

УДК 316.4
Ю-91

Юсуфов Михаил Михайлович

аспирант Краснодарского университета МВД России
тел.: (918) 419-15-07

Институциональные аспекты функционирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой

Аннотация:

Статья посвящена анализу аспектов функционирования здравоохранения в развитых государствах. В ней уделяется внимание влиянию рыночных отношений на эффективность здравоохранения. Достоинством статьи является попытка автора осмыслить данную проблему с социологических позиций.

Ключевые слова: здравоохранения, медицина, социальный институт, рыночные отношения, охрана здоровья населения.

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг, возможность их взаимодействия. По своему содержанию они включают широкий набор различных элементов. Сфера охвата рыночными отношениями тех или иных сторон жизнедеятельности общества не является постоянной величиной. Рыночный механизм – это процесс, посредством которого продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество производимых благ, тем самым спрос, предложение и цена являются главными его элементами.

Ключевым понятием, выражающим сущность рыночных отношений, является понятие «конкуренция». В общем случае конкуренцию можно определить как тип взаимоотношений между производителями по поводу установления цен и объемов предложения товаров и услуг, а также между потребителями по поводу формирования цен и объема спроса на рынке. С позиции структурной организации рынка определяющее значение имеет число производителей (продавцов) и количество потребителей (покупателей), участвующих в процессе обмена.

Так, рынок совершенной конкуренции предполагает наличие большого числа самостоятельных производителей некоторого однородного товара, с одной стороны, и массы обособленных потребителей данного товара – с другой [1, с. 38].

Анализируя с этих позиций сферу здравоохранения во многих развитых странах, следует отметить наличие таких ограничений, выступающих в самых различных формах. Так, важную роль в искусственном сдерживании предложения медицинских услуг в США играет Американская медицинская ассоциация, объединяющая около половины всех частнопрактикующих врачей. Ею ограничиваются набор на медицинские факультеты, увеличивается плата за обучение, контролируется приток врачей-эмигрантов и их доступ к занятиям медицинской практикой. Без ведома ассоциации не могут быть одобрены сколько-нибудь значительные инициативы, касающиеся медицинского обслуживания.

Необходимо отметить наличие дополнительных искусственных барьеров для производителей медицинских услуг при их выходе на рынок: частые аттестации, необходимость получения новой лицензии при переезде врача из штата в штат и т.п. Это связано с тем, что в чисто экономическом плане для уже сформировавшегося специалиста существует относительная легкость выхода на рынок медицинских услуг и ухода с него, так как оказание многих видов медицинской помощи не связано с крупными первоначальными затратами, значительным стартовым капиталом (в отличие от деятельности в промышленности или торговле и большинстве других сфер) [2, с. 19]. С другой стороны, динамический спрос, появление новых

потребностей и «ниш» на рынке медицинских услуг и сопутствующих товаров активно привлекают в эту сферу новых специалистов и псевдоспециалистов. Поэтому вполне понятно стремление уже устоявшегося контингента производителей всеми возможными, и не только экономическими, средствами минимизировать вероятность появления на рынке потенциальных конкурентов, ограничить предложение, максимизировать цены и доходы.

Отмеченные выше ограничения конкуренции и информации означают, что рынок медицинских услуг будет существенно отличаться от рынка совершенной конкуренции. В условиях совершенной конкуренции в случаях, если фирма открывает лучший способ производства какого-либо товара, она просто снижает цены и таким образом отбирает покупателей у других производителей.

Можно схематично показать отличия рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка медицинских услуг (см.: таблицу 1).

Таблица 1 – Отличия рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка медицинских услуг

Рынок совершенной конкуренции	Рынок медицинских услуг
Большое количество продавцов.	Число продавцов ограничено, существуют ограничения входа на рынок.
Однородность товара.	Неоднородность медицинской услуги, ее индивидуальность, уникальность, близкие к естественной монополии.
Хорошая информированность. Возможность сопоставления цены товара и его качества. Производители стремятся к максимизации прибыли.	Несовершенная информация покупателей Невозможность или затруднительность сопоставления цены и качества. Наличие большого числа государственных или частных «бесприбыльных» организаций.
Реализация продукции осуществляется, как правило, напрямую.	В большинстве случаев требуется участие «третьей стороны» – компетентного посредника, который и оплачивает значительную часть медицинских услуг.

Исходя из приведенного сравнения, можно утверждать, что рынок медицинских услуг с точки зрения организационной структуры является рынком несовершенной конкуренции. При этом по своим основным характеристикам он в большей мере приближается к структурам, которые в экономической теории классифицируются как рынок монополистической конкуренции и монополия. Эти обстоятельства неизбежно накладывают свой отпечаток на поведение производителей, изменение их первоочередных целей, систему ценообразования, что также требует специфического регулирования происходящих процессов в этих рыночных структурах со стороны государства.

В связи с этим чрезвычайно важно обратить внимание на факторы, определяющие спрос и предложение медицинских услуг. Ключевую роль здесь играет цена, которая, с одной стороны, определяет спрос и предложение, а с другой стороны, в условиях свободного ее изменения балансирует их. Для того чтобы строить прогнозы относительного изменения величины спроса или предложения при изменении цены, необходимо знать количественные параметры этих изменений. Наиболее распространенной количественной характеристикой спроса является так называемая эластичность спроса. Различают три вида характеристик эластичности

спроса. Это ценовая эластичность, эластичность по доходу, перекрестная эластичность по различным товарам.

Кроме цены, на спрос и предложение оказывают воздействие и неценовые факторы. Спрос определяется количеством покупателей (населения), средним доходом отдельного человека, семьи, ценой заменяемой медицинской услуги.

Само количество пациентов будет определяться уровнем заболеваемости населения, качеством его здоровья [3, с. 112].

Предложение медицинских услуг также будет зависеть не только от цены, но и от других факторов: цена используемых ресурсов, налоги и дотации, количество производителей данных услуг. Последнее обстоятельство имеет особое значение. Не случайно американские экономисты, учитывая асимметричность информации, присущей здравоохранению, говорят о своеобразном законе. Суть этого закона: чем больше хирургов, тем больше производится операций, то есть медицинские работники уже своим присутствием порождают дополнительный спрос.

Формирование спроса и предложения на медицинские услуги, а также ценообразование находятся в определенной зависимости от многих факторов. При этом охрана здоровья населения зависит не только от эффективного функционирования рынка медицинских услуг, но и от целого ряда других рынков, тесно связанных между собой. Если рассматривать только функционирование медицинских учреждений, то они, прежде всего, выступают на двух основных рынках: рынке ресурсов и рынке медицинских услуг.

В настоящее время за рубежом существуют различные системы охраны здоровья населения. Все страны выделяют на здравоохранение определенный процент от валового национального продукта. Так, в США расходы на здравоохранение составляют около 14 % ВВП, в Великобритании 6 %, в странах Европейского союза в среднем 8 %. Следует подчеркнуть, что в экономически развитых странах предусматривается значительное финансирование здравоохранения, которое ежегодно растет. В странах Центральной и Восточной Европы, а также в развивающихся странах, напротив, финансирование здравоохранения недостаточно [4, с. 76].

С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить три основные системы здравоохранения экономически развитых стран: государственную, страховую и частнопредпринимательскую.

Государственная система здравоохранения финансируется преимущественно (до 90 %) из бюджетных источников. Действует в Великобритании, Дании, Ирландии.

Страховая система здравоохранения финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии, Италии, Франции, Швеции и Японии.

Частнопредпринимательская система финансируется главным образом за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах.

Ни одна из вышеназванных систем организации здравоохранения не является идеальной, и ни одна не существует в чистом виде. Финансовое обеспечение систем здравоохранения в развитых странах осуществляется из различных источников: государственного бюджета, средств предприятий, и взносов частных лиц. Существуют лишь отличия в их структуре. Поэтому правильнее говорить о преимущественно государственной, преимущественно страховой и преимущественно частной системах здравоохранения. В данной статье уделим приоритетное внимание государственной системе здравоохранения.

Таблица 2 – Финансовое обеспечение систем здравоохранения в развитых странах

Страна	Субсидии государства	Взносы предпринимателей	Страховые взносы граждан	Прямые доплаты граждан
Бельгия	27	50	2	21
Германия	14,2	72,5	6,4	6,9
Франция	1,8	73	3,7	21,5
Великобритания	78	10	3,8	8,2
Италия	36,2	45,5	3,3	15,
Швеция	71	18,4	2	8,6
США	41,8	1,2	30,8	26,2

Государственная система здравоохранения обеспечивает равенство граждан в получении медицинской помощи. При такой системе большая часть медицинских учреждений принадлежит государству. Управление здравоохранением осуществляют центральные и местные органы. За счет государства ведется строительство медицинских учреждений – больниц, поликлиник и д.р., приобретается медицинское оборудование. Государство обеспечивает подготовку кадров – врачей, медицинских сестер, планирует развитие сети лечебно-профилактических учреждений в стране. Государство финансирует текущее содержание медицинских учреждений, развитие медицинской науки, проведение профилактических мероприятий; обеспечивает бесплатную медицинскую помощь населению.

Государственная (бюджетная) система финансируется из общих налоговых поступлений в государственный бюджет. Все средства формируются в центральном бюджете и распределяются сверху вниз по управленческой вертикали. Такое централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения. Кроме того, бюджетные ограничители заставляют медиков экономить, ограничивают масштабы использования дорогостоящей и не всегда нужной техники, снижают вероятность злоупотреблений, значительно реже встречаются случаи навязывания пациентом ненужных процедур, манипуляций, лекарств с целью получения дополнительного дохода.

Однако, поскольку финансирование здравоохранения является одной из статей государственного бюджета, оно зависит от других статей и, более того, конкурирует с ними. Правительство не всегда располагает возможностью расширения фондов здравоохранения. И если выделяемых сумм недостаточно для удовлетворения потребностей, то возможности привлечения дополнительных средств весьма ограничены.

Из-за недостатка ресурсов страны с бюджетным финансированием здравоохранения намного уступают в технической оснащенности медицины государствам с таким же уровнем социально-экономического развития, но с другим финансированием (страховым или частным). Не хватает современного оборудования, новейших медицинских учреждений с современными технологиями; пациенты зачастую вынуждены ждать очереди на госпитализацию; существует значительный разрыв между первичной медицинской помощью, общей практикой, госпиталями, местными службами здравоохранения. Кроме того, государственное здравоохранение неподотчетно населению: налогоплательщики не располагают информацией о том, на что и сколько расходуется средств, отсутствуют четкие критерии качества медицинской помощи. Система здравоохранения оценивает себя сама, а публикуемые сведения в основном нацелены на пропаганду достижений. Общественность не имеет механизмов воздействия на систему здравоохранения. Для того чтобы устранить или смягчить эти недостатки, в странах с государственной системой здравоохранения проводятся реформы по внедрению экономических методов управления, прежде всего медицинского страхования.

Ссылки:

1. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. М., 2006.
2. Минаева В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2006.
3. Кучеренко В.З. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении. М., 2000.
4. Семенов В.Ю. Указ. соч.