование может осуществляться исключительно в добровольной форме.

 При добровольном медицинском страховании можно говорить о гарантированной страховой материальной защите только для тех граждан, которые являются застрахованными по индивидуальному или коллективному договору добровольного страхования за счет взносов, уплачиваемых из их личного дохода или прибыли предприятий. При этом объем и стоимость медицинских услуг, предоставляемых по такому договору, зависит от величины уплаченного взноса, размер которого, в свою очередь, устанавливается страховщиком в зависимости от состояния здоровья каждого застрахованного или группы застрахованных. Кроме того, размер страхового взноса зависит от тарифов на те медицинские услуги, которые необходимы для данного контингента и предоставляются по конкретному договору конкретным медицинским учреждением.

 Приведем сравнительную характеристику социального и коммерческого видов медицинского страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сравнительные признаки | Социальное страхование | Коммерческое страхование |
| Правовое основание | Обязательное | Добровольное |
| Охват | Массовое | Групповое, с относительно узким охватом населения и индивидуальное |
| Условия возмещения | Гарантированный механизм и унифицированный набор социальных выплат и льгот | Разнообразные "пакеты" компенсаций и услуг, формируемые на усмотрение каждого страховщика |
| Статус распорядителя страховыми средствами | Государственная или квазигосударственная организация | Частные страховые компании |
| Принципы организации страхового возмещения | Текущее финансирование социальных благ для других | Отложенное финансирование специальных благ для себя |
| Критерии эффективности | Перераспределение средств имеет характер социальных трансферт, то есть, подчинено целевой эффективности (в частности, всеобщности охвата). | Перераспределение ограничиваются рамками групп и подчинено затратной эффективности страховщика и страхователя. |

Таким образом, необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что потребность его граждан в здоровье имеет общественное значение для всего уклада жизни и дальнейшего развития общества. Однако, не имея в государственном бюджете средств для защиты определенного уровня удовлетворения этой потребности, используется для этой цели обязательное страхование, то есть на основе обязательного медицинского страхования производится финансирование тех мероприятия по охране здоровья, которые считаются важными для всего общества.

Использованная литература:

1. В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.
2. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.
3. В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.
4. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования.
5. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
6. Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 1994.