

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Рассматриваются проблемы формирования и изучения современной российской модели здравоохранения. Проводится сравнение российской модели здравоохранения и здравоохранения в других странах, также рассматриваются итоги реформы здравоохранения в России. Кроме того, с точки зрения категорий экономики общественного сектора, проведен экономический анализ современного состояния здравоохранения в России.

Ключевые слова: здравоохранение; медицинские услуги; общественное благо; социально значимое благо; реформа здравоохранения.

Сегодня весь цивилизованный мир пытается в той или иной степени оптимально сочетать неолиберальную концепцию свободного рынка с принципами социального государства. Главная, базовая особенность последнего – это его способность различными методами и инструментами обеспечивать гражданам широкий спектр социальных защит и гарантий, позволяющих не только работающим, но и временно нетрудоспособным, а также инвалидам, безработным, пенсионерам и другим социальным группам поддерживать достойный уровень жизни с доходами не ниже прожиточного минимума.

Современные достижения социального государства в развитых странах не являются результатом простой эволюции рыночной системы. В каждом отдельном случае социальные функции государства развиваются на почве политической борьбы и столкновения экономических и политических интересов различных социальных слоев, властных структур и бизнес-групп. Сегодня говорят о том, что в каждом демократическом государстве существует свой конкретно-исторический вариант политической демократии.

Модель функционирования здравоохранения также формируется в специфических национальных условиях, но на примере формирования этой модели очень хорошо видна та специфика товаров и услуг общественного сектора экономики, которая не позволяет государству целиком и полностью перестать быть игроком на рынках предоставления общественных благ.

Здравоохранение в своем идеальном варианте неконкурентно (при немаловажном и на практике не осуществимом условии исключения разного качества медицинских услуг в зависимости от разного социально-экономического положения потребителя), т.е. любой потребитель может получить требуемый набор услуг в любой момент времени. Сложнее обстоит дело с определением места здравоохранения в системе выбора потребления. С одной стороны существует полностью государственная система оказания первой медицинской помощи, которая работает фактически как благо, предоставляемое без выбора потребителя, совсем по-другому выглядит предоставление амбулаторных, плановых, диагностических, санаторно-курортных и прочих услуг, потребление которых находится в поле выбора потребителя. Этот сектор здравоохранения занимает промежуточное положение между рыночной и общественной структурой, т.к. при различных условиях может подчиняться как рыночным законам, так и законам экономики общественного сектора. Однако полный переход «околорыночного» сегмента здравоохранения в рыночный невозможен в связи с тем, что

данные услуги относятся не столько к общественным благам, сколько к социально значимым.

Понятие социально значимого блага возникает в связи с необходимостью наличия критериев вмешательства государства в рыночные сектора. В Г. Ахимов [1. С. 123–126] дает следующее определение: «Социально значимыми благами называют частные блага, потребление которых – вопрос, представляющий общественный интерес. В отношении этих благ рынок функционирует нормально и позволяет достигать оптимума по Парето, когда рассматривается совокупность индивидов $1...n$. Если потребитель совершенно «независим», т.е. если функция общественного благосостояния строго индивидуалистическая ($W=W(U_1, U_2, \dots, U_n)$), то для данного распределения ресурсов рыночное равновесие соответствует максимуму общественного благосостояния». Фактически индивиды не могут сами судить о своем подлинном «благосостоянии». В более узком смысле существует некий набор неопределенностей для потребителя, и связанные с этим проблемы, который самостоятельно потребитель решить не может. В экономике здравоохранения к таким не решаемым на частном уровне проблемам относятся:

1. Неопределенность возникновения спроса, связанная с тем, что потребители медицинских услуг обычно не могут предвидеть, когда им может понадобиться лечение, соответственно потребителю трудно планировать расходы на здравоохранение.

2. Информационная асимметрия, типичная проблема социально значимых благ, которая в здравоохранении проявляется наиболее ярко.

3. Локальный монополизм производителей связан с территориальной связанностью производителя медицинских услуг и потребителя, а также с узкой специализацией медицинских учреждений.

4. Ограниченный доступ на рынок новых производителей.

5. Сниженный интерес к максимизации прибыли, связанный с ценностными ограничениями производителей медицинских услуг, фактически полностью уничтожает основной рыночный стимул. Во многих странах прибыль расценивается как совершенно несовместимое понятие для системы здравоохранения.

Среднестатистический потребитель (исключая статистически незначимые случаи совпадения «врач – пациент») не может самостоятельно в полной мере оценить свою потребность в медицинской услуге. Очень наглядно эта проблема отражена у С. Шишкина: «Вследствие информационной асимметрии потребитель вынужден полагаться на знания и опыт врача, к

которому он обратился, в определении необходимого ему лечения. Во взаимодействии с потребителем медицинских услуг врач играет двойственную роль: с одной стороны – посредника или агента потребителя, призванного выражать его интересы, формулировать его спрос на конкретные виды медицинских услуг, с другой – производителя этих самых услуг» [2. С. 45]. Таким образом, обычное разделение между рыночным спросом и предложением размывается, спрос потребителя оказывается производным от предложения производителя. Такая ситуация фактически показывает отношение здравоохранения к категории «доверительных благ».

Услуги врача являются доверительным благом. Риски потребления такого блага сопряжены с тем, что врач имеет возможность конструировать спрос на свои услуги в попытке увеличить совокупное материальное вознаграждение [3]. Добавим к этому невещественный характер медицинских услуг и связанную с этим проблематичность выработки критериев оценки их качества даже после потребления пациентом, высокую значимость сопроводительных аспектов получения услуги, эффект оценки качества лечения через цену (когда сама цена становится индикатором качества услуги), заниженную ценовую эластичность спроса, хотя и корректируемую пациентами в пределах бюджетных ограничений и стремления к оптимизации расходов, – и нестандартность медицинской услуги как объекта рыночного обмена станет заметной. Особое устройство рынка медицинских услуг обусловлено также тем, что экспертная власть, которой в силу своей компетенции в области медицины и принадлежности к профессиональному сообществу обладает врач, позволяет ему занимать доминирующее положение во взаимоотношениях с пациентом. Независимо от макрохарактеристик рынка медицинских услуг «врач имеет возможность вести себя как монополист по отношению к тем пациентам, которые в итоге выбрали его» [4]. Таким образом, возникают условия для ценовой дискриминации. Под ценовой дискриминацией мы понимаем корректирование врачом цены на свои услуги с поправкой на различия в характеристиках пациентов. Результаты эмпирических исследований опровергают представление об аффективной нейтральности медика и свидетельствуют о том, что не все пациенты для врача одинаковы. В ситуациях дискриминации дискриминируемый индивид мотивирован стремлением получить компенсацию за вынужденное взаимодействие с представителем социальной группы, против которой он имеет предубеждение [5. С. 201]. В условиях, когда дискриминирующий имеет возможность варьировать цены на свои услуги, проще всего получить эту компенсацию через завышение цены.

Здравоохранение – отрасль с одним из самых высоких уровней барьеров входа, здесь ограничителями выступают и наличие профессионального образования, и опыт работы врача, лицензирование, ограниченный доступ к лекарственным средствам (фактически средствам производства) и т.д.

Здравоохранение, как любая социальная система, имеет свою специфическую логику – так называемую логику цели. Знание целей системы здравоохранения позволяет предсказывать ее развитие, границы струк-

турных и технологических преобразований, предопределять изменения системы. Нами уже были определены основные проблемные точки в анализе места здравоохранения в системе социально значимых благ. Напомним, что к ним относятся неопределенность возникновения спроса, информационная асимметрия (связанная с характеристикой здравоохранения как доверительного блага), локальный монополизм производителей, ограниченный доступ на рынок новых производителей и ограничение интереса к максимизации прибыли. Кроме того, одной из важнейших проблем здравоохранения является соотношение экономической и социальной эффективности.

Возможность заболевшим получить медицинскую помощь является в современном обществе предметом социально-ценностных оценок. Широко распространено представление, что любой человек не должен оказываться в ситуации, когда он не может получить нужную медицинскую помощь лишь потому, что у него нет денег, чтобы за нее заплатить. В первую очередь это относится к первой медицинской помощи, которую мы уже классифицировали как смешанное общественное благо. Между тем, в случае сегмента частного блага, по логике управления частными благами возможна ситуация, когда именно та часть населения, которая более всего нуждается в медицинской помощи, будет не в состоянии за нее заплатить. С.В. Шишкин по этому поводу пишет: «Если объемы потребления медицинских услуг определены только уровнем платежеспособности человека, то лица с низкими доходами оказываются лишенными возможности получения первой необходимой медицинской помощи. Между тем, именно эти лица имеют наибольшую потребность в медицинской помощи» [2. С. 48]. Такая ситуация связана в первую очередь с социальным положением малоимущих слоев населения, они работают в худших условиях труда, потребляют пищу более низкого уровня, в целом находятся в среде, малоблагоприятной для состояния здоровья. Таким образом, здравоохранение, работающее в рыночной системе, не может быть социально эффективным.

Представления о том, какое именно здравоохранение является социально эффективным, естественно, отличаются по странам и социальным группам. Полное согласие существует, по видимому, лишь в том, что современное общество обязано обеспечить своему члену некий минимум медицинских услуг, необходимый для выживания и воспроизводства.

Перед здравоохранением как социально значимым благом, таким образом, встает проблема сохранения баланса между социальной и экономической эффективностью. Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых и трудовых затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения задачу не только оценки роли и эффективности этой отрасли в общественном производстве, но и требуют от науки путей достижения максимального эффекта при минимальных затратах всех видов ресурсов. В целом на уровне макроэкономики эффективность здравоохранения выражается степенью влияния и воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения; повышением производительности труда; пре-

дотворачиванием расходов на здравоохранение и расходов по социальному страхованию и социальному обеспечению; экономией затрат в отраслях производства и материальной сферы; увеличением прироста национального дохода. Однако все эти показатели являются по большей части косвенными, например определение доли отрасли здравоохранения в приросте национального дохода представляется, по крайней мере, затруднительным, а без такого определения еще большие трудности представляют собой повышение социальной и экономической эффективности здравоохранения.

В первую очередь, возникает вопрос оценки эффективности работы системы здравоохранения для нахождения некоторого баланса между социальной эффективностью предоставляемого государством блага и экономической эффективностью инвестиций в отрасль, которая занимается оказанием услуг населению. Поскольку здравоохранение является неотъемлемой частью существования любого цивилизованного общества, то вопрос о выборе модели здравоохранения является не только теоретическим, но и практическим. Каждая экономическая система, так или иначе, находит относительно оптимальный компромисс и создает функционирующую модель здравоохранения. В настоящее время все существующие системы здравоохранения можно описать с помощью трех основных экономических моделей. Однозначных, общепринятых названий у этих моделей нет, но описание их основных параметров дается специалистами, в общем-то, одинаково. Например, Н. Головнина и П. Ореховский [6] предлагают такую классификацию:

1. Платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования.

2. Государственная медицина с бюджетной системой финансирования.

3. Система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Такая же по содержанию классификация дана у А. Бабица и Е. Егорова [7], С. Шишкина [2. С. 51], прочие классификации не принципиально отличаются друг от друга.

В более широком понимании существуют две крайних модели – полностью рыночная и полностью государственная, а также их смешанные варианты. Между тем такой подход не совсем верен, т.к. в связи со специфичностью блага в любой крайней модели существуют отклонения в сторону «государственности» или «рыночности», более точным было бы определение этих моделей как направленных либо на заполнение государством провалов рынка, либо на заполнение рынком провалов государства, причем выбор между этими двумя подходами обычно основан не на административном указании, а на объективных социально-экономических условиях жизни. Фактически чем ниже уровень жизни населения, тем больше становится провалов рынка в системе здравоохранения, а значит, начинает преобладать вторая, государственная модель. Если переход от рыночной модели к государственной еще возможен принудительно в рамках социально-направленной политики (как например, в большинстве

стран Западной Европы), то переход от государственной модели к рыночной при низкой покупательной способности населения, т.е. низком уровне жизни, невозможен без существенного снижения социальной эффективности системы здравоохранения.

Российская экономическая модель здравоохранения официально относится к смешанным моделям с преобладанием государственного сектора. Такое положение связано с рядом причин – объективного и субъективного характера. К причинам объективного характера в первую очередь относится уровень жизни населения РФ, который можно охарактеризовать как низкий, сравнительно с развитыми странами. Уровень жизни определяет объем платежеспособного спроса на услуги здравоохранения. К субъективным причинам относится государственная политика, которая с начала экономических реформ все больше склоняется к усилению государственной власти. Смешанный характер системы здравоохранения определяет основные принципы финансирования. Наследственность системы, как постсоветской, национальный менталитет, общий уровень бюрократизации определяют ее особенности и узкие места сравнительно со смешанными моделями здравоохранения в других странах.

При анализе существующей системы здравоохранения сразу же видна главная «национальная» проблема – официально декларируемая «смешанность» системы на деле оказывается директивной, система финансирования практически полностью бюджетной, а внутреннее содержание модели ни по каким показателям и ни в каких сегментах не может быть охарактеризовано как рыночное. Данные выводы были сделаны на основе анализа промежуточных итогов реформы здравоохранения на базе работ Н. Головниной и П. Ореховского [6]; А. Сурина, М. Соколова и Е. Полубенцевой [8], а также других отечественных исследователей.

Наиболее очевиден этот вывод при поэтапном рассмотрении российской реформы здравоохранения 1992–2001 гг. [6]. В рамках целей нашего анализа, однако, существен не процесс реформы, а ее итоги, т.е. существующая модель системы здравоохранения, причем не только с точки зрения статичного факта, но скорее с позиции ее объективных экономических недостатков. Для того чтобы структурировать информацию о современной модели здравоохранения в России, мы предлагаем выделить следующие подсистемы [9]:

1. Финансирование.
2. Планирование.
3. Управление и контроль качества лечения и затрат.
4. Мотивация и материальное стимулирование.
5. Маркетинг, инновации, конкурентная среда.

Реформа 1992–2001 гг. практически отразилась лишь на подсистеме «финансирование», оставив без изменения все прочие подсистемы (планирование, управление и контроль качества лечения и затрат, мотивация и материальное стимулирование, маркетинг и конкурентная среда). Очевидно, что несистемность проводимых реформ и является основной причиной провала перехода от государственной к социально-страховой модели организации системы здравоохранения.

Таким образом, современная экономическая модель здравоохранения практически не отличается от ее советского аналога, соответственно и проблемы директивного управления остаются неизменными. В первую очередь – это проблема косности, негибкости системы, процессы управления складываются по иерархической вертикали чиновников, которые более всего заинтересованы в сохранении собственного финансового положения и власти.

С экономической точки зрения первопричиной проблем современного российского здравоохранения является изначально неправильная постановка задач планирования и финансирования, основанная на советских плановых методах. Даже при условии проведения в ряде регионов экспериментов по переходу на более «рыночную» структуру здравоохранения не существует

отработанных методик оценки эффективности работы здравоохранения как социально значимого блага, что не позволяет рекомендовать к внедрению те или иные результаты по изменению плановых принципов работы по охране здоровья населения.

Итак, современная российская модель здравоохранения, хотя и сформировалась в результате более чем десятилетней реформы, но фактически является прямым продолжением советской государственной, директивной модели. Эффективность такой модели существенно ниже необходимой и возможной, причем объективная оценка такой эффективности представляется затруднительной в силу того, что официально экономическая модель здравоохранения в России на современном этапе декларируется как смешанная, а по факту не использует рыночных методов управления, анализа и прогнозирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахимов Г.* Основы экономики общественного сектора. М.: МГУ, 2003. С. 123–126.
2. *Шишкин С.* Экономика социальной сферы. М.: ВШЭ, 2003.
3. *Anderson R., House D., Ormiston M.* A theory of physician behavior with supplier-induced demand // Southern Economic Journal. 1981. Vol. 48, № 1.
4. *Newhouse J.* A model of physician pricing // Southern Economic Journal. 1970. Vol. 37, № 2.
5. *Беккер Г.* Экономика дискриминации. Человеческое поведение: экономический подход. М.: ГУ-ВШЭ, 2003. С. 201.
6. *Головина Н., Ореховский П.* Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. 2005. № 6.
7. *Бабич А., Егоров Е.* Экономика и финансирование социально-культурной сферы. Казань, 2001. 243 с.
8. *Сурин А., Соколов М., Полубенцева Е.* Государственные проекты и программы // Вестник МГУ. Сер. 21. Управление (государство и общество). 2006. № 3.
9. *Котлер Ф.* Маркетинг, менеджмент. СПб.: Питер, 2000.

Статья представлена научной редакцией «Экономика» 4 июня 2009 г.