**Содержание**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение | 3 |
| 1 Здравоохранение как система: общие принципы | 5 |
| 2 Экономические модели национальных систем здравоохранения | 10 |
| 3 Система здравоохранения России: экономические проблемы развития | 29 |
| 3.1 Реформы российского здравоохранения: вопросы экономики | 32 |
| 3.2 Угрозы для системы здравоохранения в России | 35 |
| 4 Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам | 40 |
| Заключение | 60 |
| Список использованной литературы | 61 |

**Введение**

Развитие здравоохранения как социально-экономической структуры повинный происходить в гармоничном соответствии с экономическим и социальным развитием государства. Этот принцип тесно связан с вопросом служб и подразделов системы здравоохранения к национальным условиям.

Такая адаптация обеспечивается соответствующими технологиями принятия управленческих решений. Для управления системами здравоохранения с низкой степенью воли приемлемые и результативные классические приемы стратегического планирования, при которых в некоторой степени досягаемое планирование действий и их реализация в соответствии с условиями, которые изменяются, как самой системой, так и средой (сферы) ее функционирования.

Жизнедеятельность систем здравоохранения высокой степени воли, в частности либеральных, что опираются в своем динамизме развития на постоянно трансформируется основу экономических закономерностей, как видно, с трудом поддается стратегии классического планирования в силу постоянной подвижности внутренних и внешних противоречий, которые являются основой жизнедеятельности и развития таких систем. Управление такими системами должно осуществляться на научной основе; на основе раскрытия закономерностей развития явлений и процессов, которые характеризуют эти системы и определяют их сущность; на основе знания науки управления.

Проблемы, накопившееся в здравоохранении России, вызывают серьезную обеспокоенность в обществе, практически сформировался консенсус по поводу того, что в этой области необходимы существенные перемены. Об этом свидетельствуют как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие такие параметры системы здравоохранения России, как - состояние здоровья населения; - состояние собственно системы здравоохранения; - оценка населением состояния своего здоровья и его отношение к системе здравоохранения вообще и реформам в частности.

В настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер.

Объект исследования – система здравоохранения РФ.

Предмет исследования – особенности национальной системы здравоохранения.

Цель курсовой работы – изучение особенностей национальной системы здравоохранения.

Задачи курсовой работы:

1. Изучить общие принципы здравоохранения как системы.

2. Изучить экономические модели национальных систем здравоохранения.

3. Рассмотреть систему здравоохранения России (экономические проблемы развития).

4.Предложить пути реформирования национальных систем здравоохранения.

**1 Здравоохранение как система: общие принципы**

Для анализа системы здравоохранения и выявления общих подходов к ее развитию необходимо уточнить основные методологические вопросы, ответы на которые определяют цели и задачи здравоохранительной политики и выбор методов их достижения.

Во-первых, что понимается под *системой здравоохранения*, какие виды деятельности и институты она включает. Различные понимания системы здравоохранения можно сгруппировать следующим образом:

* «все виды деятельности, главная цель которых состоит в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья»;
* меры, непосредственно направленные на обеспечение здоровья и лечение болезни, то есть система оказания медицинских услуг;
* более широкие меры, направленные на поддержание здоровья, например здоровый образ жизни, охрана окружающей среды;
* некоторые виды деятельности и  услуги, которые не имеют первоначальной целью обеспечение здоровья, но оказывают на него существенное косвенное влияние, например образование или жилье.[[1]](#footnote-1)

Таким образом, понимание того, что представляет собой система здравоохранения может быть различным. Однако чаще всего речь идет о медицинской помощи, и это не случайно, так как бы не рассматривалась система здравоохранения—более узко или более широко, оказание медицинской помощи остается - пока во всяком случае- ее основой. Традиционно ВОЗ оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20 процентов, отдавая решающую роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и т.д. Однако в последнее время появились исследования, которые показывают, что роль медицинской помощи, ее возможности в связи с развитием новых технологий возможно, больше. В связи с этим появилось понятие «смертей, которые можно избежать» (*avoidable mortality*). Это важно, так как обеспечение доступа к медицинской помощи – своевременно и качественно — это задача, которая поддается управлению со стороны государства, в то время как другие включают сферу личной жизни человека, на которую влиять гораздо сложнее. Обеспечение доступа к медицинской помощи вместе с развитием систем здравоохранения стало задачей не только социальной, но и политической.

Поэтому принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение

* права на охрану здоровья;
* возможности гражданам получить достойную медицинскую помощь качественно и своевременно.[[2]](#footnote-2)

Понимание охраны здоровья как системы требует реализации комплексного подхода в здравоохранительной политике. Достаточно часто речь идет о ее отдельных элементах, например об организации медицинских учреждений или используемых способах финансирования. Это связано и с традиционным административным делением: обычно в Министерстве здравоохранения существуют отдельные подразделения, занимающиеся этими вопросами. Но такой подход игнорирует реальную ситуацию, в которой здравоохранение развивается как комплексная система, где каждый элемент играет свою роль, но при этом неразрывно связан с другими. Это тем более важно в современных условиях, когда все большее внимание уделяется общему функционированию системы здравоохранения с акцентом на результат, удовлетворение потребностей потребителя и высокое качество обслуживания.

В-вторых, в основе построения каждой системы лежат определенные принципы, которые в конечном итоге определяют ее структуру, цели и задачи, позволяют оценить результат работы. Одним из основополагающих принципов в здравоохранении является такая категория как *доступ*.

Под доступом понимается возможность гражданином получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью. Доступ имеет различные аспекты, среди которых обычно выделяют территориальный, финансовый и культурный. При этом даже если в стране поставлена политическая задача обеспечить всеобщий доступ населения, ее практическое воплощение может столкнуться с серьезными трудностями: существуют барьеры, которые препятствуют ее реализации. Как отмечают Docteur и Oxley, доступ подразумевает отсутствие финансовых барьеров в получении медицинской помощи, наличие адекватного предложения медицинских услуг, отсутствие дискриминации по социальным характеристикам. Важным фактором является и удовлетворенность пациентов полученной медицинской помощью. В качестве основных показателей доступа специалисты выделяют долю населения, охваченную системой здравоохранения, содержание набора предоставляемых услуг, наличие так называемого разделения расходов, географические, организационные барьеры и уровень использования доступных услуг.

Рассмотрение проблемы доступа населения к медицинской помощи имеет ряд методологических трудностей. Прежде всего, насколько высокий уровень заболеваемости и смертности обусловлен проблемами с доступностью медицинской помощи. Если был бы обеспечен доступ, и медицинская помощь была бы получена вовремя, то какие были бы результаты?

Следует отметить, что зависимость между состоянием здоровья населения и доступностью медицинской помощи является опосредованной. Традиционно, ВОЗ оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20 процентов, отдавая решающую роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и т.д. Однако в последнее время появились исследования, которые показывают, что роль медицинской помощи, ее возможности в связи с развитием новых технологий возможно, больше. Это важно, так как обеспечение доступа к медицинской помощи – своевременно и качественно — это скорее задача государства, поддается управлению с его стороны, в то время как другие включают более личные сферы жизни человека, на которые влиять гораздо сложнее. Обеспечение доступа к медицинской помощи вместе с развитием систем здравоохранения стал задачей не только социальной, но и политической.

Существует такое понятие как всеобщий (universal) доступ населения к медицинским услугам. Это означает, что все граждане имеют доступ к системе здравоохранения и могут претендовать на получение медицинской помощи. Более того, такая возможность рассматривается как право (на охрану здоровья) и признается в числе основных прав человека. Однако каков критерий всеобщности, то есть когда принимается, что всеобщий доступ действительно обеспечен. В данном контексте ориентируются на категории потребность и спрос.

Потребность категория достаточно сложная, она подразумевает, что человеку реально необходима помощь по медицинским показаниям. Она может существовать у человека, но не быть выявленной и осознанной. Например, рост заболеваемости можно отнести за счет повышения качества и возможностей диагностических средств—раньше просто не было технических возможностей для диагностики. Таким образом, развитие медицинских технологий с этом контексте повышает нагрузку на систему здравоохранения.

При этом модель потребления и уровень удовлетворения социально значимых потребностей не всегда зависит только от уровня экономического развития. Потребности, осознанные социальной группой, выступают как ее интерес. При этом следует также учитывать, что потребности динамичны и изменчивы и на базе уже удовлетворенных возникают новые.

Спрос в строгом экономическом смысле подразумевает способность и готовность населения платить, в нашем случае за медицинскую помощь. Он корреспондируется с такой категорией как предложение. Однако при анализе систем здравоохранения понятие спрос используется скорее как осознанная человеком потребность (не всегда необходимая) в получении медицинской услуги, которую он пытается реализовать практически. Повышение уровня жизни населения, прогресс в медицинских технологиях, старение населения и его растущие ожидания приводят к росту спроса на медицинскую помощь Предложение в здравоохранении—в отличие от ряда других отраслей —достаточно негибкое и ограниченное, оно не может автоматически следовать за спросом ни физически, ни финансово ( имея ввиду высокую долю общественного финансирования здравоохранения). Поэтому задачу политики в области здравоохранения  можно поставить как необходимость улучшения соотношения между спросом и предложением, чтобы если и не расширить доступ, то во всяком случае его рационализировать. В этом контекcте возникает  “охранник” (gate keeper)— обычно это медицинское учреждение первичной медицинской помощи ( поликлиника или врач общей практики), которые определяют первично потребность пациента в том или ином виде помощи и направляют при необходимости в следующее учреждение в системе здравоохранения.



Равный или неравный доступ—еще одна проблема. Должны ли  и могут ли отдельные категории населения иметь преимущества при получении медицинских услуг? Возникает проблема справедливости. В развитых странах принимается как аксиома, что ресурсы здравоохранения должны распределяться справедливо. При этом можно выделить два подхода к справедливости- справедливость возможности иметь доступ и использовать ресурсы здравоохранения и финансовая справедливость, оцениваемая как бремя финансовых взносов, получаемых системой здравоохранения от различных социально-экономических групп населения.

При обсуждении проблемы доступа, традиционно рассматриваются два параметра — своевременность и качество. Система здравоохранения обеспечивает доступ, если медицинская помощь надлежащего качества может быть получена гражданином вовремя. Поэтому существующая система медицинских учреждений, их территориальное распределение и организация работы должны быть оценены с этой точки зрения. Очевидно, что для оценки доступа относительные показатели развития здравоохранения более полезны, чем абсолютные показатели.

Но в свою очередь для понимания относительных показателей важно определить ориентиры. Сколько должно быть врачей или коек на 1000, чтобы обеспечить доступ? Если число врачей или коек на 100 снижается, это хорошо или плохо? Ограничивает ли это доступ и увеличивает нагрузку на врачей, снижая качество их работы? В этих условиях возникает проблема разработки адекватных нормативов оказания медицинской помощи и оптимизации системы здравоохранения.

Среди показателей доступности услуг часто называют возможность выбора врача или медицинского учреждения. При этом принимается, что если у пациента есть выбор, это лучше для обеспечения доступа. Однако, представляется, что данный вопрос не может решаться однозначно. Ведь хорошего врача или больницу будут выбирать многие, а их возможности по оказанию медицинской помощи не безграничны. Соответственно, положительное влияние выбора на доступность медицинских услуг для большинства населения проявляется только при высоком среднем уровне работы врачей и медицинских учреждений и их адекватном территориальном распределении.[[3]](#footnote-3)

**2** **Экономические модели национальных систем здравоохранения**

Обзор национальных моделей здравоохранения показывает достаточно большой разброс возможных схем финансирования данной отрасли. Небезынтересно отметить, что принципы страховой медицины в большинстве стран мира все же доминируют как над полностью частным, так и полностью государственным финансированием. Остается только сожалеть, что Россия в очередной раз “пошла своим путем”, фактически вернувшись к схеме государственного финансирования лечебно-профилактических учреждений. Последняя плохо работала уже в советские времена, в рыночной же экономике, по-видимому, остается только наблюдать и описывать постепенную деградацию этой важнейшей отрасли.

Для описания различных типов организации систем здравоохранения воспользуемся одним из основных инструментов экономического анализа – моделированием.

Экономическое моделирование – воспроизведение экономических объектов и процессов в ограниченных, малых экспериментальных формах, в искусственно созданных условиях. Экономическая модель, описывая экономические явления, процессы и объекты, призвана отражать их основные черты, отвлекаясь от второстепенных деталей.

Выберем в качестве объекта систему здравоохранения и рассмотрим различные модели здравоохранения, существующие в мировой практике.

Несмотря на многообразие конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно все же выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам. К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

отношения собственности;

способы финансирования (получения ресурсов);

механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);

формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических, политических, нравственно-эти-ческих и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами, но при всех различиях в системах охраны здоровья разных стран выражающие их экономические модели могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково. Это: **платная** медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования, **государственная** медицина с бюджетной системой финансирования и система здравоохранения, основанная **на принципах социального страхования** и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.[[4]](#footnote-4)

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко она представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных “Medicade” и пенсионеров “Medicare”. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Эта модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Однако в основе выделения перечисленных моделей лежит не только роль государства, но также понимание и определение “товара” в сфере здравоохранения. Следует отметить, что однозначного мнения по поводу того, что же является товаром в данной сфере жизнедеятельности до сих пор не существует, хотя с древнейших времен на этот вопрос пытались ответить и египетские жрецы, и врачи китайских императоров.

Например, в Египте гонорар врача определялся весьма специфическим образом: больной оплачивал серебром вес своих волос после болезни. Если болезнь была длительной, то волосы отрастали больше. Таким образом, врач был экономически заинтересован в продолжительном лечении.

В Древнем Китае, напротив, врачи, обслуживающие элиту, получали жалование до тех пор, пока пациенты были здоровы, то есть фактически оплачивалось собственно состояние здоровья. В этом случае врач был экономически заинтересован в здоровье пациента.

Хотя основной целью здравоохранения является именно здоровье человека, попытка рассмотреть его в качестве товара очень проблематична. И прежде всего потому, что оно плохо измеримо и трудно поддается оценке в деньгах. Но самое главное, если бы такая оценка здоровья человека в денежном выражении была найдена, то именно она стала бы определять **цену человеческой жизни**. Фактически эта цена неявным образом присутствует, например, в расчетах, связанных с безопасностью жизнедеятельности, в военной медицине (при определении приоритетов в оказании медицинской помощи). Однако, явное определение цены здоровья человека, а, следовательно, человеческой жизни, противоречит традициям, культуре и с учетом явно недостаточной ее обоснованности серьезно и справедливо критикуется. В связи с этим в качестве товара предлагается рассматривать медицинские услуги, а систему здравоохранения определить как организованную деятельность, в ходе которой осуществляется производство этих услуг.

Описанные ранее модели организации здравоохранения по разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. И этот фактор является не менее важным, чем роль государства, для выделения различных типов организации системы здравоохранения.

Например, в рыночной модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар, который может быть куплен или продан в соответствии с классическими законами рынка (т. е. с минимальным учетом его социальной специфики). Как уже отмечалось, типичным примером рыночной модели является рынок медицинских услуг США. Сфера здравоохранения здесь представлена развитой системой частных медицинских учреждений и коммерческим медицинским страхованием, где врачи являются продавцами медицинских услуг, а пациенты – их покупателями. Такой рынок наиболее приближен к свободному рынку и обладает всеми его достоинствами и недостатками.

Из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска все новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка. Это определяет положительные стороны рыночной модели здравоохранения.

Однако, с другой стороны, недостаточный учет специфики рассматриваемого вида товара (неограниченность спроса на него, монополизм продавца и т. д.) обуславливает известные негативные моменты:

чрезмерный рост затрат на медицину;

невозможность осуществления государственного контроля и, следовательно, трудности с установлением приоритетов между здравоохранением и другими отраслями экономики;

возможность возникновения кризисов перепроизводства и стимулирование поставок неоправданных услуг;

предпосылки для недобросовестных способов конкуренции;

чрезмерное влияние моды и рекламы;

и, самое главное, неравный доступ к медицинской помощи.[[5]](#footnote-5)

Наличие коммерческого страхователя, заинтересованного в сохранении своих доходов, может снизить объем услуг (с помощью экспертной оценки), цену медицинской услуги (путем торгов) и, следовательно, оплату самой медицинской помощи. Снижение совокупных затрат расширяет круг потенциальных пациентов рынка медицинских услуг, повышая объем спроса.

В условиях рыночной организации системы здравоохранения пациенту постоянно приходится решать дилемму: на какой рынок – финансовый или страховой – вложить свои сбережения. Выбор осуществляется между доходным вложением денежных средств и риском заболеть и оказаться не в состоянии оплатить медицинскую помощь. Закономерность здесь, как правило, такая: чем больше риск заболеть и сильнее страх перед финансовыми расходами на медицину, тем сильнее должна быть защита, а ее ценность (по сравнению с возможным доходом) выше.

Рыночная модель организации системы здравоохранения – одна из наиболее качественных, но, в то же самое время, одна из наиболее дорогих моделей. Например, чисто экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику США оценивается на уровне 10% ВВП, т. е. в сотни миллиардов долларов, но затраты на обслуживание здравоохранения еще выше и составляют 14% ВВП **5**.

Таким образом, с экономической точки зрения эта модель является неэффективной, требующей перерасхода денежных средств. Кроме того, в системе здравоохранения, организованной на рыночных принципах, не обеспечиваются социальные гарантии населения в получении медицинских услуг. Рыночная модель не обладает свойством доступности для всех слоев своих граждан. Наблюдается также крайняя неравномерность в потреблении медицинских услуг, которая тесно коррелирует с дифференциацией доходов. Так, в 1990 г. 70% всех полученных медицинских услуг приходилось на 10% населения.

Если же социальная специфика рассматривается как основной параметр медицинских услуг, то факт покупки или продажи медицинской помощи будет означать опосредованную покупку национального здоровья. В таком случае при организации системы здравоохранения во главу угла будет поставлен принцип равнодоступности медицинских услуг. Обеспечить это легче всего централизованным образом, подчинив систему здравоохранения контролю государства. Таким образом, именно социальные приоритеты превалируют в бюджетной системе здравоохранения. Типичным примером государственной модели является рынок медицинских услуг Великобритании. Этот рынок основан на системе государственного (национального) здравоохранения. Национальная система здравоохранения получила название бевериджской по имени лорда Бевериджа, провозгласившего в 1942 г. идеи, ставшие основой бюджетной модели: богатый платит за бедного, здоровый – за больного. При таком подходе общество старается оплачивать именно здоровье нации через оплату медицинских услуг, направляемых на его поддержание. На этом рынке гораздо легче соотнести приоритеты здоровья нации с другими приоритетами национальной экономики. Данная модель организации системы здравоохранения тяготеет к рынку централизованных, планово-распределительных экономик и имеет соответствующие таким экономикам характерные положительные и отрицательные черты.

К недостаткам этой модели следует отнести отсутствие естественных стимулирующих развитие факторов. Это ведет к медленному росту качества медицинской помощи, недостаточной гибкости организационных структур, к возможности длительного осуществления неэффективных стратегий и использованию старых медицинских технологий. Но есть и очевидные достоинства. Прежде всего – ориентация на профилактику заболеваний. Так как, в конце концов, оплачивается здоровье, то врач объективно заинтересован в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг, в то время как на свободном рынке он объективно заинтересован в обратном.

Нередко равнодоступность медицинской помощи достигается путем жесткого ограничения свободы выбора пациентом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или врача. На современном этапе во многих странах, использующих государственную модель, пытаются устранить столь очевидный недостаток организации системы здравоохранения. Однако процесс этот только начался. Например, в Швеции лишь в 1991 г. после экспериментальной апробации было принято решение о предоставлении каждому шведу права свободного выбора медицинского учреждения или врача на всей территории страны. Аналогичное решение было принято и в Дании, а вот в Финляндии пациент может выбрать любого врача общей практики или специалиста только в определенном медицинском центре или больнице.

Обратимся теперь к социально-страховой модели организации системы здравоохранения и рассмотрим, что же в данном случае понимается под товаром.

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии в годы правления канцлера Отто Бисмарка (1883-1889 гг.), поэтому получила название бисмарковской. Она представляла собой серию специальных законов о страховании рабочих по случаю болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости. В основу указанных законодательных актов был положен следующий принцип: здоровье – капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. Поэтому главной характерной чертой медицинских услуг в этой модели рассматривается случайный потенциальный спрос, связанный с риском потери здоровья и трудоспособности. При этом труд понимается как один из важнейших производственных факторов (“винтик” общественного производства) вероятность “поломки” которого следует минимизировать. И главная роль медицинского страхования именно в этом.

Таким образом, в бисмарковской модели здоровье играет по отношению к труду ту же роль, что и капитал. Здоровье увеличивает эффективность труда, стоимость так называемого “человеческого капитала”. Аналогичный принцип был использован в России в начале 20-ых годов, когда создавалась заводская медицина. Основной ее задачей было повышение качества трудовых ресурсов в ключевых отраслях промышленности: тяжелой и оборонной. Таким образом, бисмарковская модель ориентирована прежде всего на решение чисто экономических задач: обеспечение роста производительности и сокращение экономических потерь за счет снижения трудопотерь.

Однако, помимо страхования риска потери здоровья как такового, система государственного медицинского страхования обеспечивала перераспределение доходов, путем оплаты медицинских услуг через страховые фонды. Это позволило добиться смягчения остроты социальных проблем, связанных с риском потери трудоспособности малоимущих слоев населения.

Современное медицинское страхование Германии в целом сохранило основные принципы бисмарковской организации системы здравоохранения. Финансирование осуществляется путем консолидации средств из различных источников: 60% средств, поступающих в ЛПУ, – это средства обязательного медицинского страхования (ОМС), из них 25% – это страхование членов семей трудящихся; 10% – средства добровольного медицинского страхования (ДМС), 15% – государственные средства за счет налогообложения, 15% – личные средства граждан.

В свою очередь, фонды ОМС формируются за счет трех источников: государственного бюджета, взносов работников и работодателей. Средний размер взносов на медицинское страхование в 90-ых годах составлял 13% по отношению к фонду оплаты труда (ФОТ). Выплачиваются взносы работодателями и работниками равными долями, т. е. по 6,5%.

В Германии существует достаточно продуманная система цен на медицинские услуги. Единицей для финансовых расчетов служит “очко”. Количество очков отражает сложность услуги. Сумма очков для каждой услуги стабильна и известна всем участникам медицинского обслуживания и страхования. Список стоимости медицинских услуг в очках публикуется в специальных справочниках. Цена “очка” в немецких марках пересматривается в соответствии с изменением уровня цен или изменением методов медицинского обслуживания в стране ежегодно, иногда даже чаще. Эта система позволяет оперативно, без большого объема работы менять цены, реагируя на конкретные экономические условия, например, инфляцию.

К числу стран, использующих социально-страховую модель, относится и Канада. Как отмечалось ранее, несмотря на то, что организация системы здравоохранения Канады относится к социально-страховой, она напоминает государственную модель. В первую очередь, это обусловлено ориентацией канадской системы здравоохранения на социальные характеристики медицинской услуги. Внимание специалистов в области организации здравоохранения к данной системе усилилось после того, как Канада достигла значительных успехов в сдерживании медицинских расходов. В 1965 г. в этой стране доля расходов на здравоохранение в ВВП составляла 6,5%, т. е. была равной США, а в 90-ых годах этот показатель составляет около 8,7%, в то время как в США приближается к 12%.

В Канаде действует национальная система страхования здоровья. Эта система государственного социального страхования гарантирует медицинскую страховку практически всем гражданам страны. Причем размер получаемой медицинской помощи не зависит от величины страхового взноса, человеку не может быть отказано в страховке из-за пожилого возраста или плохого состояния здоровья.

Денежные средства производителям медицинских услуг в Канаде поступают из одного источника – системы национального страхования, которая аккумулирует средства трех фондов:

федеральных фондов и фондов провинциальных бюджетов;

фондов частных страховых компаний;

добровольных пожертвований.[[6]](#footnote-6)

Сфера деятельности частных страховых компаний ограничена, им позволяется страхование лишь тех услуг, которые не включены в планы обязательного медицинского страхования (ОМС), например, частные больничные палаты, услуги косметической хирургии.

В основном провинции аккумулируют свои фонды для здравоохранения из общих провинциальных налогов, но в ряде провинций (Альберта, Британская Колумбия) жители выплачивают специальный страховой взнос **6**, в провинции Квебек работодатели и работники выплачивают специальный налог на заработную плату для целей медицинского страхования.

Предпочтение отдается финансированию из местных налогов, так как считается, что сбор специальных страховых взносов влечет за собой рост административных расходов. Обычно расходы на здравоохранение составляют 1/3 от общих годовых расходов провинций.

Аккумулируемые средства идут на финансирование планов обязательного страхования и на развитие системы здравоохранения провинции. Чтобы провинция могла получить доступ к федеральным фондам, планы должны удовлетворять следующим условиям:

всеобщий охват населения (98-99%);

универсальность (страхование должно охватывать все необходимые медицинские услуги);

общественное управление программой на коммерческой основе;

доступность льгот в случае, если человек путешествует.

В Канаде существует два плана медицинского страхования. Первый охватывает стационарные услуги, второй – услуги врачей.

Большинство стационаров и врачей в Канаде являются частными, врачи оплачиваются на основе гонорара – за услугу. Однако, тарифы на медицинские услуги регулируются правительством и ежегодно пересматриваются. Государство не заинтересовано в увеличении тарифов на медицинские услуги, так как рост стоимости лечения потребовал бы увеличения размеров государственного финансирования, а, следовательно, повышения налогов, что является непопулярной мерой. В Канаде предусмотрено финансовое наказание для провинций, лояльно относящихся к врачам, взимающим со своих пациентов дополнительные сборы сверх установленных тарифов.

Строгий контроль над медицинскими расходами сдерживает темпы внедрения новейшей медицинской технологии. В Канаде очень тщательно и всесторонне взвешивают достоинства и недостатки новой медицинской техники, с тем, чтобы принять окончательное решение о целесообразности и последствиях ее применения с точки зрения эффективности использования и нагрузки на бюджет страны.

Однако, значительная доля бюджетных средств в общих расходах на здравоохранение, установление единого финансиста в лице Национальной системы страхования позволили канадскому правительству обеспечить четкую координацию программ здравоохранения и сократить административные расходы (в настоящее время они составляют 1-2% от общих расходов здравоохранения).

Если же Канадская социально-страховая модель близка к государственной, то французское социальное страхование обладает рядом параметров, характерных для рыночной модели. Несмотря на то, что для Франции характерен высокий охват населения программами ОМС (уже в 1988 г. программы ОМС распространялись на 80% французов), обязательное страхование возмещает застрахованному только 75% затрат на медицинское обслуживание. Для получения 100% возмещения необходимо дополнительное добровольное медицинское страхование (ДМС). В случае болезни, временной или длительной нетрудоспособности за счет ОМС возмещается также 70-90% стоимости медикаментов.

Финансирование лечебно-профилактических учреждений осуществляется из трех источников: государственного бюджета, обязательного медицинского страхования, личных средств граждан. Государственная организация социального страхования Франции “Securite social” подписывает соглашение (конвенцию) с врачами, в которой четко указаны цены на медицинские услуги. Так осуществляется регулирование цен на медицинские услуги. Цены пересматриваются 2 раза в год, что обычно влечет пересмотр и увеличение страховых взносов. Как уже отмечалось, “Securite social” возмещает пациенту лишь 75% расходов. Оставшиеся 25% составляют личные расходы, но они могут быть также возмещены, если пациент пользуется услугами дополнительного добровольного страхования (ДМС), осуществляемого частными страховыми компаниями. Последних во Франции достаточно много и по количеству страховых компаний Франция занимает третье место после Германии и Голландии. 90 страховых компаний входят в федерацию страховых обществ во Франции. Они предлагают населению широкий спектр услуг по страхованию здоровья в дополнение к ОМС. В отличие от Германии, пациент непосредственно оплачивает медицинские услуги, а система ОМС частично возмещает его затраты, делая медицинскую помощь в условиях рыночной экономики более доступной для населения.

Среди многообразия конкретных форм организации системы здравоохранения в разных странах, использующих социально-страховую модель, хотелось бы остановиться еще на системе охраны здоровья Японии.

Здравоохранение Японии представляет большой интерес в связи с тем, что этой стране удалось в сравнительно короткий срок достигнуть самых высоких показателей здоровья населения, хотя, не в последнюю очередь, это связано с условиями и образом жизни. Япония является первой страной Азии, где в 1961 г. было введено страхование здоровья в общенациональном масштабе, хотя ряд законов о страховании, частично компенсировавших расходы на медицинское обслуживание, был принят намного раньше: в 1922 г. – об обязательном страховании служащих, в 1938 г. – о национальном страховании здоровья, в 1939 г. – о страховании моряков, в 1953 г. – о страховании поденных рабочих.

В настоящее время в Японии сложилась общественная система охраны здоровья, включающая общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование, медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства.

В целом расходы на здравоохранение в Японии составляют всего около 6,6% ВНП. Каждое медицинское учреждение является самостоятельной организацией. 80% больниц принадлежит частнопрактикующим врачам. В настоящее время медицинское обслуживание Японии финансируется в основном за счет фондов страхования здоровья. Подавляющее большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем медицинского страхования: **национальной системы страхования здоровья**, построенной по территориальному принципу, и **системы страхования лиц наемного труда**, построенной по производственному принципу. [[7]](#footnote-7)

Национальная система страхования здоровья охватывает в основном мелких собственников и членов их семей, инвалидов и других неработающих лиц (всего около 45 млн. человек). Страховой взнос с них взимается местными органами самоуправления или Ассоциацией национального страхования здоровья. Этот взнос зависит от места жительства, дохода, недвижимого имущества, размера семьи. 40% суммы пособий по временной нетрудоспособности составляют дотации государства. Пособия предоставляются в виде денежных выплат и льготной медицинской помощи. Максимальный размер льгот может составить до 90% стоимости лечения (10% платят сами пациенты). Льготы для иждивенцев не превышают 70% стоимости медицинского обслуживания. Пребывание в больнице как самих застрахованных, так и их иждивенцев страховые органы оплачивают на 70%, остальную сумму пациент выплачивает наличными деньгами при получении медицинских услуг. При очень высокой стоимости лечения пациенту возмещаются расходы сверх установленного максимума. Полностью за счет пациента оплачиваются лекарства, пост частной медицинской сестры, пребывание в отдельной палате. Оплата медицинской помощи производится по счетам медицинских учреждений, ежемесячно предоставляемым по линии социального страхования. Предварительно эти счета проверяют консультанты-медики для установления рациональности оказанных услуг. Расчет производится по тарифам на медицинские услуги и лекарства, утвержденным Министерством здравоохранения и социального обеспечения.

Система страхования лиц наемного труда, охватывающая наемных работников и их иждивенцев, является крупнейшей в Японии (уже в 1985 г. ею было охвачено более 61 млн. человек). В этой системе действуют различные программы. Государственная программа страхования здоровья распространяется на работников средних и мелких предприятий (страховщиком является само государство). В программе общественного здравоохранения страховщиком является страховое общество, созданное администрацией и работниками одного предприятия или нескольких предприятий одной отрасли. Близки к системе страхования лиц наемного труда программы страхования здоровья моряков, поденных рабочих, отдельных категорий рабочих и служащих, программы ассоциаций взаимопомощи служащих государственных учреждений, работников органов местного самоуправления, общественных корпораций, учителей и служащих частных учебных заведений.

В системе страхования лиц наемного труда фонды образуются за счет взносов застрахованных, отчислений государства и предприятий. Размер взноса зависит от заработка, но не может превышать установленного предела. Наибольший взнос – 8,4% заработка – установлен для программы государственного страхования здоровья, при этом половину взноса вносит сам застрахованный, половину – государство. Аналогично, но в размере 8,2% заработка, взимается взнос при страховании моряков. С поденных рабочих взносы взимаются в твердом размере (а не в процентах от заработка).

Страховой фонд программы общественного страхования формируется из взносов застрахованных, составляющих 3,45% заработка, и взносов предпринимателей, составляющих 4,62% заработка. В рамках этой программы государство покрывает 16,4% расходов на пособие по временной нетрудоспособности, которое выплачивается с 4 дня в размере 60% заработной платы. Предусмотрены также пособия при рождении ребенка, по уходу за больным, в связи с похоронами.

В системе национального страхования здоровья существует программа страхования лиц, вышедших в отставку по достижении пенсионного возраста, и членов их семей и программа страхования престарелых. По закону о благосостоянии престарелые лица старше 60 лет имеют право на ежегодное освидетельствование. Бесплатной является консультативная помощь по охране здоровья престарелых, сестринская помощь лицам пожилого возраста на дому, медицинская помощь лицам старше 70 лет.

Кроме системы медицинского страхования в Японии существуют общественные фонды, за счет которых на основании законов осуществляется: профилактика туберкулеза, психических и инфекционных заболеваний, венерических заболеваний, проказы, наследственных заболеваний, компенсация ущерба, причиненного здоровью загрязнением окружающей среды.

Все перечисленное выше объединяется понятием “общественная гигиена”. Также из общественных фондов финансируются мероприятия, объединяемые понятием “социальное обеспечение и социальное благосостояние”. Эти мероприятия осуществляются на основании законов: об охране жизненных прав (медицинская помощь), о социальном обеспечении калек и инвалидов (реабилитационная помощь), о социальном обеспечении детей, о мерах чрезвычайной помощи раненым на войне, о медицинском обеспечении жертв атомной бомбардировки. Кроме того, за счет общественных фондов осуществляется страхование матери и ребенка.

Итак, в основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения. Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

Какая же из моделей здравоохранения является наиболее эффективной: рыночная, государственная или социально-страховая? Как отмечалось ранее, каждая из моделей обладает своими достоинствами и недостатками. Для того, чтобы выделить их более четко, проведем сравнительный анализ и представим его результаты в виде таблицы. (См. таблицу 1). Рассмотрим эффективность каждой из моделей с точки зрения возможности применения в условиях переходной экономики.

Таблица 1 - Национальные модели здравоохранения

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-страховая** | | | **Государственная** | | **Рыночная** | **Тип модели** |
| ***Германия*** | ***Япония*** | ***Канада*** | ***Франция*** | ***Великобритания*** | ***США*** | ***Страна*** |
| Здоровье – фактор, определяющий качество “человеческого капитала”. Медицинская услуга – затраты, необходимые для поддержания здоровья. | Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь. | Медицинская услуга – общественное благо. Систему здравоохранения должно контролировать государство. | Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь. | Медицинская услуга – общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый – за больного. | Медицинская услуга – частное благо, т. е. обычный товар, который может быть куплен или продан. | Принцип, лежащий в основе модели. |
| 8,1% | 6,6% | 8,7% | 8,5% | 6,0% | 14% | Доля расходов на здравоохранение в ВВП |
| ОМС – 60% ДМС – 10%  Гос. бюджет – 15%  Личные средства – 15%. | ОМС – 60% Гос. бюджет – 10%  Общественные фонды – 10%  Личные средства – 20%. | Федеральные фонды и фонды провинциальных бюджетов – 90% Фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования – 10%. | ОМС – 50% ДМС – 20%  Гос. бюджет – 10%  Личные средства – 20%. | Государственный бюджет. | Частное страхование – 40% Личные средства – 20%  Программы для пожилых и малоимущих – 40%. | Источники финансирования. |
| Контроль осуществляют частные и государственные страховщики. | Контроль осуществляется страховыми фирмами – частными страховщиками. | Контроль осуществляет государство. | Контроль осуществляют страховщики: частные страховые фирмы и государственная организация социального страхования. | Контроль осуществляет государство в лице Министерства здравоохранения. | Контроль осуществляется страховыми фирмами – частными страховщиками. | Контроль за эффективностью расходования средств. |
| 90% населения охвачено программами ОМС; 10% – программами ДМС; при этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС. | 40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% – профессионально-производственной системой страхования. | 98–99% населения охвачено программами ОМС. | 80% населения охвачено программами ОМС. | Всеобщая доступность. | Ограничивается платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся. | Доступность медицинского обслуживания. |
| Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС. | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС. | Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методик ограничено. | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС. | Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производственными возможностями. | Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги. | Ассортимент доступных медицинских услуг. |
| Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий. | Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий. | Трудно преодолимые барьеры на пути внедрения новых технологий. | Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий. | Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно. | Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения. | Использование новых технологий. |
| Цены, выражены в “очках”, цена “очка” пересматривается при изменении экономической ситуации. | Цены утверждаются Министерством здравоохранения и социального обеспечения. | Цены регулируются правительством, ежегодно пересматриваются, но изменяются медленно. | Цены регулируются правительством, пересматриваются 2 раза в год (как правило, возрастают). | Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения. | Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ. | Регулирование цен на медицинские услуги. |

Для этого обозначим характерные черты, присущие экономике переходного периода:

1. Дефицит государственного бюджета.
2. Спад производства.
3. Высокий уровень безработицы.
4. Низкий уровень доходов населения.
5. Высокие темпы инфляции. [[8]](#footnote-8)

В условиях спада производства и роста безработицы, которые влекут за собой ухудшение качества жизни, потребность в медицинских услугах возрастает. Поэтому функционирование лечебно-профилактических учреждений нуждается, в первую очередь, в бесперебойном финансировании. Следовательно, в переходный период, с характерным для него дефицитом государственного бюджета, рассчитывать на эффективность государственной модели организации системы здравоохранения не приходится. Низкий уровень доходов населения и высокие темпы инфляции будут значительно ограничивать платежеспособный спрос на медицинские услуги со стороны частных лиц. Спад производства и ориентация на выживание не позволят фирмам осуществлять добровольное страхование своих работников. Поэтому использование рыночной модели в условиях переходного периода приведет к тому, что значительная часть населения не сможет получить необходимую медицинскую помощь. Особенно это касается таких социально незащищенных слоев населения, как пожилые люди, инвалиды, дети, поскольку это группы с наименьшими доходами, но с наибольшими потребностями в медицинском обслуживании. Столь негативные последствия в период экономико-политических реформ чреваты социальным взрывом.

Как уже отмечалось, в переходный период потребности людей в медицинском обслуживании возрастают. Для обеспечения минимально необходимого объема финансирования лечебно-профи-лактических учреждений требуется консолидировать все возможные источники привлечения средств. В условиях дефицита государственного бюджета и низких доходов населения только социально-страховая модель с многоканальной системой финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) способна решить эту задачу.

**3 Система здравоохранения России: экономические проблемы развития**

Проблемы, накопившееся в здравоохранении России, вызывают серьезную обеспокоенность в обществе, практически сформировался консенсус по поводу того, что в этой области необходимы существенные перемены. Об этом свидетельствуют как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие такие параметры системы здравоохранения России, как - состояние здоровья населения; - состояние собственно системы здравоохранения; - оценка населением состояния своего здоровья и его отношение к системе здравоохранения вообще и реформам в частности.

Субъективная оценка населением состояния своего здоровья подтверждает данные статистики. Социологические опросы показывают низкую самооценку населением состояния здоровья. Субъективная оценка населением реформы здравоохранения достаточно настороженная. Это свидетельствует о том, что серьезного улучшения положения дел в системе здравоохранения пока не произошло.

Хотелось бы обратить внимание и на *глобальные вызовы системам здравоохранения,* сформировавшимся к настоящему времени в развитых странах.Система здравоохранения может быть организована по-разному, однако в настоящее время здравоохранение как система в глобальном масштабе испытывает серьезные проблемы, которые требуют реакции и очевидно будут в перспективе определять ее организацию. Старение населения стало важнейшей социально-демографической проблемой в развитых странах. С одной стороны, происходит рост спроса на медицинские услуги, а с другой — увеличение демографической нагрузки на работающих, что осложняет проблему финансирования здравоохранения. Увеличение спроса на медицинские услуги вызвано так же развитием современных технологий, которые дают новые возможности в области лечения различных заболеваний, и соответственно, почву для появления новых ожиданий со стороны населения.[[9]](#footnote-9)

Рост неравенства в доступе к медицинским услугам отмечается многими специалистами, и это несмотря на то, что в последнее время этот вопрос привлекает внимание на самых высоких уровнях. Происходит изменение тенденций в состоянии здоровья и структуре заболеваемости населения. На первый план в развитых странах выходят хронические заболевания, которые требуют других подходов к организации лечения и профилактики, чем инфекционные заболевания.

Угрозы для здоровья вытекают из действий человека, взаимодействия человека и окружающей среды и несчастных случаев и стихийных бедствий. К их числу можно отнести проблему с вакцинацией. Добровольность вакцинирования во многих странах и ложное чувство безопасности, когда в условиях высокого уровня вакцинирования снижается риск заболевания и родители отказываются от прививок, может в свою очередь привести к снижению уровня вакцинирования, повышению риска заболеваемости и возникновения эпидемий. Эволюция вирусов и повышение их устойчивости к соответствующим лекарствам ведет к появлению новых и возобновлению уже известных инфекционных заболеваний. Появились эпидемии таких инфекций, как ВИЧ и птичий грипп. Другая сторона рисков связана с деятельностью человека. Жизнь общества стала в значительной степени зависеть от атомной энергии и химических процессов. Поэтому эпидемиологическая обстановка зависит от безопасности соответствующих мощностей и правильного использования получаемых продуктов.



Таким образом, в настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер.

Парадоксально, но лакмусовой бумажкой проблем системы российского здравоохранения стал Национальный проект «Здоровье». Получается, что все последние достижения российского здравоохранения сводятся к тем результатам, которые были достигнуты в рамках выполнения задач, поставленных в данном проекте. При этом часто утверждается, что некоторая стабилизация в системе здравоохранения в 2005-2007 гг. была достигнута за его счет. Однако многие демографы  и эксперты прямо указывают, что рост рождаемости в последние годы напрямую связан с вступлением в активный репродуктивный возраст девушек и юношей, родившихся в конце 80-х годов ХХ века.  Возникает вопрос и по поводу роли в происходящих позитивных изменениях остальной части системы здравоохранения, которая не была включена в национальный проект. Хотя последний и принес некоторые положительные результаты, но они были достигнуты не в рамках существующей системы здравоохранения, а вне ее, что фактически подтверждает тот факт, что она неэффективна и в целом  не способна реализовать положительные изменения без дополнительного толчка извне, например, в форме национального проекта.

Другой вопрос связан с проблемой поддержания и развития системы здравоохранения. На сегодняшний день известны три базовые модели организации и финансирования здравоохранения, причем автором одной из них (модель Семашко) стала Россия. Конкретные формы определяются спецификой функционирования системы, которую может позволить себе страна в зависимости от характеристик своего развития. Новые модели здравоохранения возникали в мире тогда, когда происходили изменения в мировоззрении, меняющие постановку и видение проблемы. Предлагаемые варианты развития российского здравоохранения, в том числе и проект  Концепцию развития здравоохранения РФ до 2020 г., разработанный под эгидой Минздрава РФ, или проект, предложенный Общественной палатой, подстраиваются под ситуацию, в которой Россия оказалась сегодня и которая была задана в начале 90-х годов ХХ века. Но скорость общественных изменений требует, чтобы функция прогнозирования, определяющая как поведет себя та или иная система в долгосрочной перспективе, стала ведущей. Создание «однодневок» в этих условиях может дорого обойтись обществу. Представляется, что наступление кризиса не самое подходяще время для глобальных изменений. Уроки можно извлечь и из опыта начала 90-х, когда большая часть неудач в реформе здравоохранения связана именно с тем, что система страхования вводилась в сложных экономических условиях, когда заведомо сужается база для страховых взносов.

Поэтому в современных условиях неотъемлемой составной стратегии развития российского здравоохранения должна стать разработка механизмов адаптации к кризисным ситуациям.

***3.1 Реформы российского здравоохранения: вопросы экономики***

Здравоохранение и экономика тесно переплетаются: состояние здоровья населения имеет ключевое значение для экономического развития и наоборот. Однако общее признание этих фактов далеко не всегда находит реализацию на практике. Стратегическая задача обеспечения здоровья населения не подвергается сомнению, особенно на макроуровне. Однако когда встает вопрос о распределении ресурсов, ситуация складывается не так однозначно. Например, существует проблема взаимодействия структур, отвечающих за финансирование и организацию охраны здоровья населения, особенно министерства здравоохранения и финансов. Их взгляды на проблему часто не совпадают. Министерство финансов обычно стремится контролировать расходы, не всегда отдает приоритет здоровью и рассматривает расходы на здравоохранение как наилучшее использование ресурсов, в то время как министерство здравоохранения озабочено обеспечением больших ресурсов для удовлетворения потребности в охране здоровья населения.

Поэтому вопрос о роли здравоохранения как системы в обеспечении здоровья населения по-прежнему стоит на повестке дня и нуждается в дальнейшей проработке. Однако хотелось бы сделать некоторые общие замечания, которые носят общий методологический характер.

В экономике не существует ничего бесплатного, так же как и *не существует бесплатной медицины.* Когда говорят «бесплатно», то подразумевают только тот факт, что граждане не платят в момент получение медицинской услуги. Однако в любом случае они ее оплачивают или через общие налоги, или страховые механизмы, тем более что современные системы здравоохранения в основном построены на принципе предварительной оплаты. Поэтому утверждения о том, что наша медицина якобы бесплатная, является или экономической безграмотностью, или политическим маневром, направленным на обоснование необходимости привлечения населения к непосредственной оплате медицинской помощи.

Отсюда возникает и проблема механизмов перераспределения средств в здравоохранении. В страховании возникает хорошо известная и описанная *проблема третьей стороны*. Это означает, что в условиях медицинского страхования между потребителем/пациентом и производителем/медицинским работником возникает посредник. С одной стороны, это ведет к удорожанию системы, так как часть средств отвлекается на обслуживание посреднических операции, а с другой стороны, возникают стимулы к избыточному потреблению как у пациента, так и врача, так как они непосредственно не участвуют в процессе оплаты, что также приводит к росту расходов на здравоохранение.

Необходимо отметить и путаницу, возникающую в понимании *двух возможных моделей медицинского страхования — социальной и частной,* которые имеют принципиальные различия. Они заключаются в том, что специфика социального страхования в плане характера рисков и степени перераспределения/уровня охвата (обычно это практически все населения страны) приводит к тому, что в системе социального страхования возможен и происходит разрыв между страховыми взносами и уровнем риска. Взносы определяются не вероятностью наступления риска, а уровнем дохода плательщика. В настоящее время в российских дискуссиях часто звучит замечание, что ОМС де вовсе не страхование, при этом подразумевая — сознательно или нет — частную модель медицинского страхования. Если система медицинского страхования создается как социальная, подобные рассуждения экономически неверны. Хотелось бы обратить также внимание на то, что в настоящее время возникла серьезная угроза для частной модели медицинского страхования, связанная с развитием генного тестирования, то есть возможности предсказать наступление болезни. Естественно, частные медицинские компании или не будут страховать людей с практически подтвержденной вероятностью наступления того или иного заболевания, особенно требующего высоких затрат, или будут повышать тарифы для этих людей.

Главный вопрос, который сегодня волнует специалистов в области экономики здравоохранения состоит в том, что представляют собой расходы на здравоохранение—затраты или инвестиции в человека. Ответ на этот вопрос дал еще А. Пигу, который писал о том, что «самые важные инвестиции из всех -- это инвестиции в здоровье, ум и характер человека».

Концептуализация инвестиций в здоровья осуществляется в рамках теории человеческого капитала. Если человеческий капитал важен для развития экономики, а здоровье составляет его важную часть, то здоровье важно для экономического результата и наоборот, экономический результат важен для здоровья. Здоровье может влиять на экономические результаты как на уровне страны, так и на уровне индивида в развитых странах в основном по четырем каналам, а именно более высокая производительность, увеличение предложения рабочей силы, повышение квалификации как результат обучения, увеличение накоплений для инвестиций в физический и интеллектуальный капитал.

Следует отметить, что здравоохранение как система сама по себе играет важную экономическую роль, так как это большой сектор. Например, сегодня в странах ЕС -15 он достигает 7 процентов ВВП, около 9 процентов работников занято в здравоохранении. Поэтому непосредственно работа данного сектора, его производительность оказывает влияние на развитие экономики, ее конкурентноспособность через влияние на затраты на рабочую силу, гибкость рынка труда и распределение ресурсов на макроэкономическом уровне.

Истинное экономическое значение здоровья возрастает, если учесть концепцию так называемого полного дохода. Она исходит из того, что такой показатель как ВВП не является идеальным измерителем социального благосостояния, так как он не включает нерыночные товары, в том числе ценность здоровья. Реальная цель экономической активности заключается не только в производстве товаров, а в максимизации социального благосостояния. Так как здоровье является неотъемлемым компонентам общего социального благосостояния, измерение экономических затрат болезни только в терминах упущенного ВВП оставляет за бортом потенциально значительную часть ее влияния на полный доход.

Вопрос об инвестициях в здоровье стал особенно популярен после опубликования доклада Мирового Банка в 1993 г., посвященному здравоохранению. В начале 21 века Комиссия по макроэкономике и здоровью, созданная ВОЗ, подчеркнула экономическую важность вложений в здоровье. Здоровье рассматривается не как просто побочный продукт экономического развития, а как один из важных детерминантов экономического развития и снижения бедности. Расходы на здравоохранение  это, прежде всего, инвестиции, которые приносят экономическую отдачу, а не просто как расход/затраты. При этом отношения между здоровьем и экономикой не просто двусторонние, а взаимоусиливающие, то есть обеспечивают большую отдачу от инвестиций определенных средств как в здоровье, так и в экономику по сравнению с инвестициями тех же средств только или в экономику, или в здоровье. Однако для развитых стран это не такой простой вопрос, так как уже достигнут определенный уровень здоровья и необходимо понять, какую отдачу принесут дополнительные инвестиции.

И, наконец, необходимо понимать экономическую сущность альтернативы. С точки зрения экономической теории ограниченность ресурсов приводит к феномену альтернативной стоимости (издержек выбора). Если определенные ресурсы потрачены на одни цели, то они уже не могут быть потрачены на решение других задач, то есть нужно выбирать вариант, наиболее эффективный с точки зрения повышения общего благосостояния. Кроме того, нужно помнить и об упущенной выгоде от принципиально возможных, но не реализованных проектов. Однако на практике этого достаточно трудно добиться, так как нужно проводить анализ вариантов на основе полной и достоверной информации, что требует значительных затрат.

***3.2 Угрозы для системы здравоохранения в России***

Существуют объективные факторы системообразующего характера, которые потенциально вызовут проблемы в развитии здравоохранения России как системы. От того, насколько они будут учтены при формировании стратегии реформ, зависит успех проводимых мероприятий.

Одна из угроз связана с объемом и методом финансирования здравоохранения в России. Вопрос о том, сколько средств должна тратить Россия на здравоохранение остается открытым. Казалось бы, что следует приветствовать рост расходов на здравоохранение. Однако возникает феномен, который можно условно назвать *ловушкой роста финансирования*. Это означает, что выбираемый в условиях ограниченности ресурсов, выделяемых обществом на здравоохранение, вариант изначально оказывается затратным и ведет к необходимости увеличения в будущем финансирования здравоохранения.

Основной мотив реформ здравоохранения в 90-е гг.— недостаток государственных средств и необходимость мобилизации ресурсов из других источников. Но  парадокс российской здравоохранительной политики состоит в том, что, с одной стороны, бюджетной медицине нет равных в сдерживании расходов на здравоохранение, с другой стороны, россиянам все время внушают, что средств на здравоохранение не хватает, но при этом выбирают изначально затратный вариант (страхование), игнорируя или даже открыто отрицая относительно менее затратную (бюджетную) систему.

Под относительно менее затратной имеется ввиду, что такая система обеспечивает равные и относительно более высокие показатели здоровья населения в целом при относительно более низких расходах. В качестве примера можно привести Великобританию и США. Сравнение показателей финансирования здравоохранения и состояния здоровья в этих странах показывает, что хотя  США тратят на здравоохранение почти в два раза больше, чем в Великобритания при значительной доли частных источников финансирования, показатели состояния здоровья в этих странах сопоставимы, а некоторые даже несколько лучше в Великобритании. Например, материнская смертность и Великобритании ниже, чем в США (11 и 14 на 100000 живорожденных в 2000 г., соответственно), а продолжительность здоровой жизни при рождении выше ( 69 лет у мужчин и 72 года у женщин в 2002 году в Великобритании и 67 лет и 71 год, соответственно в США). В последние годы серьезной проблемой общественного здоровья в США стало ожирение, которым страдает почти одна треть населения, как мужчин, так и женщин старше 15 лет.

Существуют различные подходы к определению доли расходов на здравоохранение с учетом готовности населения его финансировать. Можно установить нормативы минимальных расходов государства с учетом мирового опыта. Однако важно не только то, сколько средств расходуется, но и с помощью какого механизма финансирования осуществляется перераспределение. В России речь идет о хроническом недофинансировании и о необходимости повышения расходов на здравоохранение, в то время как в развитых странах вопрос стоит о сдерживании роста расходов на здравоохранение. С учетом мировых тенденций, нашей стране необходимо изначально выбирать вариант системы финансирования, который позволит превратить выделяемые средства в эффективную систему оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение.

Здесь уместно вспомнить такой подход как менеджериализм, который широко признан в мире и утверждает, что совершенствование управления и организации является важным резервом повышения эффективности работы любой структуры. В этом контексте речь может идти о широком спектре действий, начиная с изменения структуры системы здравоохранения в пользу первичной медицинской помощи и профилактики, до «медицины с человеческим лицом» или «политики малых достижений», подразумевающих применение современных управленческих технологий организации работы в медицинских учреждениях, позволяющих реализовать человеческое отношение к пациентам при минимальных дополнительных затратах.

В этой связи спорным с экономической точки зрения представляется и утверждение о том, что если есть спрос на медицинские услуги (подразумевается со стороны высокодоходных групп населения), то нужно обеспечить его удовлетворение. Представляется, что особенности медицинской услуги как товара, которые широко известны и описаны в мировой литературе, ставят на первое место вопрос об удовлетворении потребности, а не спроса. Росту расходов будет также способствовать привязка оплаты работников медицинских учреждений к объему и качеству оказываемой помощи.



Преимущества государственного финансирования хорошо известны: контроль над средствами и обеспечение реализации общенациональных приоритетов, главный из которых - доступ населения к медицинской помощи. Централизованные системы достаточно эффективно позволяют сдерживать рост расходов на здравоохранение. Очевидно, что бюджетная система здравоохранения имеет как достоинства, так и недостатки, однако анализ различных систем здравоохранения показывает, что принятие других моделей, приведет к возникновению ряда новых проблем.

Другая угроза для целостности и соответственно эффективности здравоохранения России как системы, действующей в интересах общества, связана с *ростом неравенства в обществе*, как его общего уровня, так и в состоянии здоровье. При этом мировая теория и практика убедительно доказывают, что неравенство в здоровье является серьезным препятствием для экономического роста.

Одним из важных факторов неравенства в здоровье выступает уровень дохода. При высоком уровне неравенства по доходу, которые сейчас сложился в России - в 2006 г. коэффициент Джини в среднем по России  составил 0, 410 -  объективно возникают существенные различия в социально-экономическом статусе пациентов. В условиях принципиального расслоения российского общества уже сложно найти "среднего пациента"-- богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской помощи. Наличие состоятельных людей, имеющих возможность платить за медицинские услуги, стимулирует развитие частного сектора. Причем в этой связи необходимо иметь ввиду два аспекта. Один из них связан с мотивом прибыли в здравоохранении, а другой — с инновационным потенциалом предпринимательства.

Задача любой коммерческой структуры состоит в получении прибыли. Здравоохранение в этом смысле очень чувствительная отрасль, в том числе и в силу особых отношений, которые складываются между врачом и пациентом ввиду особенностей медицинской услуги и процесса ее оказания. С одной стороны, пациент будет больше доверять врачу, действующему без мотива прибыли, с другой — у врача есть объективная возможность «увеличить счет». Поэтому необходимо жесткое регулирование, возможно на уровне нормы прибыли.

Обычно частная медицина развивается как дополнительная по отношению к более социализированным формам. Однако ситуация складывается неоднозначная, так как  имеет место процесс «снятия сливок» или отбора лучших клиентов. Например, в Великобритании частный сектор, включая добровольное медицинское страхование, достаточно недорогой именно ввиду наличия развитого государственного сектора. Большинство пациентов используют дополнительно Национальную службу здравоохранения (НСЗ), даже если имеют добровольное страхование, особенно если у пациента сложная проблема и частная больница просто не имеет возможностей для ее лечения; обычно дополнительное страхование получают на работе это молодые, здоровые и хорошо оплачиваемые люди, то есть группа минимального риска.

 Особая роль отводится бизнесу как лидеру инноваций в медицине. Инновационный потенциал предпринимательства хорошо описан, однако в медицине этот процесс также не может быть оценен однозначно. Развитие медицинских технологий это дорогостоящий процесс, который является одним из основных факторов роста расходов на здравоохранение в развитых странах. Поэтому может возникнуть противоречие следующего порядка. Бизнесу с точки зрения получения прибыли более выгодны высокие технологии так как они более дорогие, а обществу с точки зрения эффективного и справедливого распределения ограниченных ресурсов более выгодно развитие относительно более дешевой первичной медицинской помощи. Компромиссные варианты развития бизнеса как поставщика медицинских услуг сегодня в России предлагается искать на пути государственно-частного партнерства.

 Пока частный сектор является дополнительным и служит для расширения выбора потребителя. Но если он будет расти выше определенного уровня, то возможна ситуация, когда наиболее требовательные потребители выйдут из государственного сектора, снижая тем самым давление на государство в направлении увеличения расходов на здравоохранение. Это приведет к формированию двухступенчатой системы-- высококачественная медицинская помощь в частном секторе для состоятельных и низкокачественное обслуживание в государственной системе для остальных.  Подобная ситуация создает опасность разрыва системы здравоохранения и  маргинализации бедных слоев населения. Поэтому в настоящее время необходимо выбирать систему здравоохранения, которая позволит  удержать здравоохранение России как систему для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи населению при сохранении базового принципа социальной солидарности.

Опыт развитых стран показывает, что, несмотря на либеральные реформы, роль государства в обеспечении населения социальными услугами и перераспределении по-прежнему на повестке дня. Либеральная политика провела к росту социального разделения и поэтому возникла необходимость в стратегии интеграции в рамках рыночной экономики. В этих условиях государственная система здравоохранения может стать основой социального консенсуса и преодоления социальной разобщенности российского общества.

**4 Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам**

В разных системах здравоохранения «пакет» реформ различен, модели и цели программ существенно различаются. Главное, чтобы страна использовала весь современный арсенал научно-технических достижений, обладала конкурентоспособностью, умело использовала партнерство государственного и частного секторов. Наш анализ показал, что на нынешнем этапе развития сектора здравоохранения в лучшем случае преждевременно говорить об общих стратегических установках, приемлемых для всего Европейского региона и даже для географических субрегионов и применимых к ним.

Для Российской Федерации в данный период становится актуальным создание эффективной модели российской системы здравоохранения, адекватной к новым глобально-локальным условиям и учитывающей изменение роли государства и рынка в сфере оказания медицинских услуг, процессы децентрализации, расширение возможностей пользоваться услугами здравоохранения. В целом – это изменение роли системы охраны общественного здоровья, позволяющая оценить потребности в медицинских услугах, определять функционирование соответствующих служб здравоохранения.

Система здравоохранения как система организаций и лиц, оказывающих медицинскую помощь населению, в разных странах имеет существенные отличия [1, 2]. Тем не менее, в процессе модернизации национальных систем здравоохранения, страны с развитой экономикой пошли по одному пути – сокращения расходов. Политика сдерживания расходов предполагала регулирование спроса на медицинские услуги и лекарства, регулирование предложения медицинских услуг и лекарственных средств. 90-е годы пошлого века охарактеризовались активным процессом реформирования здравоохранения. Развитие и приоритетность рыночных отношений субъектов системы здравоохранения и решение задачи по регулированию расходов в процессе медицинского обслуживания становятся универсальными тенденциями модернизации национальных систем здравоохранения в современном мире.

В некоторых странах, таких как Германия и Великобритания, официально приняты программы реформирования системы здравоохранения в целом, в других внедрены ограниченные стратегии реформы для решения конкретных проблем. В странах Центральной и Восточной Европы и СНГ реформы здравоохранения были вызваны коренными социально-политическими переменами. [[10]](#footnote-10)

Реформы, в основе которых лежит растущая стоимость медицинского обслуживания, предусматривают более эффективное размещение средств с тенденцией к введению бюджетов для всей сферы здравоохранения и для отдельных поставщиков медицинских услуг. Был принят также ряд мер по сдерживанию расходов на медикаменты.

Актуальным как для развитых, так и развивающихся стран является соблюдение принципов справедливого финансирования и медицинского обслуживания в обеспечении доступа всех слоев населения к основным службам здравоохранения, повышения качества медицинского обслуживания и улучшения показателей здоровья населения в странах, несмотря на тенденцию сдерживания расходов [3, 4, 5].

С развитием приоритетности рыночных отношений и сдерживанием расходов связаны возможные методы и формы модернизации национальных систем здравоохранения. В национальных системах здравоохранения, интеграционные процессы будут носить двойственный характер - с одной стороны это адаптация в рамках конкретной национальной системы здравоохранения сущностей, структур систем здравоохранения, а также форм и методов управления этими системами, которые присущи иным государствам, в поисках оптимальности функционирования собственной системы; с другой - возникновение здоровой конкуренции между национальными рынками здоровья в соответствующем сегменте рынка медицинских услуг. Если первое направление ведет к определенной степени открытости и доверия, а также к тесному сотрудничеству и высокой степени интеграции, то конкуренция приведет к некоторой «закрытости» национальных систем здравоохранения по отношению к конкурирующей стороне.

Эти разнонаправленные тенденции обусловливают особенности подходов к реформированию национальных систем здравоохранения в условиях развития глобальных процессов и определяют инвестиционную привлекательность системы здравоохранения, возможности объединения финансовых средств.

Остро стоит вопрос о справедливом финансировании систем здравоохранения. Как правило, системы здравоохранения опираются на такие источники финансирования: налоги, страховые взносы, в том числе добровольные, платежи населения (см. рис. 1). Разные системы здравоохранения используют различные принципы финансирования. Среди стран Европейского региона ряд имеют сформировавшуюся страховую систему финансирования (Австрия, Бельгия, Франция и др.), другие – сформировавшуюся бюджетную систему (Дания, Финляндия, Норвегия, Швеция и др.).

Системы таких стран как Израиль, Турция первоначально были построены на страховых механизмах и трансформировались в национальные системы здравоохранения; Греция, Италия Португалия, Испания недавно приступили к переходу от страхового к бюджетному финансированию. Страны Центральной и Восточной Европы и СНГ недавно преобразовали свои системы государственного финансирования в преимущественно страховые системы.

Однако для характеристики финансирования здравоохранения, ее достоинств и недостатков только такого подхода недостаточно. Существует много способов систематизации различных аспектов деятельности систем здравоохранения, включая распределение налогового бремени и льгот среди населения, размещение средств в секторе здравоохранения и его различных субсекторах, аспекты технической эффективности и отзывчивости на нужды больных.



Рисунок 1 – источники финансирования и управления средствами системы здравоохранения[[11]](#footnote-11)

Системная характеристика некоторых из этих аспектов зависит не столько от того, как плательщики собирают средства с населения, сколько от того, как оплачиваются поставщики. Скажем, в Канаде, Финляндии, Швеции и Великобритании поставщики организованы и оплачиваются совершенно по-разному - при том, что во всех этих странах действуют системы здравоохранения, финансируемые преимущественно из налоговых поступлений.

От разделения функций покупателей и поставщиков медицинских услуг как способа распределения средств во многом зависит функционирование системы здравоохранения в целом. Оно может способствовать более ориентированному на рынок распределению ресурсов. Так, в Европе сегодня предпринимаются активные попытки перейти «от интегрированных моделей предоставления медицинских услуг к отделению государственных или «квазигосударственных» страховщиков-покупателей медицинской помощи от тех, кто оказывает эту помощь. По мере ослабления прямых управленческих связей между этими двумя элементами все более важную роль начинают играть механизмы распределения ресурсов, поскольку они позволяют покупателям обеспечивать контроль за расходами на макроуровне, а также повышать результативность работы учреждений. Ключевые стратегии более эффективного распределения ресурсов включают использование механизмов заключения договоров, системы оплаты услуг, предоставляемых специалистами и учреждениями, механизмы закупки фармацевтических препаратов и распределение капитала, инвестируемого в здравоохранение.

По сути дела в каждой стране складывается система финансирования, отражающая соотношение экономических интересов, особенности конкретной исторической, политической, социально-экономической ситуации. Опыт одних стран не может быть перенесен целиком на другую почву.

Существуют страны с преимущественным финансированием из налоговых поступлений, опирающиеся на финансирование из фондов медицинского страхования, а также страны, где используются преимущественно платежи наличными. Важно то, что во всех странах здравоохранение берет необходимые ресурсы из всех источников, и проблемы возникают тогда, когда происходят внутренние сдвиги внутри конкретной системы здравоохранения, связанные с изменениями в системе, например, уменьшения доли налогового финансирования.

Успех сдерживания расходов связывается теоретически с системами, финансируемыми из налоговых поступлений, но, эффективность распределения средств при этом достигается не обязательно. Возросшие потребности здравоохранения в этом случае часто пытаются поддержать за счет других источников. Однако очевидно, что развитие частного медицинского страхования влечет за собой высокий уровень затрат в виду дополнительных затрат на управление, маркетинг, высокого уровня прибыли. Медицинские депозитные счета и сборы с пользователей влекут за собой более высокие административные расходы. Высокие же расходы в целом снижают конкурентоспособность экономики страны на мировом рынке.

Изменение всей системы предоставления медицинской помощи требует выработки новой парадигмы, преобразования структур, сложившихся внутри национальной системы здравоохранения. Участие новых субъектов в регулировании процессов в области здравоохранения, выработка новых параметров: целей, способов, институциональных форм организации сферы здравоохранения, характера принятия решений, которые учитываются с точки зрения достижения высокой степени эффективности функционирования системы, - все это становится приметами сегодняшней ситуации реорганизации системы здравоохранения [6, 7].

На нынешнем этапе развития сектора здравоохранения в лучшем случае преждевременно говорить об общих стратегических установках, приемлемых для всего Европейского региона и даже для географических субрегионов и применимых к ним. В ходе недавних дискуссий о так называемом «слиянии» систем здравоохранения развитых стран чрезмерный акцент был, по-видимому, сделан на конкретных технических механизмах (например, закупок и услуг по контрактам), а не на целях, для осуществления которых эти механизмы применяются в различных системах.

При более глубоком рассмотрении этого вопроса политические различия в области здравоохранения, социальные различия в области здравоохранения и социальные различия в области культурных ценностей свидетельствуют о том, что между системами здравоохранения в странах западной и восточной части региона и между самими странами сохраняются значительные расхождения.

В разных странах государственные органы управления системой здравоохранения вынуждены заниматься переосмыслением своих задач, функций, полномочий, которые значительно видоизменяются с учетом сложности регуляции экономических и социальных процессов в условиях глобализации. Остро стоит вопрос о том, как государство может осуществить внутреннее переустройство своей деятельности, чтобы в условиях глобализации внутри самой страны формировались необходимые приоритеты, которые позволили бы достичь необходимой самостоятельности социально-экономического развития.

Сложным вопросом становится корректировка методов, средств и форм государственного управления для успешного эффективного распределения и использования ресурсов, партнерства с различными субъектами, реформирования отдельных секторов. Помимо административных подходов, государство вынуждено подключать новые механизмы, ориентированные рынок, что значительно усложняет задачи и предполагает постоянный мониторинг процессов, выработку четких правил игры, нормативов и стандартов, разработанных для участников рынка. Условия децентрализации ставят вопрос о распределении полномочий на различных уровнях управления, выборе уровня децентрализации, о том, какие полномочия могут быть переданы, все ли задачи должны быть децентрализованы. Важно также и то, как децентрализация сочетается с возрастающими требованиями граждан предоставить им большие права в отношениях с производителями медицинских услуг и современные формы управленческих решений в аспекте идеи суверенитете потребителя.

Общие проблемы глобального здравоохранения определяют основные принципы реформирования систем здравоохранения в отдельных странах, но их применение будет существенно зависеть от конкретных условий. Опыт преобразования требует адаптации и корректировки механизмов реформирования к местным условиям. Тем не менее, значительную роль играет учет опыта перспективных преобразований в области здравоохранения.

Важным методологическим принципом, в том числе это относится и к сфере здравоохранения, становится выявление векторов развития и выстраивания своей собственной политики в соответствии с ними, а также определение носителя национальных интересов и места корпоративных структур в этом процессе .

В переходных экономиках реформирование системы здравоохранения предпринято из-за необходимости увеличить финансирование общественного здравоохранения, расширить источники поступления средств и повысить эффективность путем изменений в организации финансирования медицинской помощи. Именно это рассматривается как основные направления повышения конкурентоспособности национальной системы здравоохранения. Поиск путей организации, финансирования и оказания медицинской помощи в переходных условиях был, однако, затруднен необоснованными приемами управления. При этом, отметим, сама проблема, как сократить потребность в медицинских услугах и добиться хорошего состояния общественного здоровья, не выдвигалась как главный приоритет реформирования.

Многие из имеющих место перемен были плодотворны. Так, это относится к процессу учета государством, ставящим социально ориентированные задачи в области охраны здоровья в аспекте развивающихся рыночных отношений в обществе. Многие условия, однако, не выполнялись.

Оценивая ход реформ здравоохранения в России на развитие открытого демократического общества в условиях дальнейшего приспособления национальных экономик к глобальной экономике, нельзя не отметить, что во всем мире нет такого быстрого изменения в системе здравоохранения, как в странах бывшего СССР и Восточной Европы. В этих странах наблюдается тенденция, которая обусловлена общими процессами глобализации и связана с преодолением старой интегрированной модели оказания медицинской помощи в пользу более конкурентоспособных подходов.

При сравнении с зарубежными странами речь не идет о перенесении из одной страны в другую тех структурных компонентов, которые эффективно «работают». Необходимо выработать собственные, сообразующиеся с экономическими, культурными, организационными особенностями страны, стратегии, которые позволили бы сообщить эффективность всей системе.

Перед Россией стоят весьма непростые задачи в условиях глобализации здравоохранения. Россия вошла в XXI век демократическим государством с рыночной экономикой. Десятилетний этап перехода к рынку практически завершен. Демонтирована административно-распределительная система. Осуществлена либерализация экономики, финансов, производства и торговли. Существенно изменилась структура собственности - ведущую роль в экономике России теперь играют частные предприятия, акционерные общества и товарищества. Коренным образом изменилось положение дел в сфере потребления, где сформировался реальный рынок товаров и услуг, в том числе и в сфере медицины.

Основными принципами реформирования системы здравоохранения в России стали введение системы обязательного медицинского страхования, приватизация и децентрализация.

Однако период радикальных экономических преобразований был для России очень непростым с точки зрения социальных последствий. В ходе рыночных реформ не удалось избежать социальных издержек и предотвратить существенное снижение уровня жизни большинства населения. Сегодня, когда в России стабилизировалась политическая ситуация и наметилось оживление экономики, появились условия, открывающие возможности для решения фундаментальных социальных проблем, в т.ч. проблем здравоохранения.

В России остро стоит вопрос о развитии рынка услуг в сфере здравоохранения, усилении координационно-информационного обеспечения деятельности отечественных предприятий-производителей медтехники и поддержке малого и среднего бизнеса в этой области.

Ключевые элементы политики в сфере здравоохранения, необходимые для адаптации к глобальным условиям, заключаются в возрастании роли профилактических мероприятий по сравнению с лечебными, в том числе пропаганды здорового образа жизни, принятии современных методик лечения и эффективном управлении учреждениями здравоохранения, внедрении устойчивых в финансовом отношении систем медицинского страхования, создании общих условий и выработки политики по развитию конкурентоспособной фармацевтической промышленности, совершенствовании административного управления и финансирования учреждений здравоохранения на всех уровнях власти.

Те процессы реформирования, что мы наблюдаем сегодня в сфере здравоохранения, берут начало с середины 80-х гг. прошлого века. В это время достаточно отчетливо проявилось несостоятельность здравоохранения, по многим параметром считавшегося едва ли не лучшим в мире. В СССР своеобразно ставились задачи совершенствования системы здравоохранения

Точкой отсчета в работе системы здравоохранения был всеобщий равный доступ к бесплатной квалифицированной медицинской помощи, а задачи улучшения ситуации трактовалась преимущественно в плане перехода к всеобщей диспансеризации, то есть к замещению лечения профилактикой. Отсутствие конкуренции оправдывалось стремлением к равенству. Характерные черты здравоохранения в СССР были связаны с существованием дифференцированной медицинской помощи: общей и ведомственной или отраслевой. Дифференциация в медицинском обслуживании рассматривалась как объективная предопределенность, которая в принципе может быть преодолена.

В 80-е годы все чаще стала звучать мысль о том, что что-то нужно делать с чрезмерным объемом лечебных учреждений, неэффективностью медицинского обслуживания. В ряде территорий были предприняты эксперименты по сокращению объемов специализированной помощи и увеличению объемов первичной. Эти эксперименты вводили рыночный механизм в систему и привлекали средства к первичной помощи.

В результате реформ удалось добиться повышения уровня первичного медицинского обслуживания и оптимизации специализированной помощи. Экспериментальные реформы принесли пользу, на основе их результатов был определен круг современных реформ здравоохранения. Но в результате кризиса 1991 г., повлекшего сокращение бюджета и крайне высокую инфляцию, новый экономический механизм прекратил свое существование.

Распад СССР вывел на свет недостатки прежних методов, а проблема с реформированием встала особенно остро. Состояние здоровья населения ухудшалось, средняя продолжительность жизни сокращалась. Интенсифицировались инфекции, которые годами не проявлялись.

Экономические потрясения вызвали сокращение налоговых поступлений, в этих условиях тем более нецелесообразным стало сохранение здравоохранения, расточительного по своим финансам и избыточным мощностям. Казалось, что все недостатки связаны с бездействием федеральной власти. Поэтому реформы и были направлены на решение таких задач, как децентрализация, повышение эффективности медицинского обслуживания, новые методы финансирования здравоохранения.

С начала 70-х гг. шло постепенное сокращение выделяемых бюджетных средств, которое к концу 80-х достигло порядка 40%. Эти процессы были в решающей степени обусловлены значительным сокращением государственных расходов на здравоохранение. За период с 1993 г. по 1998 г. бюджетные ассигнования на здравоохранение и средства обязательного медицинского страхования уменьшились не менее чем на 38% в реальном выражении.

Правда, с 1999 г. размеры государственного финансирования стали увеличиваться, но в то же время объем платных медицинских услуг населению вырос гораздо существеннее. Значительное число больниц нуждалось в капитальном ремонте, оборудование физически и морально было изношено. Низкая заработная плата медицинских работников не обеспечивала должной мотивации к труду, существовали теневая оплата медицинских услуг, спекуляция дефицитными лекарственными препаратами. В качестве основного недостатка организационной модели советской, а затем российской медицины был приоритет оказания стационарных видов помощи перед профилактикой и амбулаторным обслуживанием.

Советская система здравоохранения ориентировалась на экстенсивные показатели, в ней отсутствовала действенная мотивации труда, существовала сильная централизация управления. Систему финансирования, хозяйственных отношений характеризовало значительное несовершенство, отсутствовала защита прав пациентов и медицинских работников, существовал перекос в подготовке квалифицированных кадров в ущерб материально-техническому оснащению.

Перечисленные выше проблемы здравоохранения, а также острая нехватка финансовых средств определяли острую необходимость реформировать отрасль. Реформируя систему здравоохранения, Россия пошла по пути сохранения государственного сектора, развития частной медицины и введения медицинского страхования.

Настоятельные задачи заключались в том, чтобы перенацелить государственные инвестиции с расширения сети лечебно-профилактических учреждений на ее техническое переоснащение, отдавая приоритет амбулаторно-поликлиническому звену; сформировать прозрачный и относительно простой механизм государственного финансирования общедоступной медицинской помощи, стимулируя выбор, при прочих равных условиях, наиболее экономичных вариантов; переориентировать лучшие ведомственные учреждения на рынок, одинаково открытый для всех платежеспособных потребителей. Своевременная реализация такого рода мер позволила бы существенно повысить эффективность использования ресурсов в сфере здравоохранения и реально противостоять тому воздействию, которое оказало на него общее ухудшение экономической ситуации в 90-е годы.

Россия унаследовала привычку гарантировать всестороннее социальное обеспечение своим гражданам. Однако нигде не было сказано, что входит в набор гарантированных услуг. Впервые государство пересмотрело свои обязательства по предоставлению медицинской помощи в 1998 г. В это время была принята Программа государственных гарантий обеспечения граждан России бесплатной медицинской помощью. Программа приводила в соответствие объем медицинских услуг и их финансовое обеспечение. Она определяла, сколько требуется денег, чтобы обеспечить население бесплатной медицинской помощью, из каких источников их получать и как распределять. Первые расчеты были основаны на предположении, что доля стационарной помощи сократиться в пользу амбулаторной. Попытки уравновесить средства здравоохранения и затраты на медицинское обслуживание по программе государственных гарантий не привели к заметным результатам, так как остался незыблемым сам принцип бесплатного медицинского обслуживания.

Ситуация, при которой государство предоставило гарантии, но не обеспечивает их должным финансированием возникла отчасти от того, что государство не может сократить социальные гарантии и ввести частную медицину, а отчасти из-за слабости влиятельных групп в здравоохранении.

Известно, что в результате реформ предполагалось сэкономить средства, чтобы обеспечить минимальные потребности населения, но этого не произошло. Страховое финансирование не повлекло обоснованного распределения средств, а все попытки рационализировать медицинское обслуживание принимаются без тщательной подготовки. Равенству медицинского обслуживания угрожают заметные различия в экономическом положении субъектов РФ. Значение же частных средств в финансировании здравоохранения возрастает, что в условиях оплаты медицинского нарушает равенство медицинского обслуживания.

Финансовые ресурсы укрепляются за счет новых источников. Помимо бюджетных средств используются средства, аккумулируемые в государственных финансово-кредитных учреждениях - фондах обязательного медицинского страхования, а также в рыночных структурах - страховых компаниях. Модель, сформировавшаяся в России может быть названа переходной бюджетно-страховой моделью.

Задача введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС), основанной на взносах из фонда оплаты труда, в свое время рассматривалась как одна из решающих задач. Введение системы ОМС в России, как и в других постсоциалистических странах обусловлено стремлением расширить источники финансирования здравоохранения, получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств. От страховой системы также ожидалось, что она позволит создать институциональные условия для повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Предполагалось, что обязательное медицинское страхование позволит покончить с нехваткой средств, будет способствовать их рациональному использованию и преодолению неравенства в доступе к медицинской помощи.

ОМС становилось источником неоспоримых преимуществ – доходы от него шли исключительно на здравоохранение. Таким образом здравоохранение, сохранив прежние источники доходов, получило новые. Создаются федеральный и территориальные фонды ОМС. От нововведений ожидали многого, прежде всего избавления финансирования от остаточного принципа. Успехи реформ связаны с четким определением обязанностей всех участников процесса, внедрены договорные отношения.

С появлением новой системы финансирования стала очевидной роль новых навыков работы с информацией, развиваются электронные системы, содержащие сведения о больных, медицинских учреждениях, страховых компаниях, медицинских услугах и нормативах. Врачи научились считать затраты на лечение. Зарождаются методы внешнего контроля качества. Медицинское страхование становится надежным, а порой и растущим источником средств. Скорее всего, без страхования в результате заметного сокращения бюджетных средств финансирование здравоохранения существенно сократилось бы.

Тем не менее реформы, осуществляемые в соответствии с законом об ОМС породили ряд трудностей. Препятствия реформам связаны с:

частичной подменой бюджетного финансирования страховым, что уберегло здравоохранение от больших потерь;

неполным и отрывочным финансированием;

несовершенством двойного финансирования – бюджетного и страхового;

отсутствием конкуренции и избирательностью договоров;

недостатками децентрализации, отсутствием взаимодействия регионов и областей в медицинском обслуживании;

неспособностью изменить интересы медицинских учреждений;

ограничением свободы выбора потребителя;

недостатками нормирования.

Переходная бюджетно-страховая модель, как оказалось, не способствует реструктуризации, поддерживает существующую сеть лечебно-профилактических учреждений. Сама же система ОМС не может четко работать из-за отсутствия необходимых правил осуществления страховых платежей за неработающее население из местных и региональных бюджетов, что обусловливает несбалансированность базовой программы ОМС с финансовыми ресурсами, накапливаемыми в системе ОМС.

Поскольку средств недостаточно для полноценного финансового обеспечения медицинской помощи застрахованных, возникают множество эклектичных и неэффективных региональных бюджетно-страховых моделей финансирования здравоохранения. Не отрегулировано финансирование лечебных учреждений за предоставление населению медицинской помощи, предусмотренное базовой программой ОМС. Там по-прежнему используются бюджетные средства, которые выделяются безотносительно объема и качества оказываемых услуг, - на содержание лечебного учреждения.

К тому же, имеющаяся нормативно-правовая база не стимулирует развитие конкуренции между страховщиками и не ориентирует их на рост эффективности использования страховых средств и ресурсного потенциала системы здравоохранения.

В итоге проводимые мероприятия не оказали существенного воздействия на основные тенденции развития здравоохранения. Более того, реформирование российского здравоохранения привело к противоречивым результатам. Государственные гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи оказались несбалансированными. Работа рыночных институтов в общественном финансировании здравоохранения оказалась неэффективной. Организации здравоохранения не были заинтересованы в повышении эффективности использования своего ресурсного потенциала.

Сокращение государственного финансирования здравоохранения сказалось на сокращении бесплатных медицинских услуг, уменьшилась доступность бесплатной медицинской помощи населению.

Вопреки довольно распространенным представлениям не только общий уровень ресурсного обеспечения, но и структурные характеристики российского здравоохранения крайне неудовлетворительны. В преобразованиях в здравоохранении слишком большое значение отвели введению нового метода финансирования. Вероятно, это объясняется тем, что основной причиной недостатков здесь считали недостаток средств. В итоге качеству медицинского обслуживания, улучшению здоровья, эффективности и целесообразности использования средств уделили крайне мало внимания.

Так, следует указать на нерационально большую долю стационарной помощи в общем объеме лечебно-профилактического обслуживания (в России 65–70%, в Западной Европе до 35–50%), низкую долю врачей, оказывающих первичную помощь (в России 20–25%, в Западной Европе 50–60%), избыточную специализацию и недостаточную квалификацию персонала, ведущего амбулаторный прием.

Недооценивается роль намного более дешевой и эффективной амбулаторной помощи, имеющей целью профилактику, раннее обнаружение и своевременное лечение заболеваний. Существующая организационная модель не может в полной мере обеспечить возможности получения пациентами медицинской помощи в привычной для них социальной среде.

Не получают пока должного распространения и новые организационные формы медицинской помощи, которые позволили бы в значительной степени повысить эффективность всей системы ее оказания. В сфере здравоохранения в России сравнительно недавно делаются попытки комплексного осмысления процессов переструктурирования, при этом отсутствуют окончательные и точные представления об ее переустройстве, направлениях повышения эффективности, распределении ролей между государством, пациентами, врачами, лечебными учреждениями.

Сегодня можно отметить, что в ходе реформы так и не были решены следующие задачи: своевременное образование горизонтали во взаимодействии учреждений здравоохранения в результате ломки вертикали; создание конкурентной среды, как для страховых организаций, так и для лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности на основе внедрения рыночных механизмов регулирования и функционирования отрасли; повышение качества медицинской помощи на принципах стандартизации и оптимизации методов диагностики и лечения; обеспечение гарантий и прав пациентов и медработников; определение величины ресурсов, позволяющих медицинским учреждениям обеспечить стандарты медицинской помощи сети, которую могут содержать органы здравоохранения; пресечение нецелевого расходования средств; преодоление затратного лекарственного обеспечения.

Реформы, делая систему здравоохранения более рациональной, должны бы были освободить средства, которые позволили бы отвечать потребностям населения. Тем не менее, показатели здоровья низки, а реформы идут должным образом. Возможно там, где интересами медицинских учреждений удается управлять, экономическая эффективность медицинской помощи возрастает. Однако делать общие положительные выводы преждевременно. В значительной мере многое обусловлено неполным исполнением закона о медицинском страховании и тем, что медицинские учреждения выполняют лишь часть возложенных на них функций. Возможности выбора у потребителя не изменились, хотя реформы намеревались их расширить. Выбор есть только у тех, кто платит, и качество медицинского обслуживания улучшилось лишь в платных учреждениях.

Эволюция системы здравоохранения, затрагивающая все элементы системы, усиливает роль управления сферой. Отрасль оказалась в условиях, когда административно-управленческие методы, тормозившие процесс ее развития, не могли быть отменены, и в то же время она в целом и ее отдельные лечебно-профилактические структуры не получали четких, теоретических разработанных новых принципов и форм управления.

Кризис отечественного здравоохранения в целом вызван как общим экономическим положением экономики страны, так и несовершенством принципов и адекватных методов управления в условиях формирующегося рынка медицинских услуг. При этом если на начальном этапе реформ ставилась задача обеспечения бесперебойного оказания услуг здравоохранения и медицинской помощи, то сегодня основные мероприятия должны быть связаны с повышением эффективности оказания услуг, сдерживанием роста расходов, поощрением конкуренции, диверсификацией источников финансирования, а также новым сочетанием усилий частного и государственного секторов в предоставлении услуг здравоохранения.

Примером активизации участия негосударственного сектора экономики в предоставлении услуг здравоохранения является реализация проекта «Здоровья» в той части, которая касается обеспечения высокотехнологичной медицинской помощью. В начале проекта бизнес сообщество не было заинтересованно в такого рода участии в связи с высокой ресурсоемкостью первого этапа реализации проекта, требующего значительных одномоментных капитальных затрат, ориентированных не на экономическую, а социальную и медицинскую эффективность. Тем не менее, сегодня появляются элементы заинтересованности прямого участия в проекте. Это позволит обеспечить повышение финансовой устойчивости медицинских организаций.

Необходимо отметить важную роль медицинской промышленности, связанную с поддержкой развития первичной медицинской помощи, профилактикой заболеваний, диспансеризацией населения и предусматривающую оснащение учреждений здравоохранения диагностическим оборудованием. Отметим, что выполнение этой роли обусловлено тем, как решается вопрос о применении национального режима, предусматривающего допуск иностранных участников к конкурсу на госпоставки наравне с российскими, если аналогичные условия установлены в отношении российских товаров при проведении конкурсов за рубежом. Такие правила до сих пор нарушаются, и к госпоставкам допускаются товары из стран, которые запрещают или существенно ограничивают доступ российских товаров к собственным государственным поставкам.

Таким образом, отечественной системе здравоохранения необходимы значительные изменения, которые позволят ей выйти из кризисного состояния и добиться повышения качества медицинской помощи. Несомненно, для осуществления преобразований в системе финансирования здравоохранения необходимы:

дальнейшая модернизация ОМС, опирающаяся прежде всего на более четкое определение состава медицинской помощи, который государство может бесплатно предоставить населению в рамках системы ОМС;

повышение доступности медицинских услуг в аспекте получения гражданами альтернативного выбора условий получения медицинской помощи, что будет способствовать получению более высокого качества медицинских услуг для людей, которые готовы тратить на это свои собственные средства;

изменение правового статуса медицинского учреждения, чтобы обеспечить последовательный переход к целевому бюджетному финансированию федеральных организаций здравоохранения и гарантировать им определенную самостоятельность в принятии хозяйственных решений;

преобразование поликлиник в консультативно-диагностические центры и системы независимых и конкурирующих между собой врачебных практик, действующих на основе договорных отношений с финансирующей стороной, стационарами и другими медицинскими организациями; совершенствование политики органов государственной власти по горизонтали и по вертикали и обеспечение ее комплексности и последовательности; создание системы комплексного планирования здравоохранения, предполагающего эволюционный характер реструктуризации системы здравоохранения и апробация всех действия в пилотных территориях;

создание центров медицинских инноваций на федеральном, межрегиональном и региональном уровнях как дополнение к строительству и оснащению здравоохранения импортной техникой новых лечебно-профилактических учреждений;

создание единой телемедицинской сети центров высокотехнологичной медицинской помощи, что может быть реализовано как составная часть общей задачи глобальной медицинской информатизации страны;

использование опыта управления в системах здравоохранения развитых стран, функционирующих с достаточной степенью стабильности, а также реализация экспериментальных моделей управления на территории страны с анализом соответствующих результатов; построение имитационных и оптимизационных моделей в управлении с использованием новых информационных технологий.

Тем не менее, очевидно, что такого рода меры имеют структурно-функциональный характер, дают определенное направление для маневра в конкретный период времени. В то же время остается неясным, какого рода модель будет наиболее адекватной для развития страны и каковы долгосрочные перспективы развития системы здравоохранения, которые можно рассматривать как системные изменения модели российского здравоохранения, позволяющие интегрироваться в общемировую систему здравоохранения.

**Заключение**

Жизнедеятельность систем здравоохранения высокой степени воли, в частности либеральных, что опираются в своем динамизме развития на постоянно трансформируется основу экономических закономерностей, как видно, с трудом поддается стратегии классического планирования в силу постоянной подвижности внутренних и внешних противоречий, которые являются основой жизнедеятельности и развития таких систем.

Различные понимания системы здравоохранения можно сгруппировать следующим образом:

* «все виды деятельности, главная цель которых состоит в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья»;
* меры, непосредственно направленные на обеспечение здоровья и лечение болезни, то есть система оказания медицинских услуг;
* более широкие меры, направленные на поддержание здоровья, например здоровый образ жизни, охрана окружающей среды;
* некоторые виды деятельности и  услуги, которые не имеют первоначальной целью обеспечение здоровья, но оказывают на него существенное косвенное влияние, например образование или жилье.

Чаще всего речь идет о медицинской помощи, и это не случайно, так как бы не рассматривалась система здравоохранения—более узко или более широко, оказание медицинской помощи остается - пока во всяком случае- ее основой.

Принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение

* права на охрану здоровья;
* возможности гражданам получить достойную медицинскую помощь качественно и своевременно.

**Список использованной литературы**

1. Ананьева Е. А. К вопросу о финансировании здравоохранения в условиях медицинского страхования. Экономика здравоохранения. Спец. выпуск. Екатеринбург, 2007.
2. Бабич А. М., Егоров Е. В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. Казань, - 1996. – 243 с.
3. Райзберг Б. Учебный экономический словарь.
4. Реформа управления и финансирования здравоохранения. И. М. Шейман. Москва. «Русь». Издатцентр, 2005.
5. Семенов В. Ю., Резниченко В. Ю. Что является товаром на рынке здоровья? Экономика здравоохранения. - № 5. – 1996 г.
6. Тульчинский Т, Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006.
7. Характеристика дана в работе Селезнева В. Д., Полякова И. В. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. – СПб.: Изд-во “Сударыня”, 1996. – 80 с.).
8. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты. М., Институт Экономики РАН, 2008, или на сайте www.inecon.ru.
9. Человек в мире экономики. Социальная проекция программы развития России. Под ред. А.Я. Рубинштейна. М., ИЭ, 2007.

1. Тульчинский Т, Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006. [↑](#footnote-ref-1)
2. Тульчинский Т, Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006. [↑](#footnote-ref-2)
3. Селезнева В. Д., Полякова И. В. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. – СПб.: Изд-во “Сударыня”, 1996 [↑](#footnote-ref-3)
4. Семенов В. Ю., Резниченко В. Ю. Что является товаром на рынке здоровья? Экономика здравоохранения. - № 5. – 1996 [↑](#footnote-ref-4)
5. Тульчинский Т, Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006 [↑](#footnote-ref-5)
6. Тульчинский Т, Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006 [↑](#footnote-ref-6)
7. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты. М., Институт Экономики РАН, 2008, или на сайте www.inecon.ru. [↑](#footnote-ref-7)
8. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты. М., Институт Экономики РАН, 2008, или на сайте www.inecon.ru. [↑](#footnote-ref-8)
9. Реформа управления и финансирования здравоохранения. И. М. Шейман. Москва. «Русь». Издатцентр, 2005. [↑](#footnote-ref-9)
10. Реформа управления и финансирования здравоохранения. И. М. Шейман. Москва. «Русь». Издатцентр, 2005. [↑](#footnote-ref-10)
11. Реформа управления и финансирования здравоохранения. И. М. Шейман. Москва. «Русь». Издатцентр, 2005. [↑](#footnote-ref-11)