

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие

Иркутск
ИГМУ
2016

УДК 614.2:338(075.8)
ББК 65.495я73
О-75

Составители:

Г. М. Гайдаров – д-р мед. наук, проф., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России
Н. С. Апханова – д-р мед. наук, проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России

Рецензенты:

С. В. Шойко – канд. экон. наук, заместитель директора ГУ ТФОМС граждан Иркутской области
В. А. Дульский – канд. мед. наук, декан лечебного факультета, доцент кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России

О-75 Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / сост.: Г. М. Гайдаров, Н. С. Апханова; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 51 с.

В учебном пособии освещены понятия, предмет, задачи и методы экономики здравоохранения. Представлены основные теоретические аспекты рыночных отношений в здравоохранении, условия становления рыночной модели, законы рынка, его параметры и их взаимодействие.

Пособие предназначено для ординаторов и слушателей циклов дополнительного профессионального образования.

УДК 614.2:338(075.8)
ББК 65.495я73

© Гайдаров Г.М., Апханова Н.С.,
составление, 2016
© ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
1. Понятие и предмет экономики здравоохранения.....	7
2. История экономики здравоохранения.....	17
3. Здравоохранение в системе рыночных отношений.....	20
4. Особенности финансирования здравоохранения в современных условиях.....	29
5. Способы оплаты медицинской помощи.....	32
Контрольные вопросы и задания.....	47
Тестовые задания.....	48
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	50
Рекомендуемая литература.....	50

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ОМС – Обязательное медицинское страхование

РФ – Российская Федерация

СССР – Союз Советских Социалистических Республик

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье – одна из наивысших ценностей для человека, позволяющая ему в большей степени реализовать свои физические, интеллектуальные и духовные способности. Как известно, здоровье зависит от массы факторов: образа жизни, наследственной предрасположенности, условий окружающей среды, питания, образования, уровня развития здравоохранения. Само по себе здоровье не является товаром, его невозможно купить или продать. Однако покупаются и продаются услуги, позволяющие его сохранить или восстановить. Речь идет о широком спектре медико-социальных услуг, которые уже обладают характеристиками, присущими товару, например, стоимостью и качеством. При этом многие обычные товары и услуги вызывают у человека положительные эмоции – удобная и красивая одежда, питание, туризм. Но медицинские услуги специфичны – чаще всего они являются «отрицательным» товаром, который человек, имевший несчастье заболеть, тем не менее, вынужден использовать, поскольку ему требуется восстановить или сохранить свое здоровье.

Вопросами расчета стоимости медицинских услуг, разработкой и совершенствованием способов и методов оплаты медицинской помощи, анализом финансовой деятельности отдельных учреждений, да и всей сферы здравоохранения, рядом других проблем занимается *экономика здравоохранения*.

Здравоохранение как отрасль непродовственной сферы развивается в системе отраслей народного хозяйства в целом. Оно зависит от развития экономики, но и в свою очередь оказывает большое влияние на прогресс общества. Социально-экономические и политические преобразования, которые происходят в нашей стране в настоящее время, оказывают огромное воздействие и на здравоохранение, на экономику этой отрасли.

Реформирование отечественного здравоохранения, преодоление в нем кризисных явлений, введение медицинского страхования, развитие рыночных отношений, формирование маркетинговой службы выдвигают в число

важнейших факторов повышения эффективности медицинской помощи населению на всех уровнях управления отраслью знание экономических вопросов медицинскими работниками, особенно специалистами с высшим образованием. Именно участковые врачи-терапевты, врачи общей (семейной) практики, а также специалисты поликлиник и стационаров, диспансеров и специализированных центров, проводя обследование и лечение больных, по существу являются первыми распорядителями финансовых ресурсов здравоохранения. Решая чисто клинические проблемы, они в реальной действительности параллельно решают сложные экономические проблемы. Поэтому важным представляется знание врачами любого профиля основных понятий экономики здравоохранения.

1. ПОНЯТИЯ И ПРЕДМЕТ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Экономика здравоохранения представляет ветвь экономической науки, в связи с этим ее сущность и содержание следует определить, отталкиваясь от общего понятия «экономика». Термин «экономика» зародился более двух тысяч лет тому назад в Древней Греции, где основы учения об экономике были заложены философами Ксенофонтом и Аристотелем. Два греческих слова: «эйкос», обозначающее домашнее хозяйство, и «номос», обозначающее закон, правило, объединенные в одно общее слово «экономикос», образовали название новой в то время науки, которой было суждено получить всеобщее распространение и признание во всем мире. В своем исходном представлении экономика сложилась как искусство ведения домашнего хозяйства, или хозяйствование по правилам, в соответствии с законами.

Экономика (от греч. *oikos*– дом и *nomos*–правила) – это наука, затрагивающая широкий спектр интересов человека в связи с его жизнью, деятельностью, работой, потреблением, семьей, здоровьем, образованием. Если посмотреть специальную литературу по этому вопросу, то станет ясно, что:

- экономика – это что-то о деньгах;
- экономика – это то, чем занимаются экономисты;
- экономика – это форма учета;
- экономика – это подходы к сокращению затрат;
- экономика – это что-то о распределении ресурсов;
- экономика – это предположение об ограниченности ресурсов;
- экономика – это что-то, что помогает принимать правильные решения;
- экономика – это что-то о выгодах;
- экономика – это что-то о выборе;
- экономика – это что-то о товарах;
- экономика – это что-то об оценке услуг.

По наиболее полному определению, данному П. Самуэльсоном, *экономика – это наука о том, какие из редких производительных ресурсов люди и общество с течением времени с помощью денег или без их участия избирают для производства различных товаров и распределения их в целях потребления в настоящем и будущем между различными людьми и группами общества.*

Экономика – это наука о дефиците и выборе. Все задачи, которые решают экономисты, сводятся в основном к решению проблемы максимально эффективного использования ограниченных ресурсов для максимального удовлетворения потребностей и желаний человека.

Экономика как наука основывается на двух краеугольных фактах: с одной стороны, желания человека безграничны, тогда как, с другой стороны, имеющиеся ресурсы для удовлетворения этих желаний ограничены. Экономика отвечает на два вопроса:

- «Что есть?» – т. е. какие продукты и услуги производятся, каким образом и кому они распределяются;
- «Что должно быть?» – т. е. какие продукты и услуги должны быть произведены, каким образом и кому должны быть распределены.

Таким образом, экономика тесно связана с этическими, моральными и политическими принципами, проблемами и нормами.

Ныне смысл понятия «экономика» изменился, значительно расширился, приобрел новое звучание. За многолетнюю историю произошли преобразования в хозяйстве, способах, правилах, нормах его ведения. Многочисленные мелкие изолированные хозяйства связаны тесными узами, объединены в региональные, страновые и даже мировую хозяйственную системы. Хозяйство страны получило название «народного хозяйства», или «экономики страны». Под экономикой стали одновременно понимать и собственно хозяйство как совокупность используемых людьми средств, применяемых при создании нужных человеку благ, процессов производства таких благ, и науку о хозяйстве, изучающую методы, формы, правила

хозяйствования, отношения между людьми в ходе производства, обмена и потребления товаров, законы хозяйственной жизни.

Слово «экономика» в его общем представлении и понимании означает одновременно как хозяйство в его непосредственной, естественной форме в виде богатства, имущества, средств производства, материальных и духовных благ, хозяйственной деятельности, так и науку, знания о хозяйстве и управлении хозяйством. В иностранной литературе науку о хозяйстве и ведении хозяйства иногда называют словом, переводимым на русский язык не как «экономика», а как (economics) «экономическая теория».

Итак, **экономика** – это созданная и постоянно совершенствуемая людьми система использования и преобразования разнообразных имеющихся в окружающей природной среде и ранее произведенных средств с целью получения благ, удовлетворяющих потребности человека, общества государства.

Прежде чем сформировать предмет экономики здравоохранения, необходимо отметить, что при анализе экономических проблем здравоохранения важно рассматривать его, с одной стороны, как область человеческой деятельности, а с другой – как отрасль хозяйства.

В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, могут быть выделены профессиональная и экономическая сторона. Профессиональная оставляет содержательный аспект медицинской деятельности и подразумевает материально-вещественное или технологическое содержание. Экономическая же сторона предполагает хозяйственные формы, в рамках которых совершается данная профессиональная деятельность (социально-экономическая или производственная форма). Ни один вид профессиональной деятельности не осуществляется в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы. Указанные стороны деятельности существуют в неразрывной связи при любых условиях, в любом обществе. От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех

профессиональной деятельности медицинских работников, решение многих проблем, существующих в настоящее время в этой отрасли хозяйства.

Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы профессиональной деятельности, что в современных условиях имеет существенную научно-практическую значимость. Следовательно, **экономика здравоохранения**— это комплекс экономических знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области медицины, ее организации, управлении и развитии.

Предметом экономики здравоохранения является хозяйственная сторона медицинской деятельности, которая отражает социально-экономическую или производственную форму ее осуществления.

Экономические отношения, возникающие в процессе профессиональной медицинской деятельности, делятся на две крупные группы. Первая носит название **организационно-экономических отношений**. Их характер определяется технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражает те общие черты, которые имеет вся совокупность медицинских учреждений данного типа (все стационары, все поликлиники, все диагностические центры и т. д.). Примером организационно-экономических отношений может служить система финансирования медицинских организаций, включающая принцип определения тарифов на медицинские услуги, порядок взаиморасчетов и т. д.

Другая группа отношений носит название **социально-экономических отношений**. Их анализ дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности медицинских учреждений, которые функционируют в различных условиях (государственные, частные). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно отличается в этих учреждениях при равном объеме количества и качества оказываемых медицинских услуг.

Обе эти группы отношений тесно взаимосвязаны. Их изучение позволяет, например, выбрать оптимальную хозяйственно-правовую модель

предпринимательской деятельности в здравоохранении на определенном этапе его развития.

Основные задачи экономики здравоохранения:

- изучение форм и проявлений экономических законов в системе здравоохранения;
- определение роли и места здравоохранения в системе общественного производства;
- расчет потребности в необходимых ресурсах;
- обеспечение эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов;
- оценка экономической эффективности деятельности медицинских организаций;
- оценка экономической эффективности медицинских технологий;
- разработка и оценка эффективности способов оплаты медицинской деятельности;
- разработка и оценка эффективности систем оплаты труда работников здравоохранения;
- определение норм нагрузки на персонал;
- подготовка кадров в сфере экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения использует широкий спектр методов познания: анализ и синтез, математические и статистические приемы, балансовый метод, прогнозирование, хозяйственные эксперименты и др. Одними из важнейших методов являются **анализ и синтез**. В процессе **анализа** мышление идет от общего к частному, т. е., происходит расчленение исследуемого явления на его составляющие части и стороны. **Синтез** подразумевает интеграцию частных понятий, свойств в общее для выявления наиболее существенных закономерностей.

Математические и статистические приемы и средства исследования помогают вскрыть количественную связь экономических перемен. Вскрывая количественные изменения процессов, экономика здравоохранения исследует и

переход количества в новое качество. При этом следует подчеркнуть, что каждое явление, каждый процесс должны изучаться всесторонне, в неразрывной связи их качественных и количественных составляющих.

Балансовый метод представляет собой совокупность приемов экономических расчетов. Они используются для обеспечения строго количественного соотношения между какими-либо составляющими. Например: между доходной и расходной частями бюджета, между потребностями населения в медицинских услугах и возможностью их удовлетворения и т. д. Схема экономических балансов строится по принципу равенства величин: а) ресурсов; б) возможностей их использования с учетом создания резервов. Последнее очень важно, т. к. без наличия резервов в условиях резкого дефицита ресурсов тот или иной функциональный блок может дать сбой, что чревато серьезными медико-социальными последствиями.

Прогнозирование как один из методов представляет научное предвидение наиболее вероятных изменений состояния отрасли здравоохранения, потребности общества в медицинских услугах, производственных возможностей медицины, направлений технического процесса отрасли и т. д. Прогнозирование является предварительной стадией работы. Это позволяет предвидеть проблемы, которые потребуются решить для достижения каких-то целей.

Одним из распространенных методов в настоящее время являются **хозяйственные эксперименты**. Поиск тех или иных методов повышения эффективности системы здравоохранения на примере нескольких регионов или отдельных медицинских учреждений имеет большое практическое значение.

Экономика здравоохранения занимается вопросами теории и методологии действия экономических законов и категорий в здравоохранении. Она нацелена на изучение следующих **проблем**:

- правовые основы экономики;
- прогнозирование и планирование системы здравоохранения;
- экономика труда;

- распределение и перераспределение ресурсов;
- контроль расходов и цен;
- экономическая информация (учет и отчетность);
- материальное обеспечение;
- экономика развития материально-технической базы здравоохранения;
- улучшение качества управления;
- повышение эффективности медицинской помощи;
- обеспечение знаниями об экономических принципах и методических приемах;
- обобщение опыта;
- оценка разнообразных методов лечения;
- влияние решений в пределах одного учреждения на общество в целом и деятельность других учреждений;
- обучение методам оценки различных способов улучшения здоровья населения.

Экономика здравоохранения – это отрасль экономической науки, изучающая экономические аспекты деятельности системы здравоохранения, а также роль здравоохранения в сохранении и воспроизводстве рабочей силы и производстве совокупного общественного продукта.

Экономика здравоохранения исследует тенденции происходящих изменений в социально-экономической ситуации в отрасли, анализирует динамику трудоемкости, капиталоемкости и материалоемкости медицинских услуг. Она прогнозирует потребность в медицинских кадрах, ресурсах, в оборудовании.

Экономика здравоохранения – дисциплина, помогающая сделать правильный выбор в решениях по наиболее рациональному и эффективному использованию ограниченных ресурсов и получению максимальных выгод для пациента и общества. Однако понятие выгоды в здравоохранении достаточно сложное. Требуется понять, что такое выгода, как ее измерить. Одновременно требуется ответить и на вопросы, что такое справедливость и что такое

равенство в здравоохранении? В чем заключаются интересы медицинских работников и как их использовать с пользой для пациентов? Какие программы в здравоохранении наиболее эффективные и как выбрать из них приоритетные? Как сравнить различные управленческие решения в здравоохранении? Эти и многие другие вопросы – предмет изучения экономики здравоохранения. Для того чтобы ответить на них, требуется также выяснить, как работает рынок медицинских услуг, отличается ли он от рынка услуг в обычном понимании этого слова в экономике в целом. Необходимо проанализировать разные способы оплаты деятельности медицинских организаций и оплаты труда медицинских работников. Надо научиться осуществлять оценку экономической эффективности в здравоохранении.

Экономика концентрируется на трех основных вопросах: что производить, как производить и для кого производить? Эти же вопросы вполне применимы к экономике здравоохранения. Нам нужно знать, какие услуги оказывать, как организовать их оказание и кто будет получать эти услуги.

Для того чтобы принять решение о размещении ограниченных ресурсов, необходимо знать, что производит система здравоохранения, а также какова цена этой продукции. Необходимо знать, что такое здоровье и какова его стоимость; как измерить боль и ограничения в трудо- и жизнеспособности человека; как человек оценивает свое здоровье сам. Ответы на эти трудные вопросы можно получить, используя существующие методики экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения также оценивает всю систему здравоохранения в целом. Имеется множество критериев для этой оценки. Эти критерии позволяют оценить достоинства и недостатки различных организационных и управленческих решений в здравоохранении, методов сдерживания расходов, ограничения стоимости медицинской помощи, доступность медицинской помощи для разнообразных групп населения.

Экономика здравоохранения изучает планирование, финансирование и мониторинг здравоохранения с целью улучшения его эффективности:

достоинства и недостатки различных механизмов финансирования здравоохранения, корреляцию между поставленными задачами и полученными результатами, наиболее эффективные организационные решения с точки зрения поведения врачей, отношения между покупателями (плательщиками) и производителями медицинских услуг.

Экономика здравоохранения – это не только наука о том, как внедрить экономическое мышление в систему здравоохранения, мотивируя людей только деньгами и поиском быстрой выгоды. Экономика здравоохранения также изучает те ценности, которые важны людям, анализирует способы повышения ценности тех результатов, которые люди получают от системы здравоохранения. Врачам свойственны мотивации, выражаемые не только в деньгах, но и в улучшении состояния здоровья пациентов, моральном удовлетворении результатами своей деятельности.

В целом задачами экономики здравоохранения являются вопросы эффективности и равенства. Она имеет дело с проблемами выбора размещения ограниченных общественных ресурсов между конкурирующими направлениями и с оценкой затрат и выгод альтернативных стратегий для принятия управленческих решений.

Экономика здравоохранения изучает:

- альтернативные затраты;
- средние и маргинальные показатели;
- потребность;
- предложение;
- рынок услуг;
- эффективность;
- равенство;
- потребление услуг;
- цены и ценообразование;
- ресурсы;
- управление ресурсами;

- удовлетворение запросов потребителей.

Фундаментальные исходные данные для экономики здравоохранения следующие:

- ресурсы здравоохранения ограничены и определены заранее;
- невозможно использовать все методы диагностики и лечения, которые врачи хотели бы использовать;
- дисконтирование позволяет оценивать затраты и выгоды, полученные в различные периоды времени, в действующих или приведенных ценах.

Место экономики здравоохранения в структуре экономических наук

Современная структура экономической науки в целом включает в себя ряд крупных групп.

Первую группу составляет **экономика** (экономическая теория, экономикс), как базовая фундаментальная научная дисциплина, служащая родоначальницей и основой трех других групп или направлений научных исследований.

Вторая группа – это **отраслевые экономические науки или конкретные экономики**. Их задача – исследовать особенности экономических процессов в определенной отрасли или группе отраслей народного хозяйства. К ним относятся экономика промышленности, строительства, сельского хозяйства, транспорта, фармации, экономика непроизводственной среды, т. е., сферы услуг. Значительное своеобразие здравоохранения привело и к возникновению экономики здравоохранения.

Третья группа включает прикладные экономические науки, разрабатывающие проблемы отдельных практических задач, общих для всех отраслей хозяйства. К их числу относятся такие отрасли знаний, как бухгалтерский учет, финансы и кредит, управление (менеджмент), маркетинг и др.

Четвертая группа состоит из специальных экономических наук, зародившихся и развивающихся, как правило, на стыке экономики и различных других гуманитарных, а также естественных наук. Среди них могут

быть указаны: экономическая география, экономическая история, экономическая статистика, хозяйственное право и много других.

Естественно, что экономика здравоохранения не может существовать в отрыве от родственных ей экономических наук и медицины. Медицинская деятельность, осуществляемая в определенных организационно-хозяйственных формах, дает экономике здравоохранения объект исследования, воплощенный в то, ради чего, эта наука и существует, в экономическую практику здравоохранения. У экономической теории (общей экономики) экономика здравоохранения заимствует терминологию. Прикладные экономические науки привлекаются в основном для экономических исследований здравоохранения на микро-, а специальные – для исследований на макроуровне. Наконец, у гуманитарных наук, прежде всего у философии, экономика здравоохранения неизбежно воспринимает определенную идеологию, мировоззрение.

2. ИСТОРИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Экономика здравоохранения, как и любой раздел общей экономики, изучает центральную проблему: как надо построить систему организации и управления здравоохранением, чтобы наиболее эффективным образом решить задачу достижения достойно приемлемого состояния здоровья нации? Другими словами, предмет экономики здравоохранения – это исследование поведения медицинских работников в процессе оказания медицинской помощи, распределения медицинских услуг в условиях ограниченных ресурсов и возрастающего спроса со стороны населения. Одной из главных проблем при этом является решение вопроса о доле ресурсов, которую страна способна и должна выделить на поддержание здоровья своих граждан.

Экономика здравоохранения как академическая дисциплина имеет короткую историю. Отправной точкой является конференция Американской экономической ассоциации по теме «Экономика медицинской помощи» в 1951 г. В 1954 г. ВОЗ на заседании экспертного комитета по статистике здоровья рассмотрела возможность применения показателей здравоохранения для

измерения экономического потенциала жизни. В 1973 г. состоялся первый семинар ВОЗ, посвященный экономическим проблемам здравоохранения.

С тех пор прошло множество других встреч, совещаний, семинаров, конференций и заседаний рабочих групп. Образованы учебные и научно-исследовательские центры по экономике здравоохранения. В 1978 г. был утвержден документ ВОЗ «Экономика здравоохранения», целью которого была разработка примерной программы подготовки экономистов здравоохранения. Этот процесс оказался далеко не простым и занял целых девять лет, прежде чем в 1987 г. был опубликован отчет о результатах выполнения этой задачи, содержащий основные модули обучения вопросам экономики здравоохранения. Множество экономистов стало специализироваться в этой области. В настоящее время практически во всех экономически развитых и большинстве развивающихся стран существуют собственные учебные и научные центры экономики здравоохранения.

Не является исключением и Россия. Необходимо отметить, что экономические вопросы в здравоохранении изучались в нашей стране еще в XIX в., в частности рассматривались экономические аспекты санитарно-демографических процессов борьбы с малярией. Демограф А. Рославский в 1853 г. указывал, что важно знать не только среднюю длительность жизни, но и ее трудоспособный период. В 1903 г. было показано, что расходы на лечение больных малярией и экономический ущерб от потерь рабочего времени вследствие болезни составили 5,5 млн руб. Для сравнения можно указать, что на здравоохранение в этот период в Российской империи расходовалось около 120 млн руб. Более общая оценка экономической эффективности была сделана академиком Рейном в 1911 г. Он показал, что снижение общей смертности в России с 30,2 ‰ до западно-европейского уровня 18 ‰ даст экономию 600 млн руб., т. е. в 5 раз больше всех затрат государства на здравоохранение.

В СССР также уделялось некоторое внимание экономическим вопросам здравоохранения. С 1926 г. в здравоохранении начал осуществляться режим экономии средств, сокращения расходов на продукты питания и медикаменты.

При этом нарком здравоохранения Н. А. Семашко подчеркивал, что следует «...чрезвычайно осмотрительно относиться к расходам на больном человеке: неправильная экономия здесь может самым чувствительным образом отразиться на интересах больного и даже сорвать дело оздоровления населения».

Второе основное направление экономики здравоохранения, привлекавшее внимание в 1920-е годы— это путь рационализации и повышения эффективности при оказании медицинской помощи. В статье «Все внимание рационализации» Н. А. Семашко подчеркивал важность умения вести хозяйство. Он писал «Небудем скрывать, что очень многие недостатки в медицинской работе зависят не столько от недостатка средств, сколько от того, что мы плохо хозяйничаем: очереди в лечебных заведениях, беспорядки в лечении больных, нарушения трудовой дисциплины и многие основные вопросы в практике здравоохранения могли бы быть изжитыми или, во всяком случае, смягченными, если бы рационализация глубже проникала в нашу практику».

В последующие годы большого внимания вопросы экономики здравоохранения не привлекали. Определенное развитие эта проблема получила в середине 1960-х годов, когда началось реформирование народного хозяйства страны. Первая теоретическая конференция по экономике здравоохранения в СССР была проведена в 1966 г. Уже с середины 1960-х годов в стране стали разрабатываться вопросы практического применения результатов изучения экономики здравоохранения. Россия – одна из немногих стран, где проводились крупномасштабные экономические эксперименты в здравоохранении, первый из которых начался в 1967 г. Затем в 1970-1980-е годы был проведен еще ряд экономических экспериментов, завершившихся принципиальным изменением системы финансирования отечественного здравоохранения – внедрением системы обязательного медицинского страхования.

С тех пор накоплен большой опыт, подготовлены кадры, разработаны научные основы экономики здравоохранения. В жизнь внедряются

экономические методы управления, заменяя прежние административные, развиваются рыночные отношения. Накапливаются новые знания по вопросам экономики здравоохранения.

3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СИСТЕМЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Экономические перемены в общественном хозяйстве, и в том числе такой отрасли как здравоохранение, связаны, в первую очередь, с переходом на рыночные отношения.

С точки зрения экономики, рынок выражает отношения, объективно складывающиеся между производителями, посредниками и потребителями товаров и услуг в рамках действующих законов. С бытовой точки зрения, рынок – это место распределения и обмена материальных благ и услуг. Кроме того, существует еще ряд определений рынка, приведем некоторые из них.

Рынок – это форма взаимоотношений, связи между отдельными, самостоятельно принимающими решения хозяйствующими субъектами.

Рынок– это обмен, организованный по законам товарного производства и обращения, совокупность отношений товарного обмена.

Исходя из предложенных выше определений, видно, что рынок – это широкое экономическое понятие. Наиболее простой формой определения, на наш взгляд, будет следующая:

Рынок – это институт, сводящий воедино продавца и покупателя.

Рынок является экономической категорией и как экономическая категория тесно связан с обменом, обращением, торговлей, торговыми услугами. Из анализа определений рынка знаем, что он стал результатом естественноисторического развития обмена и условий, породивших товарное хозяйство. Рынок возник 6–7 тыс. лет назад, развивался и продолжает развиваться в настоящее время.

Выделяют **три основных периода** развития рынка в мире как такового.

Первый период продолжался до 1929 года, и условно его можно назвать «производственным». Основная задача этого периода – совершенствование технологии и организации производства.

Второй период пришелся на времена Великой депрессии 1929–1933 гг., когда возник кризис сбыта. Этот период условно называют «сбытовым».

Основная задача этого периода – уделять больше внимания сбыту продукции, что представляет существенную часть всякого бизнеса, любой предпринимательской деятельности.

Третий период приходится на начало шестидесятых годов, когда большинство рынков товаров массового спроса подошло к количественному насыщению и обострялась конкуренция за покупателя, у которого появился широкий выбор разновидностей каждого товара. Следует отметить, что эти периоды отмечаются в экономически развитых странах. В России, как составной части СССР, рыночных отношений не существовало, а в экономике доминировало производство средств производства.

Анализируя эти три периода развития рынка, можно предположить, что относительно здравоохранения в нашей стране мы находимся на первом этапе развития рынка – «производственном» – периоде совершенствования медицинской технологии и организации производства.

Основными **принципами** функционирования рынка являются:

- свободное предпринимательство;
- равноправие разных форм собственности;
- конкуренция;
- возмездность;
- эквивалентность;
- взаимовыгодность.

В современной научной теории выделяют три основных рынка:

- рынок товаров и услуг;
- рынок факторов производства;
- финансовый рынок.

Кроме того, рынки могут быть классифицированы и по другим признакам, в том числе:

- по отраслям (продовольственный, автомобильный, фармацевтический, рынок медицинских услуг и т.д.);
- по географическому положению (местный, национальный, мировой);
- по характеру продаж (оптовый, розничный);
- по степени регулирования (регулируемый и нерегулируемый);
- по уровню насыщения (равновесный, избыточный, дефицитный).

Условия становления рынка, рыночной модели

Возникновение и функционирование рыночных отношений обусловлено наличием определенных предпосылок (условий).

1. Наличие и многообразие форм собственности и видов хозяйствования, что обеспечивает развитие конкурентной среды (конкуренция лечебных учреждений (медицинских организаций) оказывает существенное воздействие на качество медицинских услуг, рост профессионального уровня).

2. Неограниченное число участников рыночной деятельности, равный, свободный доступ на рынок и выход из него. Это означает, что врач имеет право заниматься предпринимательской деятельностью, получать прибыль. Формы предпринимательской деятельности могут быть различными: от деятельности врача учреждения здравоохранения государственного сектора, частнопрактикующего врача, до акционерной формы медицинской организации.

3. Равный допуск всех медицинских учреждений к имеющимся ресурсам. (Все хозяйствующие субъекты должны иметь равные возможности приобретения медицинского оборудования, лекарственных средств, получения кредитов и т. д.).

4. Наличие у каждого участника конкуренции рыночной информации о ценах и издержках на товары, услуги.

В схеме рыночных отношений, рассматриваемой современными экономистами, выделяют четыре группы контрагентов рынка, между которыми

реализуются основные виды хозяйственных связей, экономических отношений в здравоохранении. С развитием элементов рыночных отношений в здравоохранении появилось понятие медицинский субъект – любое медицинское учреждение (предприятие, организация, коллектив), производящее услуги в области здравоохранения, независимо от форм собственности.



Рис. 1. Структура рынка услуг здравоохранения.

Контрагенты рынка

1. Другие медицинские учреждения, участвующие в реализации сложного лечебно-диагностического процесса.
2. Финансово-кредитные, прежде всего – банковские предприятия и организации.
3. Государство.

4. Граждане.

Рыночный механизм и его элементы

Механизм рынка услуг здравоохранения функционирует благодаря взаимодействию трех основных параметров: спросу, предложению и цене.

Определим экономическое содержание названных категорий.

Спрос— это платежеспособная потребность, то есть то количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты на данной территории и в данное время.

Бесполезно определять величину спроса без цены, так он изменяется именно в зависимости от нее. Эта объективная связь между ценой и спросом реализует себя через законы спроса:

«Чем меньше цена, тем больше спрос» или, «при прочих равных условиях спрос на услугу изменяется в обратной зависимости от цены».

На спрос действует не только цена, но и ряд других факторов, которые принято называть **детерминантами спроса** (факторы, влияющие на спрос):

1. Уровень доходов населения.
2. Изменение и структуре населения.
3. Численность пациентов в стране,
4. Изменение вкусов пациентов.

5. «Форсирование спроса» на медицинские услуги Спрос изображается в виде графика. Кривая спроса показывает объем спроса на товары и медицинские услуги, при каждом значении цены и при неизменных прочих факторах, влияющих на объем спроса.

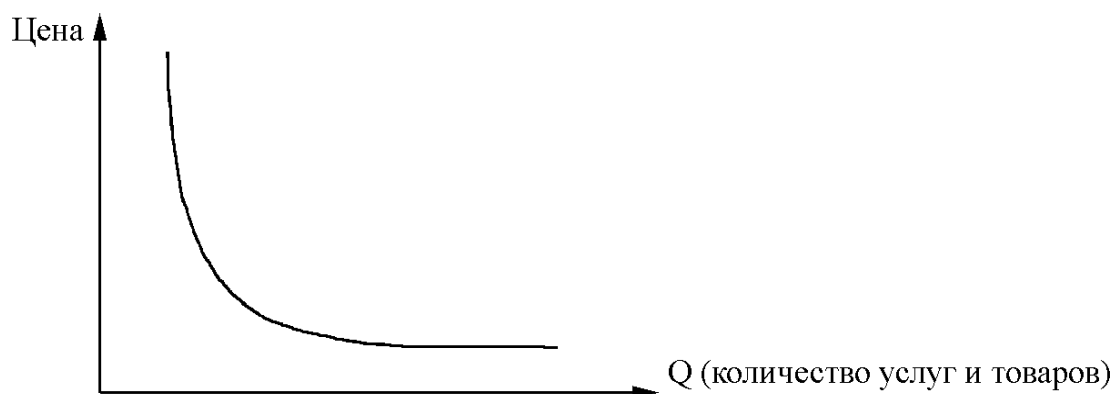


Рис. 2. Объем спроса на услуги здравоохранения в зависимости от цены.

Предложение— это количество медицинских услуг, которое врачи могут оказать в определенный период времени населению.

Зависимость между ценой и предложением не обратная, а прямая. Закон предложения гласит: «предложение, при прочих равных условиях, изменяется в прямой зависимости от изменения цены».

Детерминанты предложения:

1. Количество врачей.
2. Стоимость медицинского оборудования и других ресурсов.
3. Совершенствование медицинского оборудования.
4. Налоговая система.
5. Наличие новых конкурентов.

На графике кривая предложения имеет обратное направление.

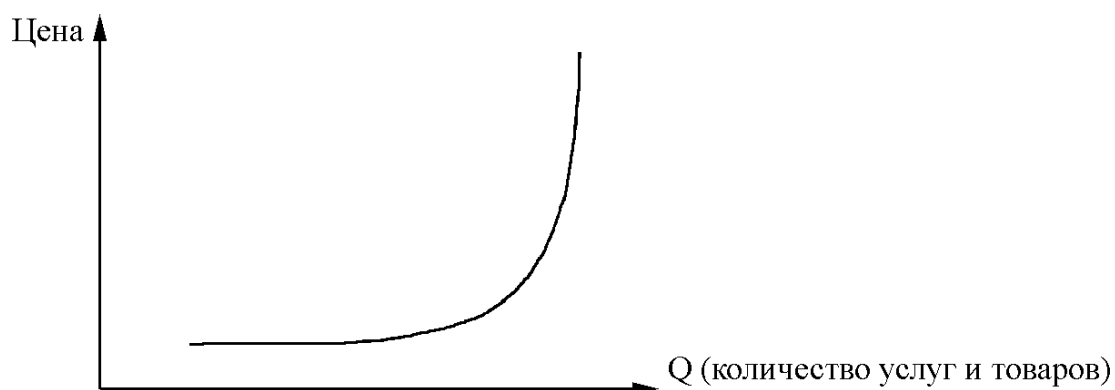


Рис. 3. Объем предложения в зависимости от цены.

Цена как денежное выражение стоимости услуги формируется при взаимодействии на рынке носителей спроса и предложения, т. е. пациента и производителя услуг (врача).

Если вопрос о цене решен, то услуга может быть оказана. Результатом этой рыночной операции является получение **прибыли**.

Если рассмотреть вышеназванные категории с позиции производителя и потребителя медицинских услуг, то получится следующая картина: производитель, имея целью получить максимальную прибыль, устанавливает **минимальную** цену предложения а потребитель, желая приобрести товар или услугу с меньшими затратами, имеет в виду **максимальную** цену.

Таким образом, **цена спроса** – максимальна, а **цена предложения** – минимальна.

В результате взаимодействия спроса и предложения устанавливается **рыночная цена**. Она фиксируется в точке, в которой пересекаются кривые спроса и предложения. Эта точка (Т) называется точкой равновесия, а **цена** равновесной. Только в этой точке цена одновременно устраивает как производителя медицинских услуг, так и потребителя.

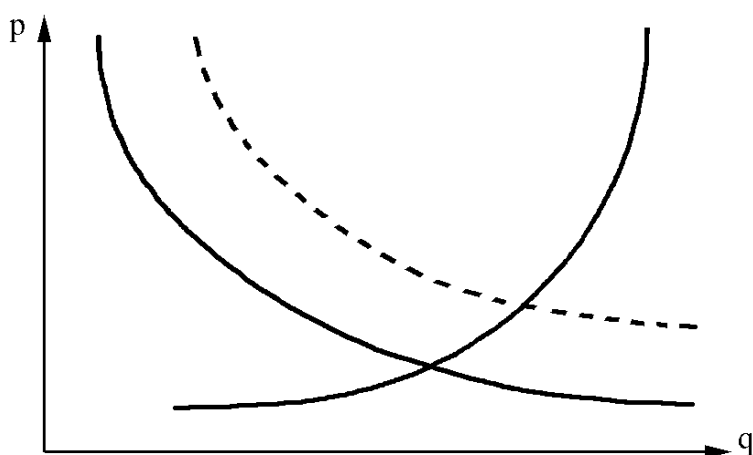


Рис. 4. Взаимодействие цены спроса (q) и цены предложения (p).

Условиями равновесия рынка отвечают соотношения:

$$St=dt=Pt*qt;$$

где S – величина предложения, d – размеры спроса.

Таким образом, рыночный механизм характеризуется способностью достигать подвижного, динамического равновесия между спросом и предложением. Рынок действует как саморегулирующаяся система.

Функции рынка

Сущность рынка находит свое выражение в **главных его экономических функциях**, выражающих основное назначение данной категории и отражающих ее сущность (рис. 5).

Интегрирующая функция состоит в соединении сферы производства (производителей), сферы потребления (потребителей), а также торговцев-посредников в общий процесс активного обмена продуктами труда и услугами. Без рынка производство не может служить потреблению, а потребители не смогут удовлетворить свои потребности.

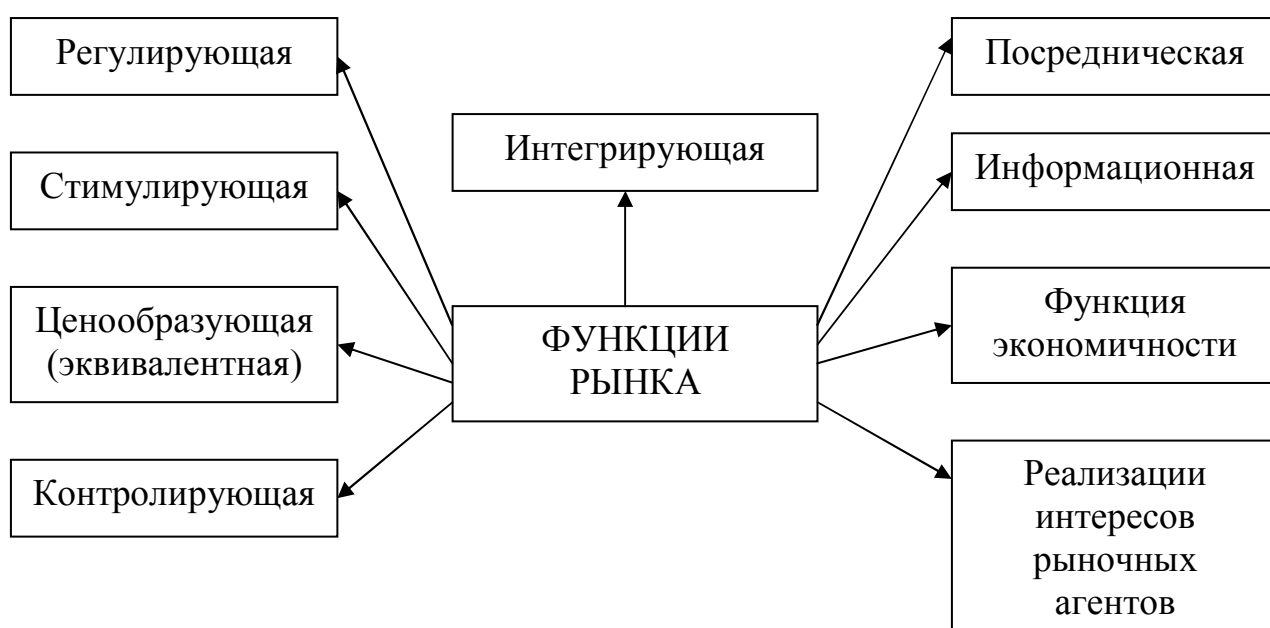


Рис. 5. Важнейшие функции рынка.

Рынок содействует углублению общественного разделения труда и росту интеграционных процессов в экономике. Эта функция актуальна сейчас для России и может служить важным аргументом в пользу заключения между республиками и регионами экономического соглашения по созданию условий для функционирования единого всероссийского рынка.

Регулирующая функция предполагает воздействие рынка на все сферы

экономики, обеспечивает согласование производства и потребления в ассортиментной структуре, сбалансированность спроса и предложения по цене, объему и структуре, пропорциональность в производстве и обмене между регионами, сферами национальной экономики.

Стимулирующая функция состоит в побуждении производителей к созданию новой продукции, к созданию необходимых товаров с наименьшими затратами и получением достаточной прибыли: стимулирование научно-технического прогресса и на его основе – интенсификации производства и эффективности функционирования всей экономики. Выполнение рынком стимулирующей функции очень важно для развития экономики. «Без давления рынка работники предприятия будут избирать директорами не лучших специалистов, а наиболее популярных и менее требовательных людей» (О. Шик), а в результате – падение объемов производства и уровня индивидуального материального благосостояния.

Ценообразующая (или эквивалентная) функция – это установление ценностных эквивалентов для обмена продуктов. При этом рынок сопоставляет индивидуальные затраты труда на производство товаров с общественным эталоном, т. е. соизмеряет затраты и результаты, выявляет ценность товаров посредством определения не только количества затраченного труда, но и с какой пользой.

Контролирующая функция рынка выполняет роль главного контролера конечных результатов производства. На рынке выявляется, в какой мере нуждам покупателей соответствует не только количество, но и качество товаров и услуг.

Посредническая функция обеспечивает встречу экономически обособленных производителей и потребителей с целью обмена результатами труда. Без рынка невозможно определить, насколько взаимовыгодна та или иная экономическая и технологическая связь между участниками общественного производства. Потребитель имеет возможность выбора оптимального продавца-поставщика, а продавец – наиболее подходящего

покупателя.

Информационная функция дает участникам рынка через постоянно меняющиеся цены и процентные ставки на кредит объективную информацию о спросе и предложении товаров и услуг на рынке. Современный рынок превращается в «гигантский компьютер», собирающий, обрабатывающий огромные объемы информации и выдающий обобщенные данные о состоянии рынка и условиях реализации товаров и услуг.

Функция экономичности предполагает сокращение издержек обращения в сфере потребления (затрат покупателей на покупку товаров) и соразмерности спроса населения с заработной платой.

Функция реализации интересов рыночных субъектов обеспечивает взаимосвязь этих интересов по принципу, сформулированному А. Смитом: «Дай мне то, что мне нужно, и ты получишь то, что тебе нужно...» Экономический интерес продавцов состоит в получении большего дохода, а покупателя – в удовлетворении потребности с наименьшими затратами. Соединение этих интересов предполагает обмен нужными друг другу полезностями и эквивалентность рыночной сделки.

Из сущности рынка и его функций логически вытекает и его роль в процессе общественного воспроизводства. Понятия «функция» и «роль» рынка тесно связаны между собой. Функция и роль – это как бы ступени познания одного и того же объективного процесса. Функция непосредственно выражает сущность явления и определяет роль категории, которая ее осуществляет.

Роль рынка в общественном производстве сводится к следующему:

1) выдавать сигнал производству, с помощью обратных «первичных» связей: что, в каком объеме и в какой структуре следует производить;

2) уравнивать спрос и предложение, обеспечивать сбалансированность экономики;

3) дифференцировать доходы товаропроизводителей в соответствии с эффективностью их работы и нацеленностью на покрытие рыночного спроса;

4) «санитарная» роль рынка сводится к вымыванию неконкурентоспособных предприятий и свертыванию устаревших производств.

4. ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Источниками финансирования здравоохранения в РФ являются средства:

- бюджетов всех уровней;
- обязательного медицинского страхования;
- добровольного медицинского страхования;
- граждан (оплата лечения, добровольные пожертвования);
- работодателей (прямая оплата лечения, спонсорская помощь учреждениям);
- других государств и международных организаций.

Одним из основных источников финансирования здравоохранения является консолидированный бюджет (федеральный, бюджеты субъектов РФ), формируемый за счет поступления общих налогов от хозяйствующих субъектов и от населения. Поступления от предприятий осуществляются из налога на добавленную стоимость, взносов на социальное страхование и др. Поступления от населения осуществляются путем уплаты подоходного налога, размещения внутреннего займа и доходов от денежно-вещевых лотерей.

Из полученных доходов государство в лице Министерства финансов и аналогичных органов в регионах и на местах выделяет определенные средства на содержание и развитие здравоохранения. Уровень финансирования определяется путем переговоров между финансовыми органами и органами управления здравоохранением соответствующего уровня и базируется на предыдущем опыте, современных требованиях развития и возможностях государства. Согласованный бюджет одобряет Правительство РФ и утверждает

орган законодательной власти – Федеральное собрание РФ. С момента подписания Президентом РФ он признается утвержденным и становится законом, обязательным для исполнения. Аналогичные решения принимаются в субъектах РФ и муниципальными органами власти.

Средства бюджетов соответствующего уровня используются на основании решений распорядителей и получателей бюджетных средств, которые определены Бюджетным кодексом РФ.

Главный распорядитель бюджетных средств–орган государственной власти, орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, а также наиболее значимое учреждение науки, образования, культуры и здравоохранения, указанное в ведомственной структуре расходов бюджета, имеющее право распределять бюджетные ассигнования между подведомственными распорядителями и/или получателями бюджетных средств.

Распорядитель бюджетных средств–орган государственной власти, орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, казенное учреждение, имеющее право распределять бюджетные ассигнования между подведомственными распорядителями и/или получателями бюджетных средств.

Получатель бюджетных средств– орган государственной власти, орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, находящееся в ведении главного распорядителя бюджетных средств казенное учреждение, имеющее право на принятие и/или исполнение бюджетных обязательств от имени публично-правового образования за счет соответствующего бюджета.

Учреждения здравоохранения финансируются из бюджетов соответственно:

- федерального подчинения – за счет федерального бюджета;
- регионального подчинения – за счет бюджета субъекта РФ;
- городского – за счет бюджета городского округа(в случае

делегирования полномочий);

– районного – из бюджетов муниципального района (в случае делегирования полномочий).

При этом возможно дополнительное финансирование учреждений здравоохранения «сверху-вниз», т. е. за счет бюджетов вышестоящих органов управления путем предоставления субсидий, субвенций и прочих трансфертов нижестоящим бюджетам.

Бюджетные и автономные учреждения получают субсидии из соответствующего бюджета на возмещение затрат, связанных с оказанием ими услуг, и проведения работ в соответствии с государственным (муниципальным) заданием. Возмещение затрат производится на нормативной основе. Также субсидии могут предоставляться автономным учреждениям на иные цели, не связанные с выполнением государственного (муниципального) задания.

Государственное (муниципальное) задание должно содержать:

- показатели, характеризующие качество и объем оказываемых услуг;
- порядок контроля за исполнением государственного (муниципального) задания, в том числе условия его досрочного прекращения;
- требования к отчетности по исполнению задания;
- определение категорий юридических и физических лиц, являющихся потребителями соответствующих услуг;
- порядок оказания услуг в рамках выполнения задания;
- предельные цены (тарифы) на оплату услуг физическими и юридическими лицами в случаях, предусматривающих их оказание за плату в соответствии с законодательством РФ.

Показатели государственного (муниципального) задания используются при составлении проектов бюджетов для планирования бюджетных ассигнований для предоставления субсидий на выполнение этих заданий, а также для формирования сметы расходов казенных учреждений.

Бюджетная смета— это документ, устанавливающий лимиты бюджетных обязательств казенного учреждения в соответствии с классификацией бюджетных расходов.

Порядок определения и условия предоставления субсидий из соответствующего бюджета устанавливается Правительством РФ, либо высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, либо местной администрацией.

5. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь оплачивается в абсолютном большинстве случаев ее оказания. Источники ее оплаты различны, но в основном они являются общественными (бюджеты разных уровней, страховые фонды). Общество, безусловно, хочет максимально эффективно использовать имеющиеся в его распоряжении всегда ограниченные ресурсы, в том числе при оплате медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи — один из факторов, существенно влияющих на эффективность деятельности системы общественного здравоохранения.

Принципиально можно выделить *три основных пути оплаты медицинских услуг*.

1. Государство может использовать средства бюджета или страховые взносы для финансирования собственных медицинских организаций, которые обеспечивают население определенным гарантированным объемом медико-санитарной помощи.

2. Государство может через специально созданное(ые) агентство(а) закупать услуги для пациентов у медицинских организаций независимо от их собственности и формы организации их деятельности, действуя в интересах населения.

3. Население само платит поставщикам медико-санитарных услуг без участия государства.

Оптимальная система оплаты медицинской помощи предполагает достижение одновременно целого ряда целей: эффективное использование ресурсов, обеспечение доступности и качества медицинской помощи, свобода выбора для пациента, профессиональная свобода для врача, профилактическая направленность здравоохранения. Однако никогда в истории ни одной страны мира не существовало и не существует сегодня идеального способа оплаты медицинской помощи, позволяющего достичь всех этих целей одинаково результативно считывать многочисленные факторы и особенности в организации медицинской помощи. Практически невозможно, чтобы одновременно решались все проблемы эффективности использования ресурсов, качества и доступности медицинской помощи, контроля за средствами. В каждой стране выбирают или иные способы и методы оплаты в здравоохранении.

Система оплаты медицинской помощи оказывает существенное влияние на целый ряд характеристик системы здравоохранения в целом. К ним относятся:

- предсказуемость общественных расходов на здравоохранение;
- эффективность инфраструктуры учреждений здравоохранения и их деятельности;
- право выбора пациентом места получения медицинской помощи и степень защищенности его прав;
- взаимосвязь спроса и потребления помощи;
- уровень административных расходов.

Способ оплаты медицинских услуг во многом определяет рациональность использования средств и качество медицинской помощи. Он влияет на доступность медико-санитарной помощи населению, оперативность принятия административных решений, на способность регулировать издержки.

Общие требования к системе оплаты медицинской помощи можно свести к следующим положениям.

1. Система оплаты должна стимулировать врачей к оказанию наиболее

качественной помощи при наименьших затратах.

2. Расходы на оказание медицинской помощи должны быть предсказуемыми.

3. Административные расходы должны быть минимальны.

4. Оплата различных этапов оказания медицинской помощи должна сочетаться друг с другом, обеспечивая заинтересованность всех сторон в перераспределении объемов медицинской помощи в сторону наиболее эффективного.

Организационные вопросы оплаты медицинской помощи

Оплата услуг медицинских учреждений может быть *предварительной (проспективной)* и по факту оказания помощи пациентам (*ретроспективной*). *Ретроспективная оплата* при объемных способах оплаты означает, что плательщик оплачивает весь объем оказанной помощи по согласованным тарифам, медицинское учреждение имеет необходимые оборотные средства, позволяющие ему оказывать помощь пациентам, с последующим возмещением расходов плательщиком в согласованный период времени. *Проспективная оплата* означает, что медицинское учреждение и плательщик заранее согласовывают структуру и объемы оказываемой помощи. Это не позволяет учреждению бесконтрольно увеличивать объемы дорогостоящих видов помощи, получая тем самым максимальный доход.

В РФ используется преимущественно *ретроспективный способ оплаты* на основе персонифицированного учета числа посещений врача в амбулаторно-поликлинических учреждениях и числа койко-дней или числа пролеченных больных в стационаре. Такой способ оплаты стимулирует врачей к увеличению числа пролеченных больных при одновременном сокращении объемов медицинской помощи каждому отдельному пациенту и сроков его лечения.

Проспективная оплата может быть основана на:

- предыдущем опыте;
- результатах переговоров (торгов);
- формуле, установленной финансирующим органом;

– средних ценах.

Перспективная оплата означает, что финансирующая сторона будет оплачивать деятельность медицинского учреждения по заранее согласованным ценам в расчете на согласованную единицу объема деятельности в зависимости от результатов оказания медицинской помощи. Элементы перспективной оплаты могут также быть инкорпорированы в ретроспективный способ, как, например, при использовании системы диагностически связанных групп –DRG (аббр. от англ. –*diagnosticrelatedgroups*).

В настоящее время в РФ применяются все возможные способы оплаты медицинской помощи. Более того, в ряде регионов страны одновременно используется несколько способов для разных учреждений. Общей тенденцией является отказ от сметного финансирования медицинских учреждений в системе ОМС. В большинстве случаев реализуется принцип «деньги следуют за пациентом». Этот принцип в наибольшей степени соответствует требованиям реализации прав пациентов. Все эти методы способствуют повышению эффективности работы медицинских учреждений, позволяют пациентам выбирать учреждение и врача, повышают доступность медицинской помощи. Однако при этом мало затрагиваются вопросы структурной перестройки самой системы оказания медицинской помощи, повышения макроэффективности ее деятельности.

За период реформирования российского здравоохранения отмечается следующая тенденция изменений способов оплаты медицинской помощи. Сметное финансирование, подразумевающее содержание медицинских учреждений для оказания непредсказуемого и неопределенного объема помощи, заменяется на объемные способы финансирования (за услугу, за пролеченного больного, за койко-день, за посещение). В свою очередь, объемные способы заменяются на глобальный бюджет, подразумевающий согласованный объем финансирования на определенный период времени под согласованные виды и объемы помощи для оговоренных групп населения.

Способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях

Амбулаторно-поликлиническая помощь имеет достаточные внутренние резервы для повышения экономической эффективности результатов ее работы. До 80 % пациентов начинают и заканчивают свое лечение в поликлинике. При этом до 40 % вызовов скорой медицинской помощи осуществляется к хроническими больными, находящимся под диспансерным наблюдением. Таким образом, затрачиваются значительные средства на скорую медицинскую помощь, являющейся дорогостоящей службой в здравоохранении, для оказания той помощи, которая могла бы быть обеспечена с тем же эффектом, но значительно дешевле врачами поликлиники или диспансера при хорошо налаженной диспансерной работе. Кроме того, по разным оценкам, до 30 % больных, находящихся в стационаре, могли бы получать не менее эффективную помощь в амбулаторных условиях, если бы это звено было заинтересовано в такой работе. Это также позволило бы повысить эффективность использования имеющихся ресурсов, так как амбулаторная помощь в несколько раз дешевле стационарной.

С точки зрения экономических интересов общества амбулаторно-поликлинические учреждения должны финансироваться таким образом, чтобы быть интересованными в том, чтобы их пациенты были здоровее и максимально редко обращались за медицинской помощью. В этом им может помочь профилактическая работа. Тем не менее врачи поликлиник должны иметь стимулы для наиболее эффективного использования получаемых от общества средств. На выбор способа оплаты поликлинической помощи, безусловно, оказывают влияние конкуренция медицинских учреждений, сложившиеся правила оплаты, готовность персонала медицинских учреждений использовать новые формы и способы оплаты, умение организаторов здравоохранения настоять на наиболее эффективных с точки зрения общества способах оплаты.

Для оплаты амбулаторной помощи применяются следующие способы:

- оплата за услугу;
- подушевое финансирование;

- оплата за больного;
- оплата за посещение;
- глобальный бюджет;
- сметное финансирование.

Сравнительная характеристика различных способов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи представлена в таблице 1.

Таблица 1

Способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях

Достоинства	Недостатки
<i>Сметное финансирование</i>	
1. Расходы заранее предсказуемы. 2. Административные расходы минимальны.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании средств. 2. Невозможность полного контроля за приписками. 3. Стремление медицинских работников направить пациентов в другие учреждения и к другим специалистам. 4. Недостаточно информации для углубленного изучения структуры оказываемой медицинской помощи. 5. Может иметь место сокращение объемов оказываемой помощи отдельным пациентам.
<i>Оплата за посещение</i>	
1. Заинтересовывает медицинских работников в оказании помощи максимальному числу пациентов. 2. Административные расходы достаточно невелики.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании средств. 2. Невозможность полного контроля за приписками. 3. Недостаточно информации для углубленного изучения структуры оказываемой медицинской помощи. 4. Может иметь место сокращение объемов оказываемой помощи отдельным пациентам. 5. Объем финансирования заранее непредсказуем.
<i>Оплата отдельных медицинских услуг</i>	
1. Заинтересовывает медицинских работников в оказании максимального объема помощи каждому пациенту. 2. Позволяет собирать детальные данные о структуре оказываемой помощи.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании ресурсов. 2. Пациентам оказываются не требующиеся им услуги. 3. Объем расходов непредсказуем. 4. Нет экономической взаимосвязи с другими этапами помощи. 5. Большие административные расходы в связи с необходимостью обработки большого объема информации. 6. Отсутствие возможности контроля за приписками.
<i>Балльная оплата отдельных медицинских услуг</i>	

Достоинства	Недостатки
1. Заинтересовывает медицинских работников в оказании максимального объема помощи каждому пациенту. 2. Позволяет получать детальные данные о структуре оказанных услуг. 3. Затраты на оказание помощи заранее предсказуемы.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и эффективном использовании средств. 2. Пациентам могут оказываться не требующиеся им услуги. 3. Нет экономической взаимосвязи с другими этапами помощи. 4. Большие административные расходы в связи с необходимостью обработки большого объема информации. 5. Невозможность полного контроля за приписками.
<i>Оплата законченных случаев лечения (за больного)</i>	
1. В некоторой степени ограничиваются общие расходы. 2. Относительно небольшой объем обрабатываемых счетов. 3. Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании средств. 2. Могут иметь место случаи сокращения объемов оказываемой помощи отдельным пациентам. 3. Объем финансирования заранее непредсказуем. 4. Нет экономической взаимосвязи с другими этапами лечения. 5. Возможное завышение тяжести случаев заболевания.
<i>Подушевое финансирование с учетом половозрастной структуры</i>	
1. Медицинские работники заинтересованы в улучшении здоровья прикрепленного населения. 2. Медицинские работники заинтересованы в эффективном использовании ресурсов. 3. Расходы заранее предсказуемы. 4. Административные расходы минимальны.	1. Может иметь место сокращение объемов оказываемой помощи отдельным пациентам. 2. Недостаточно информации для углубленного изучения структуры оказываемой медицинской помощи. 3. Могут отсутствовать стимулы для медицинских работников к интенсификации труда
<i>Глобальный бюджет</i>	
1. Расходы заранее предсказуемы. 2. Административные расходы минимальны. 3. Медицинские работники заинтересованы в максимальном удовлетворении потребностей пациентов в пределах согласованных объемов. 4. Стимулирует медицинских работников к повышению эффективности использования ресурсов.	1. Возможно сокращение объемов помощи отдельным пациентам. 2. У медицинских работников отсутствуют стимулы к внедрению современных медицинских технологий. 3. Недостаточно информации для углубленного изучения структуры оказываемой помощи. 4. Могут отсутствовать стимулы для медицинских работников к интенсификации труда.

Переход от сметного финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений к оплате за объем и качество оказанной помощи (будь то в расчете

за услугу, или посещение, или законченный случай лечения) заставляет эти учреждения принимать управленческие решения с целью приведения их структуры и мощности в соответствие с потребностями населения.

Финансирование в расчете на услугу позволяет напрямую увязать объем казанной медицинской помощи с полученными ресурсами. Это стимулирует врачей к увеличению объема оказываемой помощи, значительно расширяет права пациентов по выбору медицинского учреждения и врача.

Однако этот способ оплаты ведет к чрезмерному, часто клинически необоснованному наращиванию врачебных назначений, числа медицинских услуг, и следовательно, к увеличению нерациональных расходов. Его использование влечет за собой усложнение документооборота, обязывает органы, оплачивающие медицинскую помощь, ужесточать контроль за использованием средств, затрачивая на эти цели дополнительные ресурсы, т. е. увеличивать административные расходы.

Для предотвращения негативного воздействия гонорарного способа оплаты в части превышения согласованных объемов необходим контроль плательщика за обоснованностью назначений и предоставления медицинских услуг.

Возможным вариантом сдерживания непродуктивных расходов является балльная система, использовавшаяся в Германии. При этом каждый самостоятельно практикующий врач или амбулаторно-поликлиническое учреждение заранее знает свой максимально возможный годовой объем финансирования. Увеличение количества оказанных услуг автоматически ведет к снижению стоимости каждой из них, в результате чего расходы могут быть либо равны установленным в начале года объемам (при выполнении или перевыполнении согласованных объемов помощи) либо меньше их (при оказании меньшего числа услуг или при изменении их структуры по сравнению с плановым). Невыполнение задания означает меньший объем заработанных средств. Таким образом, плательщик регулирует свои расходы и обеспечивает сбалансированность системы.

Аналогичная система использовалась при оплате амбулаторной помощи по программе ОМС в Московской области (за посещение).

Достаточно оптимальный, с точки зрения числа посещений на одного прикрепленного жителя, способ *оплаты за пролеченного больного* или случай поликлинического обслуживания. Этот же способ достаточно экономичный. Следует отметить, что положительный эффект от того или иного способа оплаты медицинской помощи во многом зависит от правил и техники формирования тарифов на медицинские услуги, а также от точности расчетов, отражающих сложившиеся технологии оказания медицинской помощи.

Использование метода оплаты отдельных медицинских услуг, в том числе и с использованием балльной системы, может применяться тогда, когда имеется развитая конкуренция медицинских учреждений и плательщики могут выбирать среди них наиболее эффективные. Однако при этом требуются значительные средства для осуществления административных функций и контроля за медицинскими учреждениями.

Оплата законченных случаев лечения также может применяться при развитой конкуренции среди медицинских учреждений. Одновременно необходим контроль за ними со стороны плательщиков с целью предотвращения гипердиагностики и отнесения пациентов к более сложным и дорогостоящим группам а также перенесения помощи наиболее сложным больным на другие этапы лечения.

Подушевая оплата амбулаторно-поликлинической помощи представляет наиболее эффективной и рациональной. Тем не менее требуется наличие ряд условий для ее полноценного применения. К их числу относятся свободный выбор врача пациентом, система контроля качества оказываемой помощи, наличие службы, куда могут обратиться пациенты при отказах в медицинской помощи, система штрафных санкций за отказ или сокращение объемов оказания медицинской и профилактической помощи.

Использования оплаты в расчете на одного жителя требует разработки специальной методики, позволяющей учитывать множество факторов,

влияющих на спрос на медицинскую помощь: половозрастную структуру, особенности расселения, культурные традиции, социальные особенности, развитие инфраструктуры здравоохранения.

Достоинство метода финансирования в расчете на одного жителя – более широкая возможность получения пациентом медицинской помощи независимо от степени развития инфраструктуры здравоохранения региона, от социального положения пациента и уровня его доходов. Кроме того, увязка оплаты труда врачей с числом обслуживаемых жителей позволяет повысить ответственность их за состояние здоровья населения, активно заниматься профилактической работой для уменьшения объема более сложной работы по лечению заболевших. Одновременно повышается эффективность использования ресурсов, снижается документооборот. Недостаток этого способа – трудность учета и математическое выражение влияния всех факторов на спрос на медицинские услуги.

Подушевое финансирование предполагает передачу финансовых ресурсов в расчете на все население, в том числе на здоровых жителей, которые, скорее всего, не обратятся за медицинской помощью, т.е. такое финансирование сродни страхованию. Подушевое финансирование стимулирует врачей поликлинического звена к сокращению объема оказываемой помощи и направлению пациентов в стационары. Необходим жесткий контроль плательщика за обоснованностью таких направлений и за соблюдением амбулаторно-поликлиническим учреждением технологий лечебно-диагностического процесса, в том числе стандартов оказания медицинской помощи.

С целью повышения эффективности использования ресурсов и стимулирования амбулаторного звена к увеличению объема оказываемой помощи заменен стационарной в России в рамках внедрения нового хозяйственного механизма в 1988–1992 гг. и в Великобритании начиная с 1990 г. начала внедряться система фондодержания.

Фондодержание предполагает, что поликлиника получает средства на оказание всего объема амбулаторной помощи прикрепленному населению. При этом если сама поликлиника не может оказать какие-то виды помощи, то она покупает их в других учреждениях за счет полученных средств. Кроме того, такое положение распространяется и на часть видов стационарной помощи. Но обязательно, что все средства поступят на расчетный счет поликлиники. Они будут аккумулироваться на специальном счете плательщика, который может пользоваться их только и исключительно по указанию поликлиники.

Важное условие в системе частичного фондодержания – предоставление прав поликлинике распоряжаться частью средств, предназначенной для оплаты стационарной помощи. При этом должны быть определены тарифы на услуги стационара, которые должны экономически стимулировать врачей поликлиники направлять легких больных в стационар, оказывая им помощь собственными силами. Но не следует исключать направления больных на краткосрочную госпитализацию для проведения специфических обследований и уточнения диагноза и методов лечения.

Право направления пациента на госпитализацию должно принадлежать только врачам поликлиники. Они должны незамедлительно быть извещены обо всех случаях экстренной или по другим показаниям госпитализации прикрепленных жителей. Им должно быть предоставлено право наблюдения за ходом лечения в стационаре и возможность предложения выписки больного для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях. При этом не должно быть препятствий со стороны врачей стационара.

Важным экономическим инструментом при этом является то, что сэкономленные средства, предназначенные по плану для оплаты стационарной медицинской помощи, направляются для стимулирования поликлиники, в том числе для материального стимулирования персонала.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в условиях фондодержания сокращается уровень госпитализации в круглосуточные

стационары, уменьшаются очереди на плановую госпитализацию, развиваются стационарозамещающие технологии.

Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях

Стационарная медицинская помощь – наиболее дорогостоящая, увеличение ее объема влечет за собой значительный рост расходов на здравоохранение. Именно поэтому большинство стран мира, включая и Россию, при реформировании здравоохранения уделяют особое внимание вопросам оплаты стационарной помощи, стремясь разработать такую систему, чтобы переместить максимально возможный объем помощи на амбулаторный уровень. При этом важно, чтобы и амбулаторно-поликлиническое звено было готово принимать на себя дополнительное число пациентов. В противном случае произойдет ограничение доступности медицинской помощи населению или увеличение расходов здравоохранения в связи с необходимостью оплаты возросших объемов стационарной помощи. Финансирование больниц возможно в расчете:

- на 1 больного;
- на 1 услугу;
- на 1 койко-день;
- по смете расходов.

Способы оплаты стационарной помощи приведены в таблице 2.

Таблица 2

Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях

Достоинства	Недостатки
<i>Сметное финансирование</i>	
1. Расходы заранее предсказуемы. 2. Административные расходы минимальны.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании средств. 2. Невозможность полного контроля за приписками. 3. Стремление медицинских работников направить пациентов в другие учреждения и к другим специалистам. 4. Недостаточно информации для углубленного изучения структуры оказываемой медицинской помощи. 5. Может иметь место сокращение объемов оказываемой

Достоинства	Недостатки
	помощи отдельным пациентам.
<i>Оплата в расчете на проведенный койко-день</i>	
1. Относительно небольшой уровень административных расходов.	1. Объем расходов заранее непредсказуем. 2. У медицинских работников нет стимулов эффективно использовать ресурсы.
<i>Оплата за отдельные услуги</i>	
1. Заинтересовывает медицинских работников в оказании максимального объема помощи каждому пациенту. 2. Позволяет собирать детальные данные о структуре оказываемой помощи.	1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании ресурсов. 2. Пациентам оказываются не требующиеся им услуги. 3. Объем расходов непредсказуем. 4. Большие административные расходы в связи с необходимостью обработки большого объема информации.
<i>Оплата за пролеченного больного</i>	
1. Небольшой объем административных расходов. 2. Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения 3. Объем расходов в определенной степени предсказуем. 4. Отсутствие стимулов для врачей к гипердиагностике. 5. Готовность больниц к использованию этого метода.	1. Возможно необоснованное сокращение объемов оказываемой помощи, в том числе досрочная выписка из стационара. 2. Появляются стимулы для врачей манипулировать диагнозами для отнесения пациентов к более дорогостоящим группам оплаты. 3. Возможны отказы тяжелым больным, лечение которых будет обходиться дороже, чем предусмотрено тарифами. 4. Недостаточно информации для детального анализа структуры оказываемой помощи.
<i>Глобальный бюджет</i>	
1. Расходы заранее предсказуемы и ограничены. 2. Административные расходы минимальны.	1. Возможно сокращение объема помощи отдельным пациентам. 2. Врачи не заинтересованы в сокращении сроков лечения. 3. Отсутствуют стимулы к интенсификации труда и конкуренции.

Как видно из таблицы 2, среди рассмотренных способов *оплата за услугу* более затратный и наименее поддающийся контролю метод, который ведет к увеличению расходов на стационарную помощь.

Оплата за услугу провоцирует врачей оказывать как можно больше услуг, даже если это не требуется пациенту по клиническим показаниям. Использование способа оплаты за услугу без предварительно согласованных тарифов является непродуманным решением. В случае применения оплаты за услугу она обычно осуществляется после оказания медицинской помощи путем суммирования объемов оказанной помощи, умноженных на заранее

согласованные соответствующие тарифы. Оплата за услугу может включать в себя различные единицы измерения услуг. По имеющимся данным, при оплате за услугу оказывается помощи пациентам в денежном выражении на 30 % больше, чем при подушевом финансировании без каких-либо существенных различий в медицинских результатах. Это является причиной того, что многие экономически развитые страны начали использовать глобальный бюджет.

Оплата за койко-день ведет к тому, что больницы постепенно превращаются в социальные учреждения, где персоналу выгодно, чтобы пациенты находились в больнице как можно дольше и с наиболее легкими заболеваниями. Это связано с тем, что наибольшие расходы при оказании стационарной помощи приходятся на первые дни госпитализации, когда пациенту оказывается интенсивная помощь (операции, реанимация, интенсивная терапия, вывод из критических состояний). В последующем расходы больниц на поддерживающую терапию и уход минимальны.

Оплата за пролеченного больного – достаточно прогрессивный метод, стимулирующий врачей интенсифицировать лечебно-диагностический процесс, сокращать сроки госпитализации, повышать качество помощи. Но его использование требует готовности и медицинских учреждений, и плательщиков к определенным способам администрирования, контроля за обоснованностью назначаемого лечения.

Использование глобального бюджета позволяет в наибольшей степени ограничивать расходы на больничную помощь, делая их прогнозируемыми при минимальных административных расходах. Однако при этом теряется качество аналитической работы по структуре и видам оказываемой помощи, лечебно-диагностическим технологиям, используемым больницами, что требует проведения дополнительных исследований.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что понимается под экономикой здравоохранения?
2. Возможно ли осуществление медицинской практики в виде «чистого искусства» вне связи с определенной хозяйственной формой?
3. Каков предмет экономики здравоохранения?
4. Дайте историческую справку формирования экономики здравоохранения как самостоятельной дисциплины.
5. Каково место экономики здравоохранения в структуре современных экономических талий?
6. Какие основные вопросы ставит экономика здравоохранения?
7. Что такое рынок с точки зрения экономической категории?
8. Назовите принципы, по которым функционирует рынок.
9. Какова структура рынка услуг в здравоохранении?
10. Назовите контрагенты рынка услуг в здравоохранении.
11. Назовите основные элементы рыночного механизма и дайте им определение.
12. Что такое детерминанты спроса и предложения?
13. Дайте определение цене спроса, цене предложения и равновесной цене медицинской услуги.
14. Назовите основные функции рынка.
15. Назовите достоинства и недостатки различных способов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи?
16. Какие методы оплаты стационарной медицинской помощи вы знаете?
17. Что такое глобальный бюджет?
18. Какие существуют источники финансирования здравоохранения?
19. Опишите систему бюджетного финансирования здравоохранения Российской Федерации.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ЭТО

- 1) наука о хозяйственных отношениях в медицине и здравоохранении
- 2) комплекс экономических знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области медицины, ее организации, управления и развития
- 3) наука о финансово-экономических операциях в деятельности организаций здравоохранения

2. К ЭКОНОМИЧЕСКИМ ОТНОШЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) организационно-экономические
- 2) социально-экономические
- 3) управленческие
- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) все вышеперечисленное неверно

3. СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НАУКИ В ЦЕЛОМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) экономику сферы услуг
- 2) экономическую теорию
- 3) отраслевые экономические науки
- 4) маркетинг
- 5) менеджмент
- 6) прикладные экономические науки
- 7) специальные экономические науки
- 8) все вышеперечисленное верно

4. ОСНОВНЫМИ ИНВЕСТОРАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) банки
- 2) фонды
- 3) пациенты
- 4) государство
- 5) страховые медицинские организации
- 6) все вышеперечисленное верно
- 7) все вышеперечисленное неверно

5. РЕЗУЛЬТАТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ИЗМЕРЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) доходы
- 2) расходы

- 3) медицинский эффект
- 4) социальный эффект
- 5) экономический эффект
- 6) все вышеперечисленное верно
- 7) все вышеперечисленное неверно

6. К КОНТРАГЕНТАМ РЫНКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) другие медицинские организации
- 2) финансово-кредитные организации
- 3) государство
- 4) граждане
- 5) верно все вышеперечисленное

7. ЗАКОН СПРОСА ГЛАСИТ

- 1) чем больше цена, тем больше спрос
- 2) чем меньше цена, тем больше спрос
- 3) чем меньше цена, тем меньше спрос

8. К ДЕТЕРМИНАНТАМ СПРОСА ОТНОСЯТСЯ

- 1) число врачей
- 2) уровень доходов населения
- 3) численность пациентов
- 4) изменения в структуре населения
- 5) изменение вкусов пациентов
- 6) «форсирование» спроса

9. ЗАКОН ПРЕДЛОЖЕНИЯ ГЛАСИТ

- 1) чем меньше цена, тем меньше предложение
- 2) чем больше цена, тем меньше предложение
- 3) чем больше цена, тем больше предложение
- 4) чем меньше цена, тем больше предложение

10. К ДЕТЕРМИНАНТАМ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) уровень доходов населения
- 2) количество врачей
- 3) стоимость медицинского оборудования
- 4) налоговая система
- 5) совершенствование медицинского оборудования
- 6) наличие новых конкурентов

11. К ФУНКЦИЯМ РЫНКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) оценочная
- 2) информационная
- 3) посредническая
- 4) распределительная
- 5) ценообразующая

б)регулирующая

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1 – 2	2 – 1, 2	3 – 2, 3, 6, 7	4 – 3, 4, 5	5 – 3, 4, 5	6 – 5
7 – 2	8 – 1, 2, 3, 4, 5, 6	9 – 2	10 – 1, 2, 3, 4, 5, 6	11 – 1, 2, 3, 4, 5, 6	

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / Н. И. Вишняков, О. А. Гусев, Л. В. Кочорова, Е. Н. Пенюгина, С. Н. Пузин : – 8-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 840 с.
2. Экономика здравоохранения : учебник / А. В. Решетников [и др.] ; под общ.ред. А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с. : ил.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 608 с.

Дополнительная:

1. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник: в 2 т. / под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.
2. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения : учебное пособие / В. Ю. Семенов. – 2-е изд., перераб. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 1000 с.
3. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 496 с.

Учебное издание

ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие

Составители:

Гайдаров Гайдар Мамедович
Апханова Надежда Сергеевна