

УДК 101.1:316

Рынок медицинских услуг и расходы населения

Д-р экон. наук **Селезнев В.Д.**

СЗГМУ им.И.И.Мечникова (Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова)

д-р экон. наук, проф. **Волков С.Д.**

ДПО «Ленинградский областной институт развития образования»

В статье рассматриваются факторы и экономические последствия развития рынка медицинских услуг в контексте модернизации российского здравоохранения. Реальные процессы институциональных изменений неизбежно порождают размытость и подвижность организационных границ. Это можно трактовать как важный момент адаптации к меняющимся условиям функционирования, а значит и появлению нового сочетания прав и обязанностей. Особая роль в названных процессах принадлежит страховым медицинским организациям. Они должны выступать в качестве посредника, защитника интересов пациентов. Анализ реального положения дел в этой сфере показывает, что увеличение количества субъектов, задействованных в системе медицинского страхования, объективно увеличивает количество осуществляемых транзакций, а выработка правил и норм поведения из сугубо экономического все больше превращается в процесс политический и правовой. Авторами приведен анализ расходов населения по различным группам, имеющим разные величины годовых доходов, однозначно показывающий тенденцию - чем выше доходы, тем выше доля расходов на здравоохранение.

Ключевые слова: модернизация, здравоохранение, рынок, услуги, транзакции, издержки.

Market of medical services and expenditure

Seleznev V.D.

Economics and Law Medical University Northwestern State Medical University

Volkov S.D.

“Leningrad Region’s Institute of Education Development”

The article discusses the factors and the economic impact of market development of health services in the context of the modernization of the Russian health care. Real processes of institutional change inevitably generate blurring organizational boundaries and mobility. This can be interpreted as an important moment to adapt to changing conditions of operation, and hence the appearance of a new combination of rights and obligations. A special role in these processes belongs health insurance companies. They should act as a mediator, advocate for patients. Analysis of the real state of affairs in this area shows that increasing the number of actors involved in the health insurance system, objectively increases the number of transactions carried out, and the development of rules and norms of behavior of a purely economic increasingly becoming a political and legal process. The authors of an analysis of spending on the various groups having different values of annual revenues, clearly showing the trend - the higher the income, the higher the share of health care costs.

Keywords: modernization, health, markets, services, transactions costs.

Подход к рынку медицинских услуг изначально должен осуществляться не с точки зрения узко понятых экономических критериев, а должен происходить с более широких позиций, позиций здоровьесберегающих и здоровье умножающих аспектов жизнедеятельности населения, структурирующих определенный тип качества его жизни.

Позитивные или негативные изменения качества жизни в современных условиях во многом зависят от сложившихся в данном обществе институтов. Так как важнейшей задачей современного этапа развития России является формирование сильной, ориентированной на интересы граждан социальной политики, то неизбежно актуализируется проблема источников и факторов соответствующей трансформации страны.

Реальные процессы институциональных изменений неизбежно порождают размытость и подвижность организационных границ. Это можно трактовать как важный момент адаптации к меняющимся условиям функционирования, а значит и появлению нового сочетания прав и обязанностей. Существовавшее в нашей стране единство системы здравоохранения, основанное на государственной собственности, может быть восстановлено на «рекомбинированной» основе, когда пересекающиеся права собственности обособляют производителей и потребителей медицинских услуг только в определённой плоскости. Поэтому речь должна идти не о создании независимого частного сектора за счет уменьшения государственного, а о трансформации связей и отношений между различными блоками системы здравоохранения страны и заполнение некоторых ниш сугубо рыночными структурами. Доминирующая роль государства должна проявиться в том, что оно вовлекает в этот процесс либо частные некоммерческие структуры, либо частные коммерческие организации, выбирая конкретную форму передачи соответствующих прав путем выдачи специальных привилегий и лицензий, сдачи объектов в аренду, продажу имущества, проведение конкурсов на размещение соответствующего социального заказа и т. д.

Если возникающие в этом случае затраты берет на себя государство, которое разрабатывает стандарты оказания медицинской помощи, поставляет необходимую информацию, контролирует добросовестное исполнение всеми участниками своих обязательств, то в этом случае будет происходить минимизации трансакционных издержек у различных организаций. Если же государство не участвует в этом процессе, то тогда институционализация рынка медицинских услуг будет определяться задачей минимизации совокупных институциональных затрат, которые выступают как сумма трансакционных издержек и затрат на создание новых институтов. В этом случае все хозяйственные субъекты, участвующие в охране здоровья населения, будут нести трансакционные издержки и издержки коллективного действия по созданию и поддержанию соответствующих субъектов.

Особая роль в этих процессах принадлежит страховым медицинским организациям. Они должны выступать в качестве посредника, защитника интересов пациентов. Конфликт интересов должен ставить барьер на пути необоснованных затрат. Однако в реальной практике ужесточение контроля над использованием средств ОМС в последние годы привело к тому, что страховые организации потеряли заинтересованность в рациональном использовании средств. Можно утверждать, что качество медицинского страхования, сбалансированность страховых взносов и страховых платежей во многом

будет зависеть от проводимых актуарных расчетов. Но реальный ход событий в нашей стране привёл к тому, что обычные нормативы бюджетного финансирования трансформировались в страховые взносы по фиксированным ставкам. Анализ реального положения дел в этой сфере показывает, что увеличение количества субъектов, задействованных в системе медицинского страхования, объективно увеличивает количество осуществляемых трансакций, а, значит, выработка правил и норм поведения из сугубо экономического все больше превращается в процесс политический и правовой.

В настоящее время у нас в стране практически отсутствуют организационные формы выявления интересов населения и работников медицинских учреждений и их воздействия на управленческие решения. Основной движущей силой реформирования здравоохранения по-прежнему выступает группа специальных интересов, представленная узким кругом управленцев и научных работников. Но пока она не в состоянии провести на законодательном уровне страны необходимые решения. Для проведения активной политики в сфере охраны здоровья населения необходимо подключение влиятельных политических сил. В противном случае модернизация здравоохранения будет проводиться очень медленно и в интересах, прежде всего, органов отраслевого управления.

Поэтому в современных условиях как никогда ранее требуется четкая, отлаженная система взаимодействия многих государственных и общественных институтов, социальных служб, детских дошкольных учреждений, учреждений образования и культуры. Координация их деятельности и объединение усилий необходимы и вполне осуществимы в рамках различных целевых и региональных программ.

Модернизация здравоохранения страны предполагает формирование эффективного организационно-экономического механизма его функционирования. Разработка подходов к изменению определенных принципов функционирования организационно-экономического механизма здравоохранения актуализировала проблему соотношения государственного регулирования и рыночного. Необходимость вмешательства государства в свободное функционирование рынка обычно объясняют «изъянами» рынка: несовершенной конкуренцией, информационной асимметрией, наличием внешних эффектов. По отношению к здравоохранению к названному добавляют еще высокое социальное значение данной сферы. Однако само по себе наличие «изъянов» рынка не означает, что то или иное вмешательство государственных органов обязательно должно быть реализовано. Необходимо доказать, что «изъяны» рынка являются существенными и не будут со временем преодолены самим рынком, а также доказать, что правительство в состоянии найти решения, которые будут эффективными по параметру «выгоды – издержки» и обеспечат общественный выигрыш по сравнению с ситуацией отсутствия государственного регулирования.

Цель государственного регулирования не должна подменяться предполагаемым средством ее достижения. Например, целью усиления государственного регулирования

может быть снижение рисков для здоровья населения от воздействия факторов среды обитания. Одним из средств достижения этой цели является запрет вредных выбросов в окружающую природную среду. При определении возможных вариантов целесообразно сначала рассматривать варианты с минимальным государственным вмешательством, а лишь затем варианты более масштабного вмешательства. Сравнение вариантов требует определенного критерия.

Модернизация здравоохранения предполагает наличие определенной идеологии, которая придает государственной политике в области охраны здоровья населения не только основательность, но и определенную системность. Это в свою очередь предполагает четкое разграничение экономических, организационных и медико-технологических принципов изменения системы здравоохранения страны. В современных условиях содержательное различие этих принципов приобретает решающее значение

В связи с этим стало важной задачей осуществить дифференциацию принципов, лежащих в основе политики государства в сфере охраны здоровья населения и применять их только в соответствующих границах. Не следует применять медико-технологические принципы там, где применимы экономические и организационные принципы и наоборот. Необходима разработка таких принципов в границах каждого сектора здравоохранения. Необходимо разделение идеологии модернизации и идеологии функционирования. Нельзя мерой реформ подходить к функционированию здравоохранения и наоборот.

В частности, речь может идти о формировании новых организационно-экономических форм, отражающих специфические стороны деятельности медицинских организаций в условиях расширяющегося спектра реальных альтернатив. Необходимость получения важной информации, заключение различных контрактов, контроль за их исполнением значительно будут повышать роль трансакционных издержек в данной сфере. Трансакционные издержки – это ценность ресурсов, затрачиваемых на осуществление трансакций. Для объяснения феномена трансакционных издержек наиболее существенны два момента: несовпадение экономических интересов взаимодействующих друг с другом агентов и феномен неопределенности. Неопределенность порождается фрагментарностью располагаемой индивидами информации и сложностью ее переработки.

Другой важный методологический аспект заключается в том, каким образом трактовать «платность» и «бесплатность» медицинской помощи, в рамках каких организационных структур осуществлять движение финансовых ресурсов? Среди специалистов имеется широкий диапазон представлений о том, кто должен оплачивать медицинские услуги. Одна точка зрения на эту проблему состоит в том, что медицинские услуги являются чрезвычайно важным социальным благом и государство должно обеспечить ими всех граждан независимо от дохода граждан и состояния их здоровья. Другая точка зрения состоит в том, что медицинские услуги принципиально ничем не отличаются от других благ и каждый гражданин сам должен решать какую часть своих

доходов направить на сохранение и укрепление своего здоровья. По этой причине многие авторы, рассматривая организационно-экономический механизм управления здравоохранением, во главу угла ставят социально-значимую форму медицинских услуг, которая, в конечном счете, определяет иерархичность структурных элементов всей системы охраны здоровья населения страны.

На наш взгляд, очевидно, что многие важные стороны эффективности функционирования хозяйственного механизма здравоохранения получают свою качественную определенность в зависимости от того, как трактуется соотношение справедливости и права граждан на охрану здоровья. И здесь важно избежать серьезной методологической ошибки, связанной со смешиванием равенства и справедливости. Как указывают некоторые специалисты, способ финансирования медицинской помощи является справедливым, если отношение затрат на здравоохранение к непроизводственным затратам домашних хозяйств одинаков для всех домашних хозяйств независимо от дохода, состояния здоровья и использования медицинских услуг [1].

Следующий методологический аспект обусловлен той большой ролью, которую играет государство в здравоохранении. Поэтому многие процессы институционализации данной сферы самым непосредственным образом будут зависеть от сложности и границ такого иерархически организованного субъекта как государство, что является важным условием понимания изменения конкретных организационно-правовых и организационно-экономических форм хозяйствования в здравоохранении. Реальные процессы институциональных изменений неизбежно порождают размытость и подвижность организационных границ. Это можно трактовать как важный момент адаптации к меняющимся условиям функционирования, а значит появления нового сочетания прав и обязанностей.

В этом контексте особое значение приобретают тенденции потребительского выбора на рынке медицинских услуг. В странах, где традиционно допускался свободный выбор медицинской организации и врача, возникает потребность в преодолении некоторых негативных последствий такого порядка взаимодействия поставщиков и потребителей медицинских услуг. В других странах, где выбор пациентов в той или иной мере был традиционно ограничен, ставится задача найти способы подобного расширения потребительского выбора, что трактуется как развитие конкурентных начал в сфере здравоохранения. Как отмечают некоторые исследователи, все это свидетельствует о том, что потребительский выбор сам по себе не является панацеей повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов

На наш взгляд, в данном случае определяющим является не принцип абстрактного расширения возможностей для населения свободно выбирать медицинскую организацию, а более важным является учет конкретных особенностей функционирования рынка медицинских услуг в данной стране, в конкретном регионе.

За последние десять лет расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение значительно выросли. На этом фоне произошло значительное изменение расходов населения на платные медицинские услуги. Объем платных медицинских услуг в России на душу населения за последние годы заметно увеличился. С одной стороны, наблюдается увеличение темпа роста в целом платных услуг, а с другой – замедление темпа роста физического объема платных медицинских услуг.

В то же время по данным выборочного обследования потребительских ожиданий населения страны можно увидеть определенные тенденции. Начиная с 2000 года неуклонно растет процент от общего числа опрошенных, которые намерены расходовать свои денежные средства на медицинские услуги. В 2000 году таких было 5,3%, а в 2008 году их доля составила 6,8%. Но параллельно с этим растет процент и тех, кто не намерен этого делать, так как не имеет потребности.

Физический объем платных медицинских услуг населению в сопоставимых ценах к предыдущему году имел устойчивую тенденцию к росту: 2002г. – 106,8%; 2005г. – 106,8%; 2008г. – 104,1%; 2009г.- 98,9%; 2010г. 102,2%; 2011г. – 104,1%; 2012г. – 104,5%. (2, с.367). Объем платных медицинских услуг рос быстрее, чем весь объем платных услуг. Это привело к тому, что в структуре платных услуг доля платных медицинских услуг за этот период увеличилась с 4,9% в 2002 году до 5,3% в 2012 году (2, с.368).

Изменение социально-экономических условий в нашей стране привело к тому, что уровень заболеваемости населения по основным классам заболеваемости на 1000 человек за двадцать лет заметно увеличился: 1992г.- 614,6; 1995г. – 676; 2000г. – 730; 2005г. – 743,7; 2010г. – 780; 2011г. – 796. (2, с.157)

Структура потребительских расходов домашних хозяйств, несмотря на определенный спад в российской экономике, стабилизировалась в последние годы. В частности, доля потребительских расходов на здравоохранение и платные медицинские услуги выглядела следующим образом. (Табл.1)

Табл.1. Доля потребительских расходов домашних хозяйств на здравоохранение в России (в процентах к итогу) (3, с.157)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Здравоохранение, в том числе:	3,0	3,1	2,9	3,1	3,2	3,5
Амбулаторные услуги	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,3
Услуги стационаров	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4

Анализ расходов населения по различным группам населения, имеющим разные величины годовых доходов, однозначно показывают тенденцию; чем выше доходы, тем выше доля расходов на здравоохранение. (Табл.2)

Табл.2. Потребительские расходы по 10-процентным группам населения на здравоохранение в 2011 году в % к итогу (3, с.159)

	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	6-я	7-я	8-я	9-я	10-я
Здравоохранение	2,3	2,4	2,5	2,9	3,5	3,5	3,6	4,6	3,9	3,2
Амбулаторные услуги	0,3	0,4	0,5	0,7	1,1	1,1	1,5	1,7	1,7	1,5
Услуги стационаров	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	1,0	0,4	0,4

Из этой таблицы видно, что особенно увеличение доходов домашних хозяйств сказывается на потреблении платных амбулаторных услуг.

Таким образом, рыночные факторы могут включить конкурентные механизмы в здравоохранении при условии не только теоретического осмысления многих аспектов, но и учета существующих тенденций в данной сфере в каждом конкретном регионе страны.

Список литературы:

1. Чубарова Т. Система здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики. / Вопросы экономики, 2009, №4.
2. Россия в цифрах. 2013. Крат. Стат. Сб./ Росстат – М., 2013. -573 с.
3. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2012: Стат.сб./ Росстат – М., 2012. – 319с.

Spisok literatury:

1. Chubarova T. Sistema zdravooohranenija v Rossii: jekonomicheskie problemy teorii i praktiki. / Voprosy jekonomiki, 2009, №4.
2. Rossija v cifrah. 2013. Krat. Stat. Sb./ Rosstat – M., 2013. -573 s.
3. Social'noe polozhenie i uroven' zhizni naselenija Rossii. 2012: Stat.sb./ Rosstat – M., 2012. – 319s.