Иродова Е.Е., Смольницкая Н.Ю.

Общественное здоровье: проблемы коммерциализации

В статье рассматривается проблема распределения финансовых обязательств по охране здоровья населения между государством, фирмами и индивидом, а также положительные и отрицательные последствия коммерциализации медицинской помощи.

Целесообразность вложений в обеспечение здоровья нации не вызывает сомнений уже потому, что самый утилитарный и механистичный подход позволяет обосновать этот тезис. Распределение финансовых обязательств в части поддержания и укрепления здоровья населения между основными экономическими субъектами в лице государства, фирмы и индивида осуществляется на основе сопоставления тех выгод, которые они в результате получат.

Понимание общественного здоровья как одной из важнейших нематериальных составляющих национального богатства, как части экономического потенциала общества, во многом определяющего динамику социально-экономического развития страны, позволяет сделать вывод о том, что целесообразно значительную часть финансового бремени по его поддержанию переложить на общество (государство) в части бюджетного и страхового финансирования (ОМС) при одновременном развитии частных форм оплаты в виде прямого расходования средств пациента (или его семьи) и участия в системе добровольного медицинского страхования.

Необходимо привести некоторые примеры финансового обеспечения медицинского обслуживания населения, реализуемые определенными группами стран в зависимости от уровня их экономического развития и вовлеченности в трансформационные процессы. Так, постсоциалистические страны использовали ряд подходов. В пользу сформулированного выше тезиса работает главным образом первый подход, который предполагает сохранение государственных гарантий неизменными, повышение размеров государственного финансирования здравоохранения и увеличение эффективности использования ресурсов. Такой подход был применен, в частности, в Латвии, Литве, Чехии. В этих странах системы бюджетного финансирования здравоохранения были заменены на системы обязательного медицинского страхования (без пересмотра гарантируемого гражданам пакета медицинских услуг), что позволило повысить эффективность использования ресурсного потенциала системы здравоохранения. Однако, система ОМС испытывает сложности с финансовым обеспечением государственных гарантий, особенно в части предоставления лекарственных средств на льготных условиях.

Второй подход делал акцент на сохранении государственных гарантий неизменными, сокращение государственного финансирования, развитие легальной и теневой оплаты населением медицинской помощи. Этот путь избрали Белоруссия, Россия, Украина. Реформы системы финансирования или не проводились (Белоруссия, Украина) или были непоследовательными и ма-

ло результативными (Россия). Объемы медицинской помощи не уменьшились, но качество ее ухудшилось. Компенсация разрыва между необходимыми ресурсами и государственным финансированием происходила за счет роста расходов населения как на легальную, так и неформальную оплату диагностики и лечения в медицинских учреждениях. Если в начале 90-х гг. на их долю приходилось не более 3-4% совокупных расходов на здравоохранение, то к концу 90-х – началу 2000-х гг. эта доля составила уже более 25%. Однако весьма высока дифференциация потребления платных медицинских услуг, около 70% которых приходится не более чем на 20%, в том числе более половины – на 10% населения с наибольшими доходами. Для подавляющего же большинства населения процесс расширения платности обслуживания реально ухудшил условия получения медицинской помощи. [1]

Третий подход допускал сохранение прежнего объема государственных гарантий, но введение соплатежей населения за потребляемую медицинскую помощь. Он был применен в Эстонии в виде системы доплат за каждое посещение врача в амбулаторном секторе и за пребывание в одноместной палате при стационарном лечении.

В рамках данной статьи в центре анализа находится вопрос о целесообразности активной коммерциализации в области оказания медицинских услуг. Данная проблема, как показывает опыт многих стран, требует специального анализа.

Частная система финансирования наиболее полно представлена в США, где на нее приходится около 60% совокупных расходов на здравоохранение (частных и государственных), причем основная часть личных средств реализуется через институт ДМС. В других западных странах доля личных средств варьируется от 7% в Великобритании до 25-30% во Франции и Швейцарии.

В современных условиях появление платной медицины в России рассматривается как объективный процесс, который не смущает значительную часть населения. Около половины населения, так или иначе, оплачивает медицинские услуги из собственного кармана, и в таких условиях говорить о бесплатной медицинской помощи не совсем корректно. Платят за оказание медицинских услуг представители всех профессиональных категорий, но не одинаково активно. Больше других - предприниматели, коммерсанты и работники бюджетной сферы, меньше - пенсионеры и безработные. Выражение благодарности доктору за оказанную медицинскую услугу в виде подарка было всегда. Но сейчас ситуация представляется совершенно иной. Складывается рынок нелегальных платных медицинских услуг в государственных медучреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования. По мнению населения уже сложились определенные расценки на те или иные медицинские услуги.

Своеобразным «мостом» между бюджетной и коммерческой медициной в России явилась система обязательного медицинского страхования (ОМС) и система доплат населения за оказанные медицинские услуги. На сегодняшний день ОМС уже довольно широко вошло в жизнь и предоставляет всей систе-

ме здравоохранения дополнительные финансовые возможности в условиях скудного бюджетного финансирования.

Фактические же преимущества «соплатежей» в государственных и муниципальных бюджетных учреждениях заключаются в том, что они в какой-то степени сдерживают разрастание теневого рынка медицинских услуг и обеспечивает защиту больного от «неизбежной переплаты» в условиях отсутствия достоверной информации о цене услуг в неформальном секторе.

В то же время вряд ли кто-то может отрицать, что сложившаяся у нас и не имеющая аналогов в мире «бюджетно-страховая» модель так и не решила тех задач, которые она была призвана решить как страховая система. В частности, она пока не смогла реализовать свои потенциальные преимущества, среди которых одним из основных является свободный выбор медицинского учреждения или врача. Введение этого права предполагало возникновение конкуренции между врачами и между медицинскими учреждениями, что в свою очередь должно было привести к повышению качества медицинского обслуживания. Однако в современных российских условиях оказалась неподготовленной та среда, которая бы позволяла реализовать этот важный элемент ОМС. **Первый контрфактор** – это низкая информированность застрахованных: лишь незначительная часть населения с уверенностью заявляет о своем знании прав, гарантируемых системой ОМС. На сегодняшний день преобладают те, кто имея страховой полис, ни одного раза не пользовались правом выбора медицинского учреждения или врача. **Второй контрфактор** заключается в том, что сами учреждения здравоохранения пока еще не готовы к реализации ключевого права свободного выбора (традиции участкового обслуживания тормозят реализацию этого права).

Введение системы ОМС и системы доплат населения за медицинские услуги фактически привело к тому, что так и не заработал частный сектор здравоохранения. Объединившись, эти системы нарушили свои статусные границы и проявили откровенную экспансию. Это обозначилось несколькими крупными фактами. Во-первых, не желающая улучшать свою структуру (в частности, освобождаться от избыточной производственной базы) государственная система здравоохранения не передала свои излишки частной системе. В результате, с одной стороны, частное здравоохранение в основном заняло помещения, не приспособленные для врачебной деятельности, что не могло не сказаться на качестве предоставляемых услуг, специфике методик, уровне безопасности для пациентов. С другой — государственные медицинские учреждения, бюджет продолжают нести бремя расходов по содержанию не нужной им в новой ситуации производственной базы. Во-вторых, узаконенная практика доплат за услуги государственного здравоохранения, на деле уже оплаченные из бюджета (пусть и по ничтожным расценкам), подрывает финансовую основу рынка частных медицинских услуг, на котором те же услуги должны были оцениваться по полной стоимости. В результате государственный сектор сам перехватил функции частной системы. Фактически сейчас можно выделить 3 типа государственных медицинских учреждений. В первом из них официально не оказывают платной помощи, но существует те-

невой рынок медицинских услуг. Во втором типе учреждений бесплатно выполняют свою основную уставную функцию, но имеют также право на оказание платных услуг, включенных в прейскурант. Наконец, есть организации, в которых удельный вес платной помощи практически сравнялся с бесплатной или значительно превышает ее. Уже многие больницы и учреждения фактически уклоняются от выполнения своей главной миссии — оказанию бесплатных услуг населению и стремятся работать на платной основе, как предприятия. При этом подобные учреждения не хотят терять и бюджетное финансирование. Немаловажно и то, что все виды ответственности за любую их деятельность (и платную, и бесплатную) несет исключительно государство.

Отношение к проблеме платности-бесплатности медицины поражает своей противоречивостью. Формально опросы фиксируют равенство сил: примерно половина граждан России считает, что медицина должна быть только государственной и бесплатной, и столько же — что платная медицина имеет право на существование. Однако «сторонники» платной медицины чаще всего видят в ней некое «спец» медобслуживание для богатых. которое должно отличаться от «обычной» медицины лишь уровнем комфорта. Между тем на практике россияне с готовностью платят за медицинскую помощь, более того — как только у жителя России появляется возможность (прежде всего финансовая) он тут же прекращает всякие отношения с бесплатными медицинскими учреждениями, особенно в самых серьезных и тяжелых случаях. Вместе с тем, люди категорически не желают согласиться с ограничением или умалением самого принципа бесплатности врачебной помощи, выступая против любых покушений на наследие советской медицины. Те же самые пациенты, что охотно платят врачу или медсестре могут месяцами ждать, когда поступят положенные им бесплатные лекарства, даже если их финансовые возможности позволяют покупать тот же препарат в обычной аптеке [2]. Дополнительные сложности создает отсутствие у людей представления о том, какая клиника, центр или институт чего стоят. Эта проблема не специфически медицинская: любые механизмы, основанные на репутации, в России сегодня работают со скрипом. Рынок медицинских услуг остается непрозрачным.

Обследования показывают, что в платные медицинские учреждения обращается население в первую очередь весьма состоятельное. Меньше других, по финансовым соображениям, обращаются пожилые люди. Платные медицинские учреждения в первую очередь привлекают тем, что является одним из основных недостатков государственных медицинских учреждений: качеством лечения и вниманием со стороны медперсонала.

Необходимо подчеркнуть, что **индустрия здоровья обладает определенными особенностями, которые объективно ограничивают возможность распространения рыночных отношений в этой сфере человеческой деятельности.**

Во-первых, большинство видов деятельности в сфере услуг требует непосредственных контактов производителя и потребителя, характеризуется высокой индивидуальностью, нестандартностью подхода к потребителю. В

этой ситуации типичное для рынка посредничество способно негативно влиять на лечебный процесс.

Во-вторых, для многих составляющих индустрии здоровья характерна асимметрия информации у производителя и потребителя в отношении полезных свойств услуг и товаров медицинского назначения. В этих условиях потребитель оказывается в неравном положении по сравнению с производителем услуг и товаров медицинского назначения. Потребителю приходится полагаться на советы врача, фармацевта, их профессиональную квалификацию и репутацию.

В-третьих, коммерциализация индустрии здоровья усиливает экономическую заинтересованность в монопольном положении производителей услуг и товаров медицинского назначения. Для предотвращения монопольных тенденций в сфере производства услуг и товаров медицинского назначения требуется вмешательство государства, а также общественных институтов.

В-четвертых, потребность в продукции индустрии здоровья — это витальная потребность, непосредственно связанная с бесценным благом — здоровьем и самой жизнью человека. Особенности формирования спроса и предложения здесь состоят в том, что высокая социальная приоритетность конечных результатов деятельности индустрии здоровья сочетается с низкой эластичностью спроса на них. Императивная насущность потребности в экономических благах резко ограничивает субституцию (заменяемость) медицинских расходов семейного потребительского бюджета на затраты, связанные с удовлетворением других потребностей.

В-пятых, в индустрии здоровья весьма неопределенно и нечетко прослеживается связь между затратами труда персонала и его конечными результатами, которая находит выражение в состоянии здоровья людей. Социальная результативность не всегда поддается точной количественной оценке, а следовательно, и соизмерению в денежном выражении. Услуги и товары медицинского назначения характеризуются крайним разнообразием и большой долей неопределенности, в том числе и ожидаемой результативности.

В-шестых, для индустрии здоровья характерно сочетание экономической эффективности с социальной справедливостью. Последняя проявляется, прежде всего, во всеобщей доступности многих видов услуг и товаров медицинского назначения, создание которых в ряде случаев на основе рыночных отношений неэффективно. Для устранения социально-экономических последствий «провалов» рынка в данной сфере деятельности необходимо наличие субъектов экономики, предоставляющих услуги и товары медицинского назначения посредством нерыночных отношений. Обеспечение различных групп населения равными правами в получении медицинских услуг в соответствии с их потребностями смягчает неравенства в обществе, в том числе социально обусловленные неравенства в здоровье населения. Особую актуальность эта проблема приобретает в обществах транзитивного типа, и в частности в России, где отмечается резкое социально-экономическое расслоение населения, увеличение неравенства в сфере медицинского обслуживания и ухудшение здоровья. В таких условиях, важным становится обеспечение

справедливого доступа к системе здравоохранения тех слоев общества, которые наиболее пострадали в результате реформ. Можно считать доказанным и тот факт, что в современной России распределение расходов на медицинские услуги по социально–экономическим группам населения носит регрессивный характер, люди с низким уровнем доходов гораздо чаще вынуждены отказываться от различных видов медицинских услуг в связи с нехваткой средств.

Следует более обстоятельно остановиться на тех объективных противоречиях, которые порождает коммерциализация медицинского обслуживания, проанализировав в числе последствий развития этого процесса наиболее очевидные плюсы и минусы.

Негативные последствия расширения платности медицинского обслуживания вполне очевидны.

1) Платное медицинское обслуживание, построенное в соответствии с принципами свободного рынка, является крайне дорогостоящим, поскольку ведет к росту степени использования высоких технологий, новейших методик и современных медицинских служб, а также стимулирует инфляцию и доходов медицинских работников, и бюджета медицинских организаций.

В результате снижается своевременная обращаемость за медицинской помощью людей с невысокими доходами. При формально бесплатном медицинском обслуживании наблюдается высокая степень отказа больных от госпитализации в связи с невозможностью оплатить соответствующие услуги. В результате можно ожидать осложнения патологии пациентов, роста смертности и масштабов хронического течения болезни, а значит сокращения сроков трудовой активности, качества рабочей силы, и в конечном счете – дополнительных потерь фактического ВНП по сравнению с потенциальным.

В настоящее время личные расходы населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение оцениваются в размере 55—60%, при этом доля расходов на медицинскую и лекарственную помощь в семейном бюджете тем больше, чем ниже совокупный доход семьи. Иначе говоря, делается вывод о том, что в нынешних условиях доступ даже к самой необходимой медицинской помощи находится в зависимости от соплатежей населения, которые в свою очередь носят ярко выраженный регрессивный характер.

В этой связи в наиболее развитых странах, в частности США, государство берет на себя медицинское страхование групп наибольшего риска, например, престарелых и малообеспеченных.

2) Избыточное предложение второстепенных медицинских услуг и недостаточное предоставление социально-желательных услуг под влиянием лавинообразно растущих коммерческих интересов их производителей. Возникает серьезная проблема неоптимальной структуры медицинских услуг, однако на определенном временном отрезке она будет решена с помощью того же рыночного регулирования.

3) Вне всяких сомнений, это неминуемый распад системы медицинского обслуживания на две практически не связанные между собой части: использующую современные медицинские технологии для очень незначительной части населения и отстающую медицину для большей части населения. Фак-

тически это приведет к значительному углублению дифференциации доступности медицинской помощи для людей с разным уровнем дохода и, в конечном счете, окажет неблагоприятное воздействие на состояние всего общества.

Сложившиеся цены на рынке медицинских услуг привели к тому, что на 10% самых бедных приходится 0,9% всех расходов населения на медицинские услуги и 0,2% - на санаторно-оздоровительные мероприятия. При этом для 10% самых обеспеченных эти показатели равны 34, 40 и 62% [3].

Более того, социологи и экономисты отмечают формирование новой системы социальной дифференциации, основанной на неравенстве в уровне образования и медицинского обслуживания. Формируется слой людей, имеющих отличные возможности обеспечивать улучшение своего здоровья, сохранять хорошую физическую форму и внешнюю привлекательность, получать качественное образование, а значит и более высокий социальный статус, более высокие доходы, а также пользоваться разветвленной системой льгот и преимуществ. Все эти процессы обеспечивают не только социальный прогресс, но и угрожают общественным недовольством. На это обстоятельство, в частности, указывает В.Иноземцев. [4].

4) Инновационный потенциал элитарной медицины может быть утрачен довольно быстро под влиянием сиюминутных коммерческих интересов и нерационального распределения высоких доходов от оказания медицинских услуг в пользу растущих заработков, а отнюдь не разработки новых медицинских технологий, освоения новых форм обслуживания и пр.

5) В российском здравоохранении постепенно утрачивает свою роль принцип общественной солидарности, являющийся основой любой общественной системы. Наблюдается формирование прямо противоположного принципа индивидуальной ответственности за покрытие расходов на медицинские нужды. Больной человек в тяжелых случаях вынужден нести такие затраты, которые могут поставить его на грань финансового разорения. Ликвидация двойной финансовой нагрузки на потребителей платных услуг приведет к сокращению поступлений в социальные фонды, в результате чего могут сократиться и расходы последних на здравоохранение.

6) Активная реализация идеи платности будет способствовать дальнейшему углублению и без того значительной дифференциации населения по уровню доходов.

7) Следует отметить также и то, что чрезмерное внимание к идее платной медицины и ее неадекватное применение в практике российского здравоохранения пойдет в разрез с исторической логикой. Совершенствование систем здравоохранения в развитых странах шло по пути усиления роли государства в его организации, перехода от частного финансирования к коллективному.

Россия имеет противоположный вектор изменений – от бесплатной помощи к платной. Планка государственных гарантий с самого начала была поднята слишком высоко – вне связи с финансовыми возможностями. Население привыкло к тому, что практически при любом заболевании какая-то помощь все же оказывается бесплатно хотя бы по минимуму. В этой связи одним из наиболее важных становится вопрос о том необходимом минимуме

обязательств, который общество обязано взять на себя. Всемирный банк, в частности, рекомендует развивающимся странам стратегию формирования «витального» пакета услуг, включающего первичную медико-санитарную помощь, мероприятия по поддержанию медико-санитарного благополучия, лечение инфекционных заболеваний и пр. При этом рекомендуется сократить государственные обязательства по финансированию секторов вторичной и третичной медицинской помощи. [5]. Этот подход начинает реализовываться и в России, в частности, в программу государственных гарантий заложены более низкие нормативы объемов стационарной помощи, разрабатываются списки жизненно важных лекарственных средств, лекарственные формуляры и пр. Возможный вариант этой стратегии – исключение из программы так называемых «сервисных услуг», то есть элементов затрат, не связанных непосредственно с лечебно-диагностическим процессом. В первую очередь это касается питания больных в стационаре, коечного обслуживания и пр.

8) Возникает негативный эффект от диверсифицированного (двойного и даже тройного) финансирования медицинских учреждений в условиях, когда они имеют в своей структуре бюджетное и коммерческое отделения. Медицинские учреждения всячески стремятся расширять коммерческое отделение. В этой связи возникают определенные угрозы, касающиеся предпринимательских соблазнов рыночного поведения и пополнения финансовых каналов. Наблюдаются процессы «выкачивания» денег из пациентов. Наиболее простой и доступный способ – это рост стоимости медицинских услуг. Кроме того, лечебные учреждения предлагают (иногда весьма настойчиво) целый ряд дополнительных медицинских услуг, необходимость которых зачастую весьма сомнительна. Возникают внутрикорпоративные конфликты, снижение эффективности и качества обслуживания в рамках бюджетных отделений больниц.

Следует отметить также и то, что чем больше источников финансирования деятельности медицинских организаций, тем выше вероятность неравномерного выделения средств на возмещение расходов по разным статьям. В системе обязательного медицинского страхования (и тем более частного финансирования за счет средств пациентов) применяются методы оплаты, увязывающие размер финансирования с объемами оказываемой медицинской помощи. Бюджетная часть финансирования, как правило, поступает в лечебно-профилактические учреждения вне связи с объемами помощи. Такое сочетание элементов страхового и бюджетного финансирования снижает эффект новых методов оплаты, действующих в системе обязательного медицинского страхования, и не создает стимулов у медицинских организаций к поиску путей экономии расходов.

9) Наблюдаются естественные сложности в части конкуренции бюджетных (ведомственных) и частных (коммерческих) медицинских учреждений между собой. В частности, коммерческие клиники «переманивают» хороших специалистов более высокими заработками, комфортными условиями труда, возможностью работы на более качественном лечебно-диагностическом оборудовании, дополнительными социальными возможностями и пр. Возникает

реальная проблема перегрузки медиков, которые работают фактически в две смены (первую – на основном месте работы – в бюджетной организации, а вторую – в коммерческой). Естественно, что в таких условиях наблюдается снижение качества оказания медицинских услуг.

10) Человек оказывается сегодня один на один с неотрегулированной, во многом теневой платной медициной. Государственные и муниципальные медицинские учреждения вынуждены конкурировать с частными больницами и клиниками и быстро втягиваться в рыночные отношения, при этом теневой сектор позволяет существенно усилить коммерческие позиции медицинского персонала. Фактически нарастание платности порождает скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных больниц и лечебниц. При этом система медицинского страхования, которая призвана компенсировать больным людям расходы на лечение, действует неэффективно.

Наряду с этим требуют анализа факторы, действующие в пользу платности медицинского обслуживания.

Первый аргумент, на который ссылается большинство сторонников либеральных взглядов, заключается в том, что в рыночной экономике за все нужно платить. Этот тезис на сегодняшний день рассматривается как аксиома. Он развертывается в не менее аксиоматичное условие успеха, которое предполагает, что человек должен стремиться хорошо зарабатывать, опираясь в своем стремлении на работу в нескольких местах и соответственно, на несколько источников дохода. Акцент при этом делается на доходы от собственности.

Объективно сложилось так, что во многих постиндустриальных странах преобладающим направлением в организации здравоохранения стал неоконсерватизм, т. е. вера в регулирующую силу свободного рынка, индивидуализм и отказ от социалистических идей. Это означает, что каждый человек несет полную ответственность за свое (и только свое) здоровье, претендуя при этом на максимально высокий уровень медицинского обслуживания. Частью этой идеологии стала свобода действия рыночных механизмов, т. е. конкурентная борьба за источники финансирования и обеспечения медицинских услуг, оплачиваемых потребителем лично или через системы частного медицинского страхования, при этом цены на медицинские услуги определяются в значительной степени готовностью и способностью потребителя платить за эти услуги. В соответствии с этим подходом пациент (т.е. потребитель) выберет лучшее обслуживание, успех ждет того медицинского работника или лечебное заведение, которые окажутся способными наилучшим образом удовлетворить потребности потребителя. В чистом виде при этом подходе государство не должно играть никакой роли в обеспечении и финансировании медицинских услуг, кроме тех, которые имеют отношение к охране здоровья населения в целом и заботе о создании здоровой окружающей среды, без вмешательства в процесс индивидуального выбора. Государство обеспечивает наличие медицинских работников удовлетворительного уровня подготовки и позволяет рыночным механизмам определять цены и распределение медицинских услуг при минимальном контроле со своей стороны. Частные лица и

группы имеют право организовывать медицинские службы по своему выбору. Так, в Соединенных Штатах Америки 85% населения охвачено тем или иным видом частных или государственных систем медицинского страхования.

Второй аргумент – становление и развитие рыночных отношений в индустрии здоровья вытекает из экономической природы услуг и товаров медицинского назначения как частного блага, а также ограниченных возможностей нерыночных производителей в этой сфере человеческой деятельности. Рынок в индустрии здоровья должен дополнить его нерыночную составляющую, которая обеспечивает населению бесплатное оказание услуг и предоставление товаров медицинского назначения. Такой подход во многом объясняется принципами ограниченной доступности услуг и товаров медицинского назначения, а также гибкости регулирования социально-экономических отношений, адекватных современному состоянию медицины и организации здравоохранения, ожиданиям потребителей и производителей.

Третий фактор, актуализирующий проблематику платности медицинского обслуживания, подчеркивает выгоды, приобретаемые в этом смысле частными лицами. В данном случае человек, поддерживающий благодаря эффективным медицинским технологиям хорошее здоровье, имеет возможность наиболее результативно реализовать себя в трудовой и предпринимательской деятельности и получить более высокий доход. При этом акцент делается не на выгоды общества или компании, а именно на выгоды индивида. Такой подход, если его абсолютизировать, логично приводит к выводу о необходимости возмещения издержек, связанных с медицинским обслуживанием, за счет отдельного человека (его семьи) или компании, в которой он работает. Либеральная идея платности медицинского обслуживания является составляющей теории человеческого капитала, когда человек, синтезирующий свои физические и духовные способности к трудовой, хозяйственной, предпринимательской деятельности, рассматривается как своеобразная аналогия основному капиталу. Таким образом декларируется либеральная идея о том, что затраты на поддержание человеческого фактора и человеческого капитала, включая оказание эффективных медицинских услуг, точно так же, как и риски некачественного медицинского обслуживания, переносятся на индивида или его семью. Однако же и доходы, полученные человеком в процессе самостоятельной деятельности, присваиваются им самим. В контексте теории человеческого капитала реализуется популярная идея суверенитета и приоритета индивида, индивидуального выбора.

Четвертый фактор указывает на то, что наиболее состоятельная часть населения, как правило, выступает в качестве инициаторов развития системы платной медицины. Это, в частности, находит свое выражение в том, что создаются элитные клиники, центры высокотехнологичной диагностики, медицинские центры узкоспециализированной и высокоэффективной помощи, где услуги стоят на несколько порядков выше, чем в обычных лечебных учреждениях среднего уровня.

Либеральная позиция в данном случае противоречит теории государства всеобщего благоденствия, свидетельствует о недооценке роли государства в

общественной жизни и незаслуженном преувеличении роли рыночных правил игры. Рыночное регулирование рассматривается как фундаментальное свойство экономики, обуславливающее ее безупречное функционирование и быстрое развитие.

Пятый фактор связан с недостаточностью финансирования здравоохранения за счет двух источников – бюджетных средств и средств фонда обязательного медицинского страхования. Общемировая тенденция свидетельствует о росте государственных и частных расходов на здравоохранение, обусловленном:

- появлением новых дорогостоящих медицинских и фармацевтических технологий;
- усилением внимания людей к своему здоровью;
- ростом продолжительности жизни и увеличением доли лиц старших возрастов.

Системы бюджетного финансирования здравоохранения и обязательного медицинского страхования, предоставляющие гражданам право на бесплатное получение широкого спектра медицинской помощи, сталкиваются с проблемой обеспечения баланса между растущей стоимостью таких гарантий и источниками их финансирования. Постсоциалистические страны, как впрочем и страны с развитой рыночной экономикой (за исключением США, где превалирует частное финансирование), оказались в последние десятилетия перед глобальным выбором: либо еще больше увеличивать налоги и за счет этого увеличивать финансирование здравоохранения, либо уточнять гарантии и повышать эффективность использования имеющихся ресурсов, перекладывая при этом все большую часть финансовых обязательств на население. Особенностью России и других государств СНГ является масштабный разрыв между декларируемыми гарантиями и их финансовым обеспечением и размеры замещения этого разрыва расходами самого населения. Из-за невозможности предоставить всем бесплатно желаемую медицинскую помощь происходит ухудшение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения, нарастание платности медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения, велико неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной социальной помощи.

Одним из вариантов компромиссного решения проблемы является введение соплатежей (доплат) граждан в момент потребления ими медицинской помощи. Размер соплатежей варьируется от символической суммы (Швеция) до достаточно ощутимых сумм (Франция). Для их покрытия нередко применяется механизм добровольного медицинского страхования. В российском здравоохранении в настоящее время используются соплатежи не только в денежной, но и в натуральной форме (приобретение больными за свой счет лекарств, питание за свой счет, использование личного постельного белья, посуды в стационаре). Однако, эти платежи, во-первых, не всегда законны (в частности, если это касается натуральных соплатежей), во-вторых, в отличие от классической схемы соплатежей, каждый больной платит только за себя – в

зависимости от потребности (то есть без солидарного участия относительно здоровых людей с меньшими потребностями). И, наконец, в-третьих, эти соплатежи охватывают только стационарную помощь, что сужает рамки солидарной ответственности и ограничивает масштабы поступления дополнительных средств.

В то же время имеющиеся средства зачастую используются неэффективно, они направляются на содержание избыточного коечного фонда стационарных медицинских учреждений в ущерб необходимому развитию профилактической работы и амбулаторно-клинической помощи. В настоящее время эта проблема решается путем оптимизации времени пребывания пациентов в стационарах. Существуют и другие возможности более эффективного использования ресурсов здравоохранения, в частности, это снижение цен на медикаменты. Для этого достаточно создать государственную компанию, контролирующую не более 15-20% рынка. Компания могла бы стимулировать и определенную переориентацию импорта на традиционных в недавнем прошлом поставщиков, в том числе с поставками медицинских препаратов в счет погашения их долга России (Индия). Это также может способствовать снижению цен на лекарства на российском рынке. Эффективна в этом отношении, как показывает опыт Швеции, и такая мера, как национализация аптек. Другая возможность более эффективного использования ресурсов здравоохранения – это регулирование роста тарифов на коммунальные услуги. Быстрый рост этих тарифов способен опустошить бюджеты лечебных учреждений.

Шестой фактор, срабатывающий в пользу платности медицинского обслуживания, заключается в том, что население в рамках государственной или страховой медицины может получить, как правило, только минимальный (базовый) пакет услуг в части профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Однако в большинстве случаев объем этих услуг оказывается недостаточным и, стремясь провести полный и эффективный цикл лечебно-профилактических или/и лечебно-диагностических мероприятий, население прибегает к оплате медицинских услуг за свой собственный счет.

Седьмой фактор обусловлен тем, что предприятия могут взять на себя финансирование медицинских услуг для своих работников. Таким образом, возникает еще один источник финансирования, не имеющий отношения к государству и населению. В данном случае речь идет о полном или частичном погашении расходов, связанных с медицинским обслуживанием, за счет компаний.

Восьмой фактор свидетельствует о том, что принцип платности объективно реализует элементарную логику, в соответствии с которой наиболее состоятельная часть населения имеет доступ к наиболее качественным и дорогостоящим благам и услугам, формируя тем самым особую нишу и на рынке медицинских услуг. Здесь, в частности, в качестве примера можно привести опыт развития добровольного медицинского страхования (ДМС) с его серьезным потенциалом в отношении обеспечения определенной части граждан качественной медицинской помощью. Институт добровольного медицинского страхования может быть использован для привлечения личных средств широ-

ких слоев населения при условии значительного роста общего уровня жизни и доходов, а также четкого определения границы между государственными обязательствами и дополнительными наборами медицинских услуг и лекарственных средств, не оплачиваемых в рамках программы государственных гарантий. Однако, в российском здравоохранении подобные ограничения не устанавливаются, а граница между бесплатной и платной медицинской помощью весьма размыта. ДМС неизбежно вторгается в сферу общественного здравоохранения, в значительной мере дублируя государственные обязательства. Застрахованный по ДМС платит большие деньги за то, что ему положено по закону, и дополнительно – за право лечиться в лучших медицинских учреждениях. В результате на сегодняшний день это делает страховку неподъемной для большинства населения, а ДМС становится привилегией наиболее состоятельной части населения.

Следует заметить, что любой процесс протекает эффективно и имеет положительные результаты только при наличии соответствующих условий и адекватной институциональной среды. Целесообразно назвать некоторые из тех условий, которые способствуют коммерциализации медицинских услуг.

Необходимо формирование нового взгляда медицинского сообщества (и рядовых работников, и руководителей здравоохранения) на соответствующие законодательству и требованиям сегодняшнего дня организационно-правовые формы работы медицинских учреждений, предоставляющих платные услуги. Пока даже у руководящего звена нет понимания того, что рынок не самоцель, а лишь способ, инструмент обеспечения профессиональной деятельности, роста и развития, при котором на первый план выдвигается отнюдь не получение прибыли. Это лишь условие стабильной деятельности медицинских организаций. Целью же является повышение качества предоставляемых услуг, связанных с освоением новых технологий и способов лечения, борьба за собственную репутацию, за расширение клиентской базы, за профессиональное и общественное признание, за место в будущем.

Не менее важно, чтобы и население по-новому стало подходить к проблемам собственного здоровья. Должна срабатывать сама активность пациента, а для этого он должен быть просвещен, должен получать полноценную информацию. И предоставление такой информации должно поощряться обществом, его институтами, быть предметом государственного патронажа.

Кроме того, необходимо переступить через серьезный психологический порог, осознать, что здоровье — ценность, поддержание которой стоит материальных затрат и выделения на эти цели части средств, пусть даже из небольших доходов. И это должно стать столь же естественным, как оплата, скажем, услуг нотариуса, коммунальных услуг или проезда. Без такой перемены не построить систему действенного добровольного медицинского страхования, которая на основе бюджета и ОМС обязана обеспечить как систему доплат — «соплатежей» в государственных учреждениях, так и полную оплату обслуживания и лечения в коммерческих медицинских организациях соответственно «пакету» страховых услуг (пока консолидации страховых плате-

жей ОМС и ДМС для каждого конкретного застрахованного достигнуть не удалось). Все структуры для этого уже давно созданы, необходимы экономико-правовые условия для развития кредитно-ипотечных отношений между государством, производителями и потребителями. Разумеется, психологическая перестройка как врачей, так и населения в целом — процесс весьма длительный, реально решаемый лишь со сменой поколения. Наряду с этим необходима политическая воля для того, чтобы начать реально осуществлять хотя бы те меры, которые прописаны в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки и которые сегодня вполне доступны и выполнимы: разработать четкие пометражные санитарные нормативы по реструктуризации стационарной помощи, сокращению коечного фонда, созданию дневных стационаров и сети амбулаторных учреждений. Сверхнормативные же площади и добротное оборудование должны быть либо выставлены на открытый тендер, сданы в аренду, либо переданы в пользование трудовому коллективу или его части, способной работать в условиях самоокупаемости и самофинансирования, способной развивать внутренние экономические связи в рамках функционально единого медицинского производственного комплекса и законно. Следует с помощью экономических методов создавать мотивации к напряженному интеллектуальному и психологическому труду, дать простор личностному развитию работников, сократить институциональный разрыв с другими отраслями экономики и социальной сферы.

Для платного здравоохранения необходимо создать четкую правовую (статусную) и экономическую (производственную) базу. Эти нормативы должны быть определены для всех территорий, и за их выполнение обязаны отвечать конкретные должностные лица. При этом не менее важно и простое соблюдение уже существующего законодательства, и создание четких механизмов его реализации.

Модификация рыночных отношений в области здравоохранения должна опираться на эффективное государственное регулирование сферы здравоохранения в целом и рынка медицинских услуг, технологий и препаратов, в частности. Свободный рынок должен существенным образом контролироваться в части обеспечения различных медицинских учреждений и служб, например, количеством больничных коек, числом специалистов в разных областях. Должны вводиться такие системы оплаты, при которых достигается сокращение сроков пребывания в больнице.

Вместе с тем государство должно смягчать дифференциацию в системе здравоохранения.

В целом же можно сделать некоторые выводы на основе опыта развития платной медицины. Во-первых, уменьшение роли государства в финансировании общественного здравоохранения, по-видимому, приводит к общему снижению эффективности сектора здравоохранения. Во-вторых, введение платы за услуги государственной медицины может сократить спрос на эти услуги и повысить риск распространения многих заболеваний. В-третьих, рыночные реформы финансирования общественного здравоохранения не долж-

ны рассматриваться как альтернативное направление политики, а лишь как одно из них.

И, наконец, необходимо добиться большей определенности в отношениях собственности, сформировать класс профессиональных и высокоэффективных менеджеров, повысить эффективность рыночных отношений. Роль этих ключевых позиций для медицины вполне очевидна, поскольку здравоохранение не существует само по себе, оно является частью экономической системы с занятостью в ней 6—7% работающего населения (около 3 млн человек, из них 2 млн врачей, медсестер и фармацевтов, с преобладанием среди них мотивированных, особо ответственных людей, преданных своей специальности), оно зависит от всех системных общеэкономических процессов.

В целом же следует сделать вывод о том, что проблема коммерциализации медицинского обслуживания является крайне сложной и противоречивой, поскольку, как показывает проведенный анализ, она заключает в себе много очевидных и скрытых положительных и негативных последствий. Очевидно, что необходимо более обстоятельно сопоставлять эти последствия с учетом их весовых соотношений с тем, чтобы найти ту пропорцию бюджетного, страхового и непосредственно частного финансирования медицинских услуг, которое обеспечит согласование интересов общества, фирм и отдельных граждан.

Список литературы:

1. Болдов О.Н., Иванов В.Н., Розенфельд Б.А., Суворов А.В. Ресурсный потенциал социальной сферы // Проблемы прогнозирования. 2002. №1.
2. Жуков Б. Русский синдром //Отечественные записки 2006. №1.
3. Римашевская Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век //Проблемы прогнозирования. 2001. №3.
4. Новая постиндустриальная волна на Западе: Антология /Под ред. В.Л.Иноземцева. М.: изд-во Academia, 2000.
5. Шишкин С. Экономический анализ результатов социологического мониторинга расходов населения России на медицинские услуги и лекарства // Аналитический вестник Совета Федерации. Здоровье населения – важнейший фактор социально-экономического развития общества. 2000. №13 (125).