

Теоретические основы эффективного функционирования рынка медицинских услуг

Для успешного социально-экономического развития государства и его регионов, перспективного обеспечения здоровыми трудоспособными кадрами, лимитирующим фактором является эффективное функционирование рынка медицинских услуг. Вместе с тем, остаются не раскрытыми многие вопросы, связанные с экономической оценкой функционирования рынка медицинских услуг и вытекающими отсюда проблемами его развития. Необходимость повышения эффективности функционирования рынка медицинских услуг, обусловлена также тем, что недостаточный уровень оказания медицинской помощи и ухудшение здоровья нации снижают отдачу инвестиций в человеческий потенциал и вызывают рост нетрудоспособного по состоянию здоровья населения.

Система здравоохранения - есть совокупность государственных органов здравоохранения и субъектов здравоохранения (организаций здравоохранения и физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой на основании действующей лицензии), деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи.

Материальное производство отличается от распределения, обмена и потребления, прежде всего тем, что в этой сфере создаются материальные блага и ВВП. Распределению, обмену и потреблению свойствен общий признак: здесь не совершается процесс создания новых потребительных стоимостей (хотя и может осуществляться их доведение до вида, пригодного к потреблению), происходит их переход из одной фазы в другие с использованием уже созданных в производстве потребительных стоимостей. Производство услуг заключается в непрямом воздействии на потребителя, который выступает как объект услуги, когда ее оказывает один человек, а потребляет ее, как непосредственную деятельность этого человека, - другой. Как экономическая категория услуга есть общественное отношение по поводу полезного действия труда, потребляемого как деятельность. В этом отношении сама услуга выступает как экономическая форма труда, который потребляется в качестве результата деятельности.

Взаимосвязь материальной и непрямой сферы - сферы услуг, состоит в том, что значительная часть совокупного общественного продукта, создающегося в материальном производстве, направляется на формирование материально-вещественных фондов и оплату труда работников непрямой сферы. В свою очередь, услугами непрямой сферы

пользуются работники сферы материального производства.

Методологической основой анализа здравоохранения как отрасли непродуцированной сферы, является также рассмотрение его с точки зрения применения общественно полезного труда, каким является деятельность работников здравоохранения. Оказание медицинской помощи, хотя и опирается на использование основных непродуцированных фондов: зданий, сооружений, специального медицинского и хозяйственного оборудования, транспорта и т.д., тем не менее, как продукт труда выступает не в форме вещи, а в форме полезного эффекта труда. Основные непродуцированные фонды здравоохранения, играющие существенную роль в вооруженности труда врача при современном уровне науки и техники, в отличие от основных продуцированных фондов сферы материального производства, непосредственно не принимают участия в производстве материальных благ и создании новой потребительной стоимости, а потому в процессе использования не переносят свою стоимость на продукт. Они, являясь продуктом общественного производства, как предметы длительного пользования, предназначены для нормального обеспечения процесса труда медицинских работников в области профилактики, диагностики и лечения больных и в процессе этого труда потребляются и утрачивают свою стоимость.

Представляется неверным, когда в экономическом анализе расходов на здравоохранение или проведение каких-либо мероприятий учитывают только расходы по бюджету здравоохранения на текущее содержание учреждений по статьям расходов, исключая стоимость основных непродуцированных фондов здравоохранения. В таких трудоемких и материалоемких отраслях здравоохранения, как, например, анестезиология и реанимация, интенсивная терапия и др., потребляется стоимость основных непродуцированных фондов (современные сложные виды специального оборудования, аппаратура), имеющие небольшой срок физического и особенно морального износа. Их стоимость в расчете на больного или койко-день во много раз превышает расходы на текущее содержание. Этого нельзя не учитывать. Поэтому, материалопотребление в здравоохранении должно измеряться и определяться как часть общего «объектопотребления», выступающего в виде материальных, трудовых и финансовых затрат. Иными словами, издержки общего потребления в здравоохранении, помимо текущих расходов, должны учитывать и величину стоимости потребленных основных непродуцированных фондов в результате их физического или морального износа. Производство и потребление медицинской помощи слиты в едином процессе и оказание ее, обязательно предполагает применение живого труда в действии, то есть потребление ее в виде полезного эффекта осуществляется непосредственно в процессе самой деятельности. Именно сама деятельность медицинских работников удовлетворяет личные (оказание медицинской помощи) и общественные (проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий) потребности людей и труд поэтому, выступает в качестве услуги .

Рассматривая социально-экономическую сущность здравоохранения, его роль в воспроизводстве рабочей силы, общественного продукта и общественных отношений, следует подчеркнуть его следующие особенности:
1) производитель (врач, фельдшер, медицинская сестра) и потребитель медицинской помощи (больной, здоровый человек) в процессе непосредственного

взаимодействия (оказания и потребления медицинских услуг и обслуживания), порождают полезный эффект труда, который заключается в результатах профилактики, диагностики, лечения и выздоровления;

2) предоставление медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания связано с коллективными формами удовлетворения потребностей, как наиболее соответствующих укладу жизни населения;

3) оказание медицинской помощи есть такой вид производства жизненных услуг, при котором потребитель (больной, здоровый человек) не становится владельцем или распорядителем определенного вида богатства - своего собственного (здоровья), так как личное здоровье каждого является общественным богатством;

4) производство и потребление медицинской помощи, как и всех нематериальных благ отраслей непродуцированной сферы, способствуют развитию отношений распределения, обмена и потребления .

Происходящие глобальные изменения в производственном процессе, вызванные инновационным развитием рыночной экономики, предъявляют новые, более высокие требования к качественным характеристикам рабочей силы, в том числе и к состоянию здоровья, здоровому образу жизни. Это позволяет говорить о превращении сферы здравоохранения в важный элемент материального производства. Расширение потребности в здоровой рабочей силе способствует росту экономической роли здравоохранения, превращая медицинские услуги в общественно необходимые услуги. Исходя из вышесказанного, финансирование здравоохранения следует рассматривать как необходимый элемент осуществления процесса производства, как специфическую форму капитальных вложений и отказаться от остаточного принципа финансирования здравоохранения, как непродуцированной сферы деятельности. Как было отмечено выше, труд в производственной сфере создает материальную основу для функционирования сферы здравоохранения. Здравоохранение, в свою очередь, обладает широкими возможностями воздействия на ускорение экономического роста через участие отрасли в сохранении и укреплении здоровья главной производительной силы общества - человека.

Разработки зарубежных ученых по проблемам инвестиций в человеческий капитал (на образование и здравоохранение, улучшение условий труда) показали высокую степень их доходности. По расчетам американских специалистов, смерть человека в возрасте до 15 лет представляет собой чистый ущерб для общества, доживший до 40 лет человек уже дает обществу прибыль, а доживший до 65 лет (при уровне сохранения трудоспособности) приносит двойную прибыль. Инвестиции в человеческий капитал в значительной степени определяют социальную ориентацию рыночных реформ, качество экономического роста. Исходя из этого, необходимо дополнить оценку результатов материального производства оценкой результатов деятельности здравоохранения. В расчетах национального дохода целесообразно учитывать не материальные затраты, произведенные в здравоохранении,

а результаты деятельности отрасли в виде определенного объема услуг. Объясняется это тем, что в действительности население потребляет не затраты, а конкретные медицинские услуги, как товар особого рода, существующий в форме полезного эффекта.

Внедрение рыночных отношений в здравоохранении изменило содержание экономики здравоохранения, заложило основы совершенно новых отношений между субъектами системы. В результате этого, медицинская помощь превратилась в медицинские услуги, а медицинские учреждения в производителя медицинских услуг. Рассмотрим более подробно экономические отношения в области функционирования рынка медицинских услуг.

Относительно понятия «рынок медицинских услуг» необходимо отметить, что нет единого мнения о том, что в себя включает данный рынок. На наш взгляд, рынок медицинских услуг целесообразно рассматривать с двух позиций: в узком смысле и широком. Рынок, представляющий собой совокупность мер по оказанию медицинских процедур (лечебно-диагностических вмешательств) населению, принимающих форму медицинской помощи или медицинской услуги следует рассматривать как рынок медицинских услуг в узком понимании. Под медицинской помощью в данном понятии подразумевается оказание изначально бесплатной помощи для человека в определенном количестве медицинских процедур. В России государство оказывает всем слоям населения страны безвозмездную медицинскую помощь в виде гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), перечень которой определяется исходя из того, сколько оно может оплатить в силу своего бюджета, то есть «по мощи» финансовых средств. Лечебно-диагностические процедуры, выходящие за рамки ГОБМП принимают форму медицинских услуг, за которые нужно платить. Таким образом, медицинская услуга, как и любая услуга, подразумевает ее платность. Если сопоставить эти две процедуры в ракурсе платности то они обе оплачиваются: медицинская помощь из госбюджета (на основе распределения госзаказа), медицинская услуга из средств самих граждан и различных внебюджетных фондов, то есть бесплатными они не являются. Следовательно, рынок медицинских услуг в узком понимании, нами будет рассматриваться только как «рынок медицинской помощи», который включает в себя организации по оказанию медицинской помощи и медицинских услуг как в возмездной, так и безвозмездной форме.

Рынок медицинских услуг в широком понимании подразумевает оказание всех видов услуг. Медицинскую помощь (диагностическую, лечебную, реабилитационную, профилактическую и т.д.) нельзя оказать без специального оборудования, знаний и умений специалистов, лекарственных средств и препаратов, без организованной системы оказания медицинской помощи, следовательно, границы рынка медицинских услуг гораздо шире.

Специфика функционирования рынка медицинских услуг в том, что он не саморегулируется по законам открытого конкурентного рынка и имеет ряд особенностей, которые отличают рынок медицинских услуг от рынка с

развитой конкуренцией.

Рынок медицинских услуг всегда будет отличаться от рынка совершенной конкуренции, поскольку здравоохранение, как отрасль общественного хозяйства, обладает рядом характеристик, находящихся вне действия рыночного механизма. В частности, наиболее важные из них:

- наличие у части медицинских услуг свойств «общественного блага». Они являются объектом коллективного потребления, на них не распространяется принцип исключения других лиц из процесса потребления. Общественные блага охватывают своим потребительским эффектом лиц, не участвующих в рыночной сделке;
- недостаточная информированность потребителей. Дело в том, что важнейшими условиями осуществления рыночной сделки являются, с одной стороны, полная информированность потребителя в отношении цены, объема и качества приобретаемых благ, с другой стороны - независимость действий производителей и потребителей. В здравоохранении эти условия, как правило, не соблюдаются. Эта информационная «асимметрия» производителя и потребителя медицинских услуг деформирует обычное взаимодействие спроса и предложения;
- особая роль принципа равенства в получении медицинской помощи. Объем потребления медицинских услуг не может определяться только уровнем платежеспособности человека. Наибольшую потребность в медицинской помощи имеют лица с низкими доходами, так как худшие условия жизни и труда обуславливают низкие показатели здоровья.

Изменения на рынке медицинских услуг осуществляются под разнонаправленным одновременным влиянием огромной совокупности движущих сил (факторов), как внутренних, представляющих собой элементы самого рынка медицинских услуг, так и внешних, являющихся атрибутами экономических, политических, психологических и иных отношений в обществе.

Укрупненно можно выделить следующие группы факторов:

1) личный фактор, или население области во всех его демографических характеристиках; 2) экологические факторы: радиационная ситуация, уровень загрязнения воздушного и водного бассейна промышленными отходами, особенности климатических условий и т.д.; 3) экономические факторы, действие которых отражает функционирование и развитие данной системы экономических отношений. К ним, в частности, относятся: углубляющийся экономический кризис и связанные с ними инфляционные процессы, безработица, продолжающееся обнищание населения; ход приватизации, формирование новых форм собственности и характер их взаимосвязи; занятость и безработица, налогообложение и т.д.; 4) общественно-политические факторы: состояние и тенденции движения политической системы, характер правового регулирования общественных отношений, особенности состояния науки, просвещения, морали и нравственности, культуры и др.; 5) социально-психологические факторы: степень социальной напряженности, общественное мнение в жизни области, психологическое состояние населения и др.

Приведенная группировка не охватывает всего многообразия факторов развития рынка медицинских услуг. В известной степени она даже огрубля-

ет диалектику их взаимосвязи. Представляется, что подобная попытка классификации факторов служит важной предпосылкой научного понимания развития рынка медицинских услуг как объекта управления.

Действия факторов развития рынка медицинских услуг материализуются согласно схеме: тенденции развития объекта - цели, принципы, функции управления рынком медицинских услуг. Цели, принципы, функции реализуются через определенный механизм управления, который включает кадры, органы, информационные потоки и методы управления развитием рынка медицинских услуг. В результате управление представляется как сложное взаимодействие его субъекта и объекта. Целостное единство и взаимная связь элементов этого взаимодействия образует систему управления развитием рынка медицинских услуг. В результате анализа объекта управления и управляющей подсистемы возникает некая теоретическая модель системы управления развитием рынка медицинских услуг.

Данная модель является универсальной в том смысле, что отражает те связи и соотношения, которые являются общими для самых разных уровней управления. Независимо от того, кто принимает решения, направленные на изменения рынка медицинских услуг - областные или районные администрации, коллектив или отдельный человек - оптимальность этого решения в принципе определяется тем, насколько оно научно, то есть насколько полностью удастся осмыслить и учесть конкретную совокупность взаимодействующих объективных и субъективных, внешних и внутренних факторов развития рынка медицинских услуг.

Управление развитием рынка медицинских услуг является функцией системы здравоохранения, обеспечивающей ее динамичное пропорциональное развитие, сохранение определенной структуры, поддержание эффективного режима деятельности, реализацию различных программ, направленных на достижение целей и решение задач по охране здоровья населения. По существу - это целенаправленный процесс обеспечения эффективного функционирования рынка медицинских услуг при определенных условиях и имеющихся ресурсах. Он заключается в воздействии субъекта управления на объект и осуществляется различными методами в определенной последовательности [1].

При определении форм и методов управления необходимо отталкиваться от решаемых различными субъектами здравоохранения задач. Медицинские учреждения решают три основные задачи:

1. Предоставление заданных объемов определенных видов медицинских услуг (амбулаторных, стационарных), осуществление определенного набора мероприятий (профилактика, вакцинация и т.д.).
2. Соблюдение определенных качественных характеристик (получение положительных исходов лечения, соблюдение установленных правил, выполнение медицинских стандартов и т.д.).
3. Достижение установленных показателей при наиболее рациональном использовании всех ресурсов.

Несмотря на то, что эти задачи не могут быть полностью оторваны друг от друга, пути их достижения различны, а в некоторых случаях противоположны. Так, для улучшения качества часто приходится уменьшать виды оказываемых услуг, увеличивать расход ресурсов и т.д.

Таким образом, методы управления диктуются спецификой лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), спецификой решаемых им задач. И лишь единство всех методов, их рациональное сочетание могут дать оптимальные управленческие результаты. Поэтому, проблема поиска эффективного функционирования рынка медицинских услуг, на наш взгляд, заключается в двух ключевых моментах:

1. Четкое определение задач, которые необходимо поставить перед ЛПУ - расширение ли это видов стандартных мероприятий, повышение ли качества медицинской помощи или достижение наилучших экономических показателей.
2. Нахождение правильного соответствия поставленным задачам тех или иных методов управления.

Проблема поиска наиболее эффективного функционирования рынка медицинских услуг напрямую связана с хозяйственным механизмом отрасли в целом, с вопросами экономической самостоятельности и ответственности ЛПУ, с отношениями собственности.

Экономическая наука располагает системой показателей экономической эффективности труда работников сферы материального производства (экономия затрат на единицу продукции и др.). Значительно сложнее обстоит дело, когда необходимо оценить экономическую эффективность работников непромышленной сферы. Следует заметить, что, если медицинской и социальной

эффективности лечения, профилактики и реабилитации многих заболеваний посвящено достаточно работ, то экономической эффективности - крайне мало. Увеличение расходов на медицинскую помощь выдвигает перед экономикой и планированием здравоохранения задачу не только оценки эффективности и роли здравоохранения в социальной репродукции, но и требует от нее изыскания путей максимального экономического эффекта при минимальных материальных, трудовых и финансовых затратах. И в одном, и в другом случаях при оценке эффективности здравоохранения и его отдельных разделов и служб должно удовлетворяться следующее требование: то, что экономически эффективно, должно быть эффективно и в чисто социальном отношении.

Понятие эффективности медицинской помощи неправомерно отождествлять с соответствующими показателями в сфере материального производства. При приложении самого высококвалифицированного труда специалистов в медицине могут быть результаты без изменения состояния здоровья человека, то есть «нулевой» и даже «отрицательный» медицинский эффект, когда, казалось бы, сделано все возможное и даже невозможное - конечный результат пессимистичен. Почти также трудно сопоставить эффективность

работы отдельных медицинских работников с рабочими промышленных предприятий, хотя употребляется понятие производительности труда врача. Производительность труда характеризуется количеством продукции, созданной в единицу затрачиваемого времени. Полезность эффекта труда врача может быть независима от его нагрузки: числа принятых больных в час в поликлинике, осмотренных в стационаре, прооперированных больных и т.д. Даже в случаях, когда затраты труда могут быть нормированы по количеству и качеству, например, проведение лабораторных исследований врачом-лаборантом, то следует говорить о продуктивности, результативности, выражающейся рабочей нагрузкой врача-лаборанта, так как труд его не является производительным трудом, а результат труда выступает в форме полезного эффекта.

Само понятие «эффективность здравоохранения» включает целый комплекс составляющих оценки медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания в различных аспектах: медицинский эффект, социальный эффект, экономический эффект. Медицинский эффект здравоохранения может оцениваться показателями, определяющими уровень и характер заболеваемости и ее тенденциями; числом заболевших и здоровых лиц; показателями, характеризующими объем и качество медицинской помощи, удовлетворенность населения качеством медицинской помощи и т.д.

Социальный эффект здравоохранения может измеряться такими показателями, как продолжительность, качество жизни, демографические сдвиги (рождаемость, смертность, естественный прирост населения и т.д.). Совершенно очевидно, что социальный эффект здравоохранения связан с удовлетворением потребности населения в здоровье и одновременно зависит от изменения многих социально-экономических факторов в стране. Социальный эффект здравоохранения потенциально связан с экономическим, так как одним из его результатов является воспроизводство рабочей силы.

Экономический эффект здравоохранения оценивается по его влиянию на экономику общества [2].

Создание достаточно строгих методик расчета эффективности здравоохранения и его отдельных служб и мероприятий представляет чрезвычайно сложную, но очень актуальную в практическом отношении задачу. Точная оценка медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения как обобщенная качественная и количественная оценка деятельности здравоохранения могла бы служить объективным критерием социальной и экономической роли здравоохранения в развитии общества.

Под эффективностью обычно понимается отдача производительных затрат, достижение устойчивого продолжительного эффекта, то есть заранее поставленной цели на основе прилагаемых усилий. В отечественной и зарубежной литературе, термины "действенность", "эффективность", "результативность" или "производительность", "продуктивность", "рентабельность" и др., часто употребляются как синонимы и однозначные понятия. Однако,

несмотря на некоторую общность, они имеют существенные различия. В отечественной экономической литературе чаще всего изучаются затраты индивидуального труда, понятия "продуктивность", "результативность" или "производительность". При этом "производительность" используется для оценки производительного труда, а продуктивность ("результативность") - преимущественно для оценки затрат работников непромышленной сферы.

Эффективность, как и производительность, характеризуется отношением полученного результата к затратам, но обе эти категории отражают отдачу от затрат на различном уровне общественных затрат труда и представляют собой различную совокупность социально-экономических отношений. Сущность эффективности как экономической категории, заключается в том, что она определяется в самом общем виде, как отношение полезного эффекта к затратам на создание определенного положительного результата. Эффективность, с одной стороны, отражает процесс формирования общественно необходимых затрат с целью получения определенного результата, а с другой - основное производственное отношение по поводу использования полученного результата. Специфика изменения эффективности труда в непромышленной сфере заключается в том, что она проявляется, в том числе и косвенно, через повышение производительности труда и экономию трудовых и материальных ресурсов в других отраслях экономики. Деятельность работников непромышленной сферы оказывает решающее влияние на удовлетворение физических и духовных потребностей в воспроизводстве главной производительной силы общества - рабочей силы. Значительно большее значение в этой сфере имеет экономия затрат живого труда, поскольку затраты овеществленного труда здесь ниже, чем в материальном производстве.

В определении роли здравоохранения в системе общественного воспроизводства имеется ряд нерешенных методологических и методических вопросов. Так, в частности, нет единства мнений о таких понятиях как экономический эффект, медицинская, социальная и экономическая эффективность, критерии оценки, между тем, разработка методических вопросов эффективности здравоохранения должна основываться на правильном понимании сущности этих понятий.

Эффективность труда в здравоохранении на макроэкономическом уровне определяется, прежде всего, степенью влияния и воздействия на сохранение и улучшение здоровья населения, повышение производительности труда на единицу расходов в здравоохранении, по социальному страхованию и социальному обеспечению, экономии затрат в отраслях материального производства и непромышленной сферы, увеличение прироста ВВП.

Эффективность медицинской помощи, санитарно-эпидемиологического обслуживания, медицинской и хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения, тесно связана с эффективностью (продуктивностью) ин-

дивидуального и коллективного живого труда, и общественного труда в здравоохранении. Однако показатели эффективности медицинской помощи следует рассматривать в совокупности многообразных и сложных медицинских и социально-экономических явлений и процессов. Здесь эффективность тесно связана с понятием эффекта, однако они не тождественны. Эффект характеризует медицинские, социальные и экономические результаты метода, вмешательства, мероприятия; он характеризует эффективность с одной стороны. Другая же сторона связана, с наиболее полным учетом материальных и финансовых ресурсов при данном методе, вмешательстве, мероприятии [3], и может быть измерена показателем рентабельности поликлинических услуг, любого как вида медицинской помощи.

При рассмотрении эффективности функционирования рынка медицинских услуг следует иметь в виду ее внутренние и внешние критерии. Внутренние критерии, характеризуют эффективность использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов здравоохранения, как сектора конкретной сферы деятельности, как отрасли экономики. Внешние критерии характеризуют влияние рынка медицинских услуг на общественное воспроизводство (воспроизводство рабочей силы, общественного продукта, общественных отношений - производство материальных и нематериальных благ, их распределения, обмена, потребления).

Общие экономические потери, которые несет общество в связи с заболеваемостью, делятся на прямые расходы и непрямые экономические потери. К прямым расходам относятся затраты на больничную и внебольничную помощь, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, расходы на приобретение медикаментов в аптеках (исключая бесплатный отпуск лекарств ряду категорий амбулаторных больных), а также на научные исследования и подготовку, специализацию и усовершенствование медицинских кадров и других специалистов здравоохранения. К прямым расходам относятся также расходы по социальному страхованию и социальному обеспечению. К не прямым экономическим потерям относятся потери в связи со снижением производительности труда, объема недопроизведенной продукции на предприятиях и соответственно валового национального продукта, а также недополученного объема нематериальных благ в связи со снижением или потерей трудоспособности, инвалидности или преждевременной смертности.

Социально-экономические исследования в здравоохранении, предполагают два аспекта: определение текущих издержек (расходов на текущее содержание учреждений здравоохранения или связанных с проведением определенных мероприятий) и инвестиций (вложений на капитальное строительство учреждений, оборудование, транспорт, подготовку персонала и т.д.), а также расходов по социальному страхованию и социальному обеспечению, с одной стороны, и с другой - оценка улучшения состояния здоровья населения или его отдельных контингентов, в предотвращении заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности, а также экономический эффект (положительный или отрицательный), получаемый от улучшения здо-

ровья в сопряженных сферах деятельности.

Если величина издержек с большей или меньшей точностью может быть определена, то тогда расчет экономического эффекта сопряжен и большими методическими и практическими трудностями. Можно определить экономическую эффективность снижения временной нетрудоспособности рабочих в связи с заболеваемостью, а также от снижения и ликвидации некоторых инфекционных заболеваний. Следовательно, эффективность функционирования рынка медицинских услуг рассматривается также в двух аспектах: с точки зрения результатов деятельности различных разделов и служб здравоохранения (проблемы внутренней эффективности) и с точки зрения влияния охраны здоровья на общественное воспроизводство и тем самым на создание предпосылок для роста национального богатства.

В связи с этим, в ходе разработки экономических проблем функционирования рынка медицинских услуг, необходимо не только рассчитывать прямой экономический эффект, но, прежде всего, медицинскую и социальную эффективность, критериями, которых является эффект медицинского вмешательства и улучшение показателей здоровья населения или его отдельных контингентов. Без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена экономическая эффективность. В целях проведения оценки уровня медицинского обслуживания, экономического анализа деятельности сети учреждений здравоохранения и кадров, а также построения плана развития здравоохранения должны рассматриваться явления и процессы в следующих направлениях.

а) *качество медицинской помощи*. Под этим следует понимать совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определяемых установленными соответствующими требованиями на основе достижений медицинской науки и практики не только врача и его помощника, но и всей системы здравоохранения в целом. Качество медицинской помощи может быть определено рядом объективных "качественных показателей" медицинского обслуживания; современное состояние медицинской науки и практики в большинстве случаев дает возможность измерить качество медицинской помощи числовыми величинами;

б) *адекватность медицинского обслуживания* означает равное, вполне соответствующее обслуживание, как по количеству, так и по качеству медицинской помощи реально затраченным средствам здравоохранения, учитывая квалификацию медицинского персонала, затраченное время, техническое оснащение врача и его помощника и т.д.;

в) *результативность затраченного труда и средств здравоохранения* представляет собой оценку результатов медицинского обслуживания на фоне затраченных материальных, трудовых и финансовых ресурсов во времени. Понятия "адекватность" и "результативность" очень близки. Однако при различной адекватности, но при одинаковой результативности средств здравоохранения (материальной базы, медицинских кадров, бюджетных ассигнований и т.д.) могут быть достигнуты более или менее адекватные результаты в

организации медицинского обслуживания;

г) *эффективность медицинской помощи*, на наш взгляд, означает степень достижения поставленных задач в области медицинского обслуживания населения с учетом факторов качества и доступности медицинских услуг.

Качество медицинской помощи является основным критерием оценки адекватности обслуживания, а наилучшая адекватность, то есть соответствующая отдача при высокой результативности и есть предел эффективности. Следовательно, рассматривать вопросы состояния медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания нужно только одновременно в четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных аспектах: качества, адекватности, результативности и эффективности.

Определение результативности и эффективности - это не самоцель, а способ, научный метод экономического подхода, при помощи которого достигается эффективность работы служб здравоохранения. В сравнительной оценке эффективности медицинской помощи следует обратить особое внимание на то, что высокая эффективность и высокие показатели медицинского обслуживания не являются синонимами, также как второе, не всегда является эквивалентом хорошей организации медицинской помощи. В связи с тем, что здравоохранение является сложнейшей, динамичной отраслью народного хозяйства, медицинская, социальная и экономическая эффективность не может иметь какой-либо один универсальный показатель. В бывшем СССР, проблемы экономической эффективности в здравоохранении впервые подняты благодаря трудам академика С.Г. Струмилина [4]. По его мнению, оценка деятельности учреждений здравоохранения определяется, прежде всего, полезностью проводимых мероприятий, а медицинские услуги характеризуются как высшее благо, обладающее выраженным социальным характером.

Эффективность функционирования рынка медицинских услуг, его служб и отдельных мероприятий может измеряться только совокупностью специфических критериев и показателей, каждый из которых характеризует какую-то сторону явления или процесса в здравоохранении. К примеру, на наш взгляд, важным показателем социальной и медицинской эффективности системы современного здравоохранения является уровень доступности населения к рынку медицинских услуг.

Показатель доступности населения к получению медицинских услуг характеризует уровень (степень) получения населением эффективных методов лечения наиболее распространенных заболеваний в области кардиологии, эндопротезировании, нейрохирургии, трансплантологии, репродуктивной технологии. С этих позиций можно также судить об эффективности (социальной, медицинской) здравоохранения любой страны. При таком подходе медицинская эффективность здравоохранения выражается комплексом количественных и качественных показателей медицинского обслуживания при конкретном заболевании.

Одним из важнейших показателей экономической эффективности здраво-

охранения является количественный - общий экономический эффект, полученный в результате проведения тех или иных мероприятий, а также ожидаемый потенциальный эффект от разрабатываемых для внедрения мероприятий. Попытки представить общий показатель экономической эффективности всего здравоохранения в виде формулы, числитель которой выражал бы прирост валового национального продукта "за счет здравоохранения", а знаменатель - расходы на здравоохранение, в принципе возможны при первом приближении, но считаются не совсем состоятельными, поскольку здоровье населения зависит от сложного комплекса социально-экономических условий и культурного развития, а затем уже - от уровня медицинской помощи населению.

Отсутствие экономических рычагов и стимулов качества работы не позволяло в здравоохранении использовать систему управления качеством труда в необходимом объеме. Результатами многих исследований доказано, что, несмотря на различные формы контроля и стимулирования труда, в лечебных учреждениях имели место существенные замечания к качеству оказываемой медицинской помощи населению и оценка деятельности коллектива никоим образом не была связана с качеством оказываемых медицинских услуг.

Таким образом, главная особенность эффективного функционирования рынка медицинских услуг состоит в том, что эффект медицинских услуг является в большей мере кумулятивным и синергетическим. Некоторые ученые считают, что он зависит в меньшей мере от объема и качества труда медицинских работников, и в большей мере является результатом действия широкого комплекса других факторов - социальных, медицинских технологий и методов лечения, демографических, экологических, генетических и др., начиная с образа жизни и качества питания и, заканчивая менталитетом нации, ее традициями и обычаями. На наш взгляд, мнение данного автора является противоречивым, так как качество труда медицинских работников оценивается применяемыми методами лечения и медицинскими технологиями.

На макроуровне прослеживается связь между затратами труда медицинских работников и его конечными результатами, за которые принимают такие показатели здоровья, как средняя продолжительность жизни и уровень смертности населения. Однако, конечный эффект труда работников здравоохранения имеет более выраженный социальный характер, который, по мнению многих экономистов, не поддается точной количественной оценке и характеризуется скорее мерой соизмерения эквивалентов, существующих в данный момент в обществе. Например, новые лекарственные средства, новые технологии лечения и предупреждения заболеваний оцениваются не столько предшествующими затратами на их разработку, производство и внедрение, сколько влиянием их на сохранение и продолжительность жизни людей, а отсюда на общую производительность труда во всем обществе.

Эффективность здравоохранения отражает технологию и организацию процессов деятельности медицинских учреждений, достигнутый обществом на данный момент, возможности государства по внедрению новейших средств и методов медицинского обследования и лечения.

В настоящее время при расчете эффекта медицинского обслуживания может учитываться: преждевременная смерть или потери в производстве национального дохода, число сохраненных жизней в трудоспособном возрасте, дополнительное производство товаров и услуг в результате осуществления мероприятий по развитию здравоохранения.

По мнению В.М. Рутгайзера методы оценки экономической эффективности снижения заболеваемости и преждевременной смертности населения могут быть систематизированы с учетом денежной оценки от снижения заболеваемости и потерь от временной нетрудоспособности работников, когда применение современных методов лечения, включая новые фармацевтические препараты, вполне могут снизить продолжительность заболеваний и дать экономию средств. Другие исследователи предлагают в качестве изучения экономической эффективности здравоохранения определять ущерб от многих заболеваний, рассчитанных по единой методологии и суммированных с помощью математических программ и информационных комплексов [5].

Помимо критерия доступности медицинских услуг другим не менее важным критерием эффективности, на наш взгляд, является оценка качества медицинских услуг.

Из рекомендуемых ВОЗ четырех компонентов по обеспечению качества медицинской помощи, как: выполнение профессиональной функции (технологическое качество); использование ресурсов (техническое качество); контроль степени риска (опасность травмы или возникновение другого заболевания в результате медицинских вмешательств); удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием, в качестве социального критерия можно воспользоваться компонентом «удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием», а в качестве экономической оценки - затраты по снижению показателя по каждому виду заболевания.

В литературе по проблемам социальной медицины индикаторами качества медицинских услуг являются параметры, отражающие состояние качества лечебно-профилактической деятельности физических и юридических лиц, оказывающих медицинскую помощь и медицинские услуги. Индикаторами структуры медицинских услуг определены критерии обеспеченности человеческими, финансовыми и техническими ресурсами. Индикаторами процесса медицинских услуг считаются критерии оценки выполнения технологии медицинской помощи. Индикаторами результата медицинских услуг являются критерии оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи медицинскими организациями или физическими лицами.

Контроль за качеством медицинских услуг включает: мониторинг, анализ и оценку полученных данных; изучение удовлетворенности гражданина качеством оказанной медицинской помощи; меры административного воздействия. Механизм контроля за качеством включает проведение экспертизы, анализ и оценку качества медицинских услуг. Под экспертизой меди-

цинских услуг по-

нимается совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню и качеству лечебной, профилактической деятельности физических и юридических лиц, оказывающих медицинскую помощь и медицинские услуги. При проведении контроля за качеством могут использоваться следующие формы медицинских экспертиз:

- комплексная (плановая) экспертиза - экспертиза, проводимая не чаще одного раза в год в соответствии с графиками, составленными государственным органом по контролю за качеством;
- внеплановая экспертиза - экспертиза, проводимая в связи с поручениями или по распоряжению уполномоченного органа в области здравоохранения и иных уполномоченных на то государственных органов, депутатскими запросами, на основании обращений или жалоб граждан на некачественно оказанную помощь и другим ситуациям (внутрибольничная инфекция, массовые отравления, случаи регистрации особо опасных инфекций), требующим неотложной экспертизы;
- тематическая (целевая) экспертиза - экспертиза, проводимая постоянно в течение года по конкретным целям;
- совместная экспертиза - экспертиза, проводимая несколькими контролирующими органами по вопросам соблюдения законодательства РФ о здравоохранении.

Методы экспертизы делятся на текущие экспертизы, которым подлежат медицинские карты граждан, получающих медицинскую помощь на момент проведения экспертизы, и ретроспективные экспертизы, проводимые путем проверки медицинских карт больных, подлежащих экспертизе, а также медицинских карт, отобранных выборочным методом. Экспертиза проводится на основании: анализа документов, регламентирующих лечебно-профилактическую деятельность организации (в случае необходимости); изучения необходимой медицинской документации; осмотра больных (текущая экспертиза); проведения комплекса других необходимых мероприятий с целью получения объективных данных для вынесения экспертного заключения; изучения удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи. Физические и юридические лица, оказывающие медицинские услуги, при проведении контроля за качеством обязаны представить все необходимые документы. Эксперт на основании акта экспертизы знакомит физические и юридические лица, оказывающие медицинские услуги, с результатами контроля. При несогласии с заключением экспертизы они вправе обжаловать его в установленном законодательством порядке. По результатам контроля в срок, не превышающий 10 календарных дней, физические и юридические лица, оказывающие медицинские услуги, представляют в государственный орган информацию о принятых мерах по устранению выявленных дефектов. При проведении экспертизы по обращениям граждан результаты контроля представляются также обратившейся стороне.

При несогласии с результатами проведенной экспертизы специалистами государственного органа или неудовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи на основании письменного заявления и/или по решению суда проводится независимая экспертиза. Независимым экспертом является специалист из числа представителей практического здравоохранения, неправительственных организаций, научно-исследовательских организаций, дающий заключение при рассмотрении вопросов качества медицинских услуг, обладающий специальными научными и практическими знаниями, не представляющий интересы проверяемой и проверяющей сторон.

Качество медицинских услуг оценивается по трем степеням: 1) высокая; 2) средняя; 3) низкая. Удовлетворенность граждан качеством медицинской помощи оценивается путем анкетирования граждан, получивших и получающих медицинскую помощь на момент проведения экспертизы. При осуществлении контроля за качеством в организациях, оказывающих стационарную помощь, экспертизе подвергаются медицинские карты стационарных больных. На амбулаторном уровне экспертизе подлежат медицинские карты амбулаторных больных за отчетный период. Количество медицинских карт, подлежащих экспертизе и обеспечивающих статистическую достоверность данных, определяется государственным органом. Экспертизе качества при этом подлежат все случаи: смерти на дому; первичного выхода на инвалидность по заболеваниям, подлежащим мониторингу; наблюдений за гражданами после выписки из стационара по заболеваниям, подлежащим мониторингу; выявления запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза; осложнений течения беременности; медицинские карты амбулаторных больных — детей до пятилетнего возраста, отобранные выборочным методом для проверки схем диспансерного наблюдения и вакцинации.

В настоящее время во многих странах идет процесс реформирования национальных систем здравоохранения вследствие ряда объективных нижеследующих причин:

- рост потребностей населения во все большем объеме и качестве медицинских услуг;
- наличие в развитых и развивающихся странах достаточно большого разрыва в доходах населения, влияющего, на качество жизни и доступность медицинских услуг;
- скорость внедрения новых медицинских технологий, которые притягательны для населения, но не всегда доступны всем из-за своей дороговизны;
- возрастание числа пожилого населения, на медицинское обслуживание которого направляется достаточно высокая доля ассигнований из бюджета здравоохранения;
- формирование и распространение новых программ и стандартов полезности и стоимости здорового образа жизни;
- развитие механизма частного финансирования из государственного бюджета определенного уровня доступной для всех граждан обязательной и бесплатной медицинской помощи независимо от форм собственности;

- привлечение частного капитала в развитие высококачественных платных медицинских услуг, оказываемых на основе добровольного медицинского страхования или прямой оплаты;
- создание системы частной медицины и системы медицинского страхования;
- структуризация и демонополизация государственного здравоохранения;
- развитие здоровой конкуренции, направленной на повышение качества и роста предложения на рынке медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачурин А. Повышение роли экономических методов управления // Экономист. - 2002. - № 4. - С. 28-31.
2. Игнатов В.Г., Батурич Л.А., Бутов В.И., Уварова Г.Г., Ходарев С.В., Элланский Ю.Г. Экономика социальной сферы: Учебное пособие. - Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2006. - 416 с.
3. Самуэльсон П.А., Нордхаус В.Д. Экономика. - М.: Бином, 1997. - С. 320.
4. Струмилин С.Г. О народнохозяйственной эффективности здравоохранения. - М.: Экономика, 1965. - 284 с.
5. Банков В.Э., Фили Ф., Шейман И.М., Шишкин С.В. Участие населения в финансировании здравоохранения // Здравоохранение. - 2000. - №2. - С. 32-46.