Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого

Медицинский институт

Контрольная работа по экономики здравоохранения.

Выполнила: студентка гр.6331 (з)

Кондратьева Ольга

Проверил: Лисицын В.И.

В.Новгород

2010г

**Предмет экономики здравоохранения. Задачи экономики здравоохранения**

Экономика здравоохранения – отрасль науки, которая изучает место здравоохранения в народном хозяйстве, разрабатывает методы рационального использование ресурсов для обеспечения охраны здоровья населения.

Экономика как область научных знаний возникла в весьма отдаленные времена. Автор термина «экономика» Аристотель занимался изучением экономических процессов за 2300 лет до наших дней.

На всех этапах своего развития экономика с достаточным вниманием относилась к исследованиям хозяйственных процессов, связанных с медициной. Однако выделение экономики здравоохранения, как науки состоялось лишь во второй половине XX века (50-х годах). Это было обусловлено следующими обстоятельствами:

Во-первых, именно в XX веке наряду с развитием основных сфер материального производства получила развитие и социальная сфера, включающая здравоохранение. Появилась реальная база, объект исследования - экономические отношения в здравоохранении, что обусловило формирование отдельной области конкретных экономических знаний - экономики здравоохранения.

Во-вторых, именно в то время проблемы медицины, здравоохранения стали рассматриваться с точки зрения экономической эффективности организации и деятельности различных служб охраны здоровья с целью получения желаемых результатов при наименьших материальных, финансовых, трудовых и прочих ресурсах, так как здравоохранение является ресурсоемкой отраслью хозяйства.

В-третьих, именно в середине XX века была осознана значимость экономических проблем, вытекающих из воспроизводства рабочей силы, и взаимосвязи здравоохранения с другими отраслями экономики. Следовательно, инвестиции в развитие человеческого фактора, в программы, связанные с охраной и укреплением здоровья населения экономически оправданы и, в конечном счете, приносят «доход» обществу в целом.

Все выше изложенное предопределило формирование новой научной дисциплины «экономики здравоохранения», необходимость подготовки специалистов в этой области.

В настоящее время делаются серьезные шаги в развитии экономики здравоохранения, как самостоятельной науки. Этому способствует появление и развитие рыночных отношений, процессов коммерциализации здравоохранения, проявляющихся, в частности, в росте объемов платных услуг населению. Кроме того, развивается система медицинского страхования. Это все обуславливает фактическое изменение экономического положения медицинского учреждения, приобретающего черты «услугопроизводящего» предприятия. Изменение статуса медицинского учреждения ведет к изменению характера всех экономических связей и отношений, которые устанавливаются в процессе практической деятельности медицинских учреждений, вынужденными все в большей степени действовать на коммерческой основе, с учетом принципов самоокупаемости.

Кроме того, условием и одновременно следствием развития рыночных отношений является появление многоукладности в здравоохранении, когда реальным стало функционирование медицинских учреждений с различной формой собственности.

Одним из последствий осуществления медицинской деятельности в разнообразных хозяйственных формах является изменение экономического положения работников здравоохранения и, прежде всего, практических врачей. От количества и качества их труда зависит экономический результат деятельности ЛПУ в целом, а также уровень их материального вознаграждения. Исследованием всех указанных процессов в современном здравоохранении и занимается экономика здравоохранения.

**Предмет экономики здравоохранения**

Прежде чем сформулировать предмет экономики здравоохранения необходимо отметить, что при анализе экономических проблем здравоохранения важно рассматривать его, с одной стороны, как область человеческой деятельности, а с другой - как отрасль хозяйства.

В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, могут быть выделены профессиональная и экономическая стороны. Профессиональная - составляет содержательный аспект медицинской деятельности. Экономическая же сторона предполагает хозяйственные формы, в рамках которых совершается данная профессиональная деятельность. Действительно, ни один вид профессиональной деятельности не осуществляется в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы. Указанные стороны деятельности существуют в неразрывной связи при любых условиях, в любом обществе.

От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профессиональной деятельности медицинских работников, решение многих проблем, существующих в настоящее время в этой отрасли хозяйства.

Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы медицинской профессиональной деятельности, что в современных условиях имеет существенную научно-практическую значимость.

Следовательно, экономику здравоохранения можно определить, как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности области медицины.

Предметом экономики здравоохранения являются экономические отношения, объективно складывающиеся и возникающие между людьми в процессе оказания медицинских услуг, т.е. медицинской профессиональной деятельности.

Данные отношения делятся на две крупные группы. Первая группа носит название *организационно-экономических* отношений. Их характер определяется технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражает те общие черты, которые имеет вся совокупность медицинских учреждений данного типа (все стационары, все поликлиники, все диагностические центры и т.д.). Примером организационно-экономических отношений может служить система финансирования ЛПУ (включающая принцип определения тарифов на медицинские услуги, порядок взаиморасчетов и т.д.).

Другая группа отношений носит название *социально-экономических* отношения. Их анализ дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности медицинских учреждений, которые функционируют в различных условиях (государственные, частные, кооперативные, акционерные и др.). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно отличаются в этих учреждениях при равном объеме количества и качества оказываемых медицинских услуг.

Обе эти группы отношений тесно взаимосвязаны. Их изучение позволяет, например, выбрать оптимальную хозяйственно-правовую модель предпринимательской деятельности в здравоохранении на определенном этапе его развития.

В зависимости от того, на каком уровне внутри системы здравоохранения или вне ее рассматриваются экономические отношения, они могут быть разделены на макро-, микро- и миди-экономические.

На макроэкономическом уровне отношения складываются в рамках национальной экономики в целом и, прежде всего, в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением, а таких отраслей насчитывается около тридцати. Таким образом, макроэкономика рассматривает взаимодействие системы здравоохранения с государством и обществом в целом и с другими отраслями народного хозяйства.

Микроэкономический уровень охватывает деятельность каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения, предприятия, его звеньев и структур.

На миди-экономическом уровне исследуются хозяйственные связи внутри системы здравоохранения, как отрасли экономики, состоящей из целого ряда подотраслей, производств и специализаций, связанных решением одной функциональной задачи - охраны и укрепления здоровья населения.

**Цель, задачи экономики здравоохранения в современных условиях**

а). Общая цель экономики и организации системы здравоохранения – изучение экономических и организационных отношений, которые объективно возникают между людьми в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности.

б). Предмет экономики здравоохранения – разработка методов рационального использование ресурсов для достижения цели в охране здоровья населения.

в). Обозначенные отношения формируются в двух плоскостях: организационно-экономические и социально-экономические.

– Организационно-экономические отношения. Их характер определяется технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражает те общие черты, которые присущи всей совокупности медицинских учреждений данного типа (стационары, поликлиники, диагностические центры и др.).

– Социально-экономические отношения. При помощи их анализа проявляются специфические, своеобразные черты хозяйственной деятельности медицинских учреждений, которые функционируют в разных условиях (государственные, частные, кооперативные, акционерные и др.).

**Место экономики здравоохранения в современной структуре экономической науки**

1). Объект исследование экономики здравоохранения.

Определение: Объектом исследование экономики здравоохранения выступает экономическая практика системы здравоохранения и медицинской деятельности, которая осуществляется в определенных организационно-хозяйственных формах. При этом следует отметить, что:

а). В экономической теории экономика здравоохранения заимствует терминологию.

б). Прикладные экономические науки используются в основном для экономических исследований здравоохранения на микроуровне, а специальные – для исследований на макроуровне.

в). У гуманитарных наук, прежде всего у философии, экономика здравоохранения перенимает определенную методологию, идеологию, мировоззрение.

2). Экономика здравоохранения как самостоятельная отрасль научного знания.

а). Историческая справка:

Выделение экономики здравоохранения в отдельную область научного знания произошло только во второй половине ХХ столетия. Это произошло под влиянием ряда факторов. Самыми важными из них считаются:

- Двадцатый век – это век небывалого ранее увеличения объема и социально-экономической значимости сферы услуг. Именно в этот период медицина сформировалась в крупную отрасль народного хозяйства. Возрастает объект исследования и, как следствие, возрастает научный интерес к нему.

- Охрана здоровья одновременно заявляет о себе как чрезвычайно ресурсоемкая отрасль, которая способная использовать разнообразные материальные, финансовые, трудовые и другие ресурсы.

- В ХХ веке охрана здоровья стала рассматриваться как выгодная, экономически целесообразная отрасль вложения инвестиционных средств.

б). Основною особенностью сферы здравоохранения как отрасли народного хозяйства заключается в том, что она способствует сохранению и укреплению физического и психического здоровья каждого человека, каждого субъекта хозяйствования, поддержки их активности, предоставления медицинской помощи. Для достижения и удержания позиций на мировом ринку в сферу здравоохранения направлено совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического характера.

**Экономика и управление охраной здоровья как отрасль общественного здоровья и здравоохранения**

1). Предпосылки возникновения экономики здравоохранения как новой научной дисциплины:

– Возрастание спроса на медицинские услуги и формирование на этой основе системы здравоохранения как крупнейшей отрасли народного хозяйства;

– Необходимость рационального планирования и эффективного использования материальных, трудовых и финансовых средств здравоохранения как ресурсоемкой отрасли народного хозяйства;

– Роль здравоохранения в системе общественного производства как ресурсосохраняющей отрасли;

– Возрастание экономического эффекта и экономической значимости системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения.

2). Объект исследование экономики здравоохранения – экономические отношения в сфере здравоохранения, а именно, отношения производства, распределения, обмена и потребления медицинских благ и услуг.

3). Основные задания экономики здравоохранения:

– Определение роли и места здравоохранения в системе общественного производства;

– Расчеты объемов экономических ресурсов здравоохранения и их эффективное использование;

– Изучение тенденций в изменении структуры здравоохранения и их связи с общественным производством;

– Расчет и оценка экономической эффективности лечебно-диагностической и профилактической работы учреждений здравоохранения;

– Оценка экономической эффективности новых организационных форм обеспечения медицинской помощи населению (стационарозаменяемые технологии, диагностические центры и др.);

– Экономическое обоснование новых организационных форм медицинской деятельности;

– Разработка и оценка эффективных форм оплати труда медицинских работников;

– Расчеты нормативов деятельности специалистов, включая определение оптимального соотношения медицинских работников (врач и средний медицинский работник, врач и работники немедицинских специальностей);

– Подготовка врачей у отрасли экономики и формирования системы подготовки экономистов в сфере здравоохранения.

4). Методы экономики здравоохранения.

а). Экономика здравоохранения, як отрасль общественного здоровья и здравоохранения, использует все методы этой дисциплины. В частности важнейшие из них: статистический, балансовый, экспериментальный.

– Статистический метод разрешает оценить количественную и качественную связь между медико-диагностическими и профилактическими процессами.

– Балансовый метод обеспечивает оптимальное соотношение между лечебными, диагностическими и реабилитационными процессами.

– Экспериментальный метод разрешает выработать наиболее эффективные меры по улучшению качества здоровья населения и хозяйствования органов и учреждений здравоохранения.

б). Экономика здравоохранения тесно связана с экономикой страны в целом. Существует тесная взаимосвязь здравоохранения со всеми отраслями народного хозяйства. Эта взаимосвязь прежде всего касается:

– влияния здоровья населения и здравоохранения на развитие народного хозяйства в целом и отдельных его отраслей;

– влияние экономики отдельных отраслей на здоровье населения.

Это означает, что экономика здравоохранения – отраслевая наука, которая изучает взаимодействие здравоохранения с экономикой народного хозяйства, формирования, распределения и использования в охране здоровья материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

в). Охрана здоровья имеет влияние на развитие экономики народного хозяйства посредством сбережения здоровья населения (снижение смертности, особенно в трудоспособном возрасте, смертности детей, заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни).

5). Важнейшие направления развития экономики здравоохранения:

– Определение видов, объемов медицинских услуг и их организационно-правовое обеспечение;

– Экономическая оценка эффективности использования ресурсов здравоохранения;

– Финансовое обеспечение деятельности лечебно-профилактических учреждений с их экономическим обоснованием;

– Экономическая оценка профессиональной деятельности работников здравоохранения;

– Наработка и использование экономических методов хозяйствования с учетом особенностей здравоохранения;

– Разработка системы менеджмента и маркетингу, включая отработку действенных форм пропагандирование новых методов лечебно-профилактической деятельности.

**Воздействие рынка на изменение экономических процессов в здравоохранении**

Развитие рыночных отношений в целом не могло не сказаться на развитии экономических процессов в здравоохранении. Наблюдается коммерциализация дела охраны здоровья населения. Хотя государство, согласно Конституции, является гарантом обеспечения права граждан на охрану здоровья, однако, в настоящих условиях экономической нестабильности проблема получения качественной медицинской помощи все в большей степени становится частной проблемой граждан.

Государство не только реально не обеспечивает полностью всю систему здравоохранения, но и отказывается от стопроцентного финансирования той ее части, которая продолжает входить в государственный сектор. Отсюда и неизбежный перевод здравоохранения на коммерческие рельсы.

Одним из проявлений коммерциализации является возрастающее увеличение объема платных медицинских услуг. Прямая оплата предполагает непосредственный расчет пациентов с производителем услуг, как это имеет место в частной медицине. В системе страховой медицины плательщиками могут быть и пациенты, и предприятия, и государство.

В условиях рыночных отношений происходит также изменение статуса медицинского учреждения в направлении его сближения с предприятием: на медицинское учреждение распространяется вся совокупность экономических прав, обязанностей и ответственности, присущих ранее предприятию.

Само экономическое содержание хозяйственной деятельности медицинских учреждений в условиях рыночных отношений ставит его в разряд самостоятельных хозяйствующих субъектов, специализированных на медицинских услугах. Следствием изменения статуса медицинских учреждений является изменение характера экономических связей медицинских учреждений.

Здравоохранение, как сложная система, включающая ряд подсистем, имеет многообразные по содержанию, взаимному расположению, иерархии экономические связи. Их можно объединить в несколько групп.

Прежде всего, это связь по линии: медицинское учреждение - государство. В современных условиях медицинские учреждения не всегда являются субъектами государственной собственности, государство не в полной мере финансирует медицинские

учреждения, которые остаются в его собственности. Медицинское учреждение интересует государство как налогоплательщик.

В условиях рынка развиваются связи по линии: медицинское учреждение - партнеры. Партнерами являются поставщики различных материальных условий деятельности в здравоохранении: лекарственных препаратов, медицинского оборудования, и др. В настоящее время медицинским учреждениям самим приходится искать партнеров, которые согласятся осуществить необходимые поставки по ценам, приемлимым для обеих сторон. Особую группу партнеров составляют финансово-кредитные учреждения, а также учебные заведения, готовящие кадры.

Связь по линии медицинские учреждения - аналогичные им учреждения предполагает как совместные решения однотипных проблем в производстве медицинских услуг, так и конкурентную борьбу.

Большое значение приобретает в последнее время развитие связи по линии: медицинское учреждение - потребитель медицинских услуг. Если раньше пациент рассматривался как «клинический случай», то теперь он - потенциальный источник прибыли ЛПУ со всеми вытекающими отсюда возможными последствиями в области дифференциации пациентов. При этом пациент думает не только о своей болезни но и о затратах на лечение.

Нельзя обойти вниманием и дальнейшее развитие и изменения внутрихозяйственных связей внутри медицинских учреждений: между руководством и персоналом, коллективами различных составных звеньев ЛПУ.

Наконец, воздействие рынка сказывается на появлении многообразных форм собственности, а, следовательно и видов хозяйствования в здравоохранении: от частных клиник до акционерных форм. Множество разнообразных производителей медицинских услуг образуют конкурентную среду, без которой рынок не может существовать. Результатом осуществления экономической деятельности в разнообразных формах, является изменение экономического положения самих работников здравоохранения, в частности их дифференциация по стажу, уровню дохода: от безработного до кооператора, акционера и даже владельца, собственника медицинского учреждения, использующего труд наемного персонала.

**Механизм рыночных отношений в здравоохранении**

Механизм рынка услуг здравоохранения функционирует благодаря взаимодействию трех составляющих: спрос, предложение и цена.

Каково же их экономическое содержание?

Спрос - это количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период по определенной цене. Иными словами спрос выступает как платежеспособная потребность в медицинских услугах. Спрос изменяется под влиянием цены. При снижении цены на услуги пациент желает приобрести больше услуг - спрос увеличивается. Услуга дешевеет относительно других услуг и приобретать ее становится относительно выгодно.

Таким образом, при прочих равных условиях спрос на услуги изменяется в обратной зависимости от цены.

Однако на спрос оказывают влияние и другие факторы:

1. Уровень доходов населения (чем выше доход, тем больше возможностей получать медицинские услуги).

Демографическая ситуация (численность населения - количество потенциальных пациентов, изменения в структуре населения, например, постарение населения увеличивает спрос на медицинское обслуживание и лекарства).

«Форсирование спроса» на медицинские услуги со стороны врачей (их диагнозы и рекомендации способны изменять спрос).

Изменение «вкусов» пациентов (мода на определенные пластические операции увеличила спрос на этот вид медицинских услуг).

На каждом определенном этапе развития общества возникают и другие факторы, влияющие на спрос.

Предложение - это количество медицинских услуг, которое врачи могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, изменяется в прямой зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители предлагают пациентам большее количество услуг, и большее количество производителей согласны оказывать данные услуги, при падении цены соответственно уменьшается количество производителей, представленных на этом рынке и уменьшается количество оказываемых услуг.

На предложение медицинских услуг оказывают влияние и такие факторы, как:

1. Совершенствование медицинского оборудования и техники (ввод более совершенного оборудования снижает издержки, что ведет к оказанию большего количества услуг);

2. Появление на рынке новых медицинских услуг, оказываемых конкурентами, также увеличивает их предложение;"

3. Количество медицинских работников - чем их больше, тем больше предложение медицинских услуг;

4. Повышения ставок налогов ведут к снижению предложе¬ния и т.д.

Цена - это денежное выражение стоимости услуг. Она фор¬мируется под воздействием спроса и предложения, т.е. в ре¬зультате взаимодействия пациента и производителя. Если вопрос о цене решен, то услуга может быть оказана. В основе этой рыночной операции лежит получение прибыли.

**Механизм действия рыночных отношений предполагает режим свободной конкуренции**

Это значит, что на рынке множество потребителей услуг. При этом потребитель располагает определенным объемом совокупного денежного дохода, предназначенного для оплаты полученных медицинских услуг. Пациенты, желающие получить медицинские услуги, предлагают за них такие цены, которые соотносятся с их доходом. Это, так называемая, цена спроса. Цена спроса это та максимальная цена, по которой пациент согласен получить данную услугу. Выше цены спроса рыночная цена подниматься не может, т.к. у пациентов нет больше денег для оплаты услуги.

Производителем руководит в условиях рынка желание оказывать услуги по наиболее высоким ценам. В результате образуется цена предложения. Цена предложения - это та минимальная цена, по которой производители еще готовы оказывать данную услугу пациентам. Рыночная цена не должна опускаться ниже цены предложения, потому что тогда предпринимательская деятельность окажется неэффективной. Цена предложения на медицинские услуги должна окупать затраты на их оказание и приносить прибыль. В результате пересечения интересов потребителей и производителей формируется точка рыночного равновесия. Цена в этой точке устраивает наибольшее количество производителей и потребителей медицинской услуги и, поэтому, она получила название «равновесная цена».

Особенностью равновесной цены является ее эластичность: если под влиянием некоторых факторов произойдет повышение спроса при неизменном предложении, или снижение предложения при неизменном спросе, то цена возрастет; если при неизменном предложении произойдет снижение спроса, или возрастет предложение при неизменном спросе, то цена снизится. В результате достигается оптимальный объем производства, соответствующий возможностям потребления.

Потребности в медицинских услугах характеризуются неустойчивостью и изменчивостью. Предположим, что на рынке услуг здравоохранения увеличился спрос. Точка рыночного равновесия переместится. Экономический смысл этого перемещения выражается в том, что у пациентов возросла необходимость в получении данной услуги, они согласны больше платить за нее. Как реагирует на это рынок? Первая реакция рыночного механизма - это рост цен, увеличение доходов тех медицинских учреждений, которые предоставляют услуги данного типа. Вторая реакция стремление предпринимателей вложить свои деньги в прибыльное дело, что естественно, увеличивает объем предложения данных услуг. Обостряется конкуренция. Преуспевает лишь тот, кто быстрее увеличит объем данных услуг при одновременном снижении затрат, а следовательно и цен. Это происходит путем освоения прогрессивных технологий.

Положение на рынке вновь изменится. Предложение все больше соответствует спросу. Повышенную цену невозможно долго удерживать. Она начинает снижаться в направлении новой отметки равновесия.

В другой последовательности рынок реагировать на увеличение спроса не может, так как для организации дополнительного производства медицинских услуг требуется время, а финансовой стороной такого увеличения как раз и послужат дополнительные доходы, полученные в результате роста цен.

Таким образом, рыночный механизм характеризуется способностью достигать подвижного, динамического равновесия между спросом и предложением. Рынок действует как саморегулирующаяся система. При этом участник рыночных отношений (предприниматель) должен постоянно контролировать действие рыночного механизма, следить за тем, каково соотношение на каждый момент между затратами, ценой и прибылью.

Наряду с рынком медицинских услуг, описанным выше, понятие ранок в здравоохранении включает в себя целую систему отдельных элементов, взаимосвязанных рынков: рынок лекарственных препаратов, рынок труда медицинского персонала, рынок научных медицинских разработок, рынок медицинского оборудования и техники, рынок ценных бумаг (последний элемент имеет место только при развитом рынке).

Рынок вообще, в том числе в здравоохранении, выполняет рад существенных функций:

1. Информационная. Через меняющиеся цены рынок дает участникам производства объективную информацию об общественно необходимом количестве и качестве услуг, другой продукции, поставляемой на рынок.

2. Посредническая. Экономически обособленные производители должны обмениваться результатами своей деятельности. Без рынка не возможно определить взаимовыгодность их деятельности.

3. Ценообразующая. На рынок поступают услуги одного назначения, но различающиеся по затратам. Рынок признает лишь те затраты, которые соответствуют условиям предоставления основной массы услуг данного вида, именно их согласен оплачивать потребитель.

4. Регулирующая. Через конкуренцию рынок регулирует снижение затрат на единицу оказываемых услуг, повышение их качества, поощряет научно-технический процесс.

Говоря о развитии рыночных отношений в здравоохранении, нельзя абсолютизировать значение этого процесса. Здравоохранение, как специфическая сфера, затрагивающая жизненно важные вопросы не сможет, очевидно, целиком и полностью ориентироваться только на рыночные отношения (по крайней мере сейчас). Будут оставаться социально значимые виды медицинской помощи, которые должны субсидироваться государством - борьба со СПИДом, туберкулезом, эпидемиями, инфекционными заболеваниями и т.д.

Для того, чтобы погоня за прибылью, за выгодными видами медицинских услуг не сказалась пагубно на всей системе здравоохранения, должен быть выработан действенный хозяйственный механизм, сочетающий бюджетное финансирование, финансирование из местных бюджетов, использование страховых взносов и перевод отдельных видов медицинской помощи на платную основу.

Решение этих вопросов связано как с общим улучшением экономической ситуации в стране, так и с изменением хозяйственного механизма самого здравоохранения.

**Социально-экономические модели здравоохранения**

Организация системы здравоохранения в прежней советской экономике, как признается сейчас, была одной из самых прогрессивных в мире. Это в значительной мере достигалось с помощью больших государственных затрат. В последние три десятилетия во всех странах, в том числе и России, происходит удорожание медицинских услуг. Это связано с внедрением нового оборудования и лекарств, новых средств диагностики, затратами на переподготовку персонала и т.п. В условиях экономической реформы существующая система здравоохранения России оказалась не способной эффективно использовать имеющиеся ресурсы. В настоящее время в России обострились проблемы, связанные с состоянием здоровья населения. Нарастающие негативные явления в самой структуре населения, ухудшение медико-демографических показателей, все это увеличивает потребность населения в медицинских услугах. В связи с этим особое значение приобретает проблема разработки методологических подходов к формированию источников финансового обеспечения здравоохранения на основе анализа зарубежного и отечественного опыта.

Для анализа существующих систем, определения их недостатков и достоинств, экономическая теория традиционно использует метод моделирования.

Экономическая модель, отображая экономические явления, процессы и объекты, должна выявить их основные черты, не вдаваясь во второстепенные детали. Этот же принцип многих политических течений, социальных групп.

В каждой стране исторически складывается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи. Система экономических, политических, морально-этических и иных отношений, особенности национальных условий, исторически сложившихся в данной стране, определяет количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения.

Под системой здравоохранения понимается единое целое составляющих его элементов в их взаимосвязи и взаимообусловленности. Из этого следует, что каждая страна обладает своей собственной, индивидуальной системой здравоохранения. Экономическая модель здравоохранения – это общая схема здравоохранения, отражающая заложенные в ней принципы. Следует отметить, что в реальности определенные модели здравоохранения не реализуются в чистом виде, так как различные особенности конкретной страны вносят свои коррективы. Исходя их этого, систему здравоохранения следует рассматривать как реализованную модель с наличием суммы имеющихся особенностей, связанных с процессом её реализации.

Формы организации системы здравоохранения в различных странах отличаются огромным разнообразием. Это приводит к трудностям при создании единой системы классификации имеющихся систем и моделей здравоохранения. В реальности за основу классификации используются самые различные признаки. Нет разногласий только при разграничении бисмарковской (страховой) и бевериджской (национальной) систем здравоохранения. С другой стороны это конкретные системы, имеющие определенные национальные и исторические особенности, в результате чего их нельзя рассматривать как эталонные системы. В связи с отсутствием единой классификации, различные авторы выделяют различные модели здравоохранения.

Несмотря на все различия в системах здравоохранения разных стран, отображающие их экономические модели, могут быть разделены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах. В зависимости от этого признака выделяются страны, где роль государства весьма невелика; и другие, где эта роль очень значительна.

Использование механизмов рыночного типа в здравоохранении связано со следующими проблемами. С одной стороны здравоохранение рассматривается в качестве общественного блага, когда предоставление медицинских услуг каждому человеку имеет большое значение и для общества в целом. Подобная позиция в большинстве стран Европы стала частью традиционного консенсуса относительно важности соблюдения принципа солидарности и всеобщего охвата населения при разработке программ финансирования населения.

С другой стороны рыночные стимулы основаны на допущении, что каждая услуга является товаром, который продается на открытом рынке. Представление о том, что рыночные механизмы всегда обеспечивают лучшие результаты, чем государственное планирование, также может оказаться привлекательным для того, кто не учитывает социальные последствия. Рыночные механизмы неизбежно приведут к созданию условий, при которых уязвимые группы населения, особенно наименее обеспеченные, не будут иметь равного доступа к качественному медицинскому обслуживанию, а порождаемый рынком индивидуализм – к разрушению коллективной ответственности, на которой основана легитимность государства всеобщего благосостояния.

**Исходя из этого, все существующие системы здравоохранения сводят к основным трем базовым моделям:**

1.Государственно-бюджетная, финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных источников (Англия, Дания, Ирландия, Португалия, Испания, с 1930-ых годов до недавнего времени была свойственна России).

2.Социально-страховая, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства (Франция, Бельгия, Австрия, Япония, Германия).

3.Рыночная или частная (США, Израиль, Ю.Корея)

**Государственно-бюджетная модель** здравоохранения характеризуется значительной ролью государства; финансирование осуществляется преимущественно из той части общественных ресурсов, которая складывается за счет налоговых поступлений в государственный бюджет. Эта модель традиционно базируется на системе государственных медицинских учреждений. В рамках государственных программ медицинской деятельности обеспечивается оказание медицинской помощи всем категориям населения (общедоступность). Государство само определяет, в каком объеме оказывать медицинскую помощь населению. Управление и планирование медицинской помощи осуществляется центральными и местными органами исполнительной власти. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно, за исключением небольшого набора медицинских услуг. В целом эта модель обеспечивает равенство граждан в получении медицинской помощи. Обеспечивая высокие социальные гарантии, эта модель в то же время характеризуется низкой экономической эффективностью, нерациональным использованием средств, отсутствием действенных стимулов к своему дальнейшему развитию. Эта модель до недавнего времени была свойственна России, некоторым странам Восточной Европы, а также многим развивающимся странам. Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, обычно контролируемая государством.

**Социально-страховая модель** также управляется государственными органами, но в отличие от государственно-бюджетных моделей финансируются на трехсторонней основе: за счет бюджетных ассигнований, взносов работодателей и самих работников. Эта модель характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования (ОМС) всего или почти всего населения страны. Ее также называют системой регулируемого страхования здоровья. При этом лица с низкими доходами и социально незащищенное население, как правило, уплату страховых взносов не производят. Отличительной чертой социально-страховой модели является одновременное сочетание в них двух противоположных принципов: принципа «общественной солидарности», когда здоровый платит за больного, молодой за старшего, богатый за бедного и принципа «участия в издержках», когда медицинские услуги оплачиваются населением самостоятельно, помимо общественных 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 платного рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня. Многоканальная система финансирования создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Такая модель типична для большинства экономически развитых стран; наиболее ярко она представляется здравоохранением Германии, Франции, Нидерландов, Бельгии, Японии. Системы здравоохранения ряда стран, оставаясь в рамках этой модели, по ряду характеристик значительно приближаются к государственно-бюджетной. Такие системы часто выделяют в особый вариант, именуемый бюджетно-страховым. Это системы здравоохранения стран Скандинавии и, по ряду характеристик, Канады.

**Рыночная, или частная модель** в своем классическом виде базируется на частной медицинской практике с оплатой медицинских услуг за счет средств пациента. Для данной 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 платный рынок медицинских услуг. Эта модель опирается на широкое использование рыночных отношений – оплату по рыночным ценам производит сам потребитель медицинской услуги. Он сам (основываясь на мнении врача и личных финансовых возможностях) определяет объем потребляемой медицинской помощи. В данной ситуации каждый платит сам за себя. Это приводит к высокой экономической эффективности подобной модели, способствует научно-техническому прогрессу для увеличения прибыли в конкурентной борьбе. Но в связи с различными финансовыми возможностями населения становятся различными и объемы получаемых отдельными пациентами медицинских услуг. В итоге часть населения оказывается фактически лишенной медицинской помощи, что ведет к негативным последствиям. В экономически невыгодном положении оказываются люди, более подверженные болезням, имеющие тяжелые хронические заболевания, инвалиды. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком, берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Вследствие этого масштабы государственного сектора малы. Наиболее ярко данная модель представлена в США. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда частно-страховой или преимущественно частным здравоохранением.

**С экономической точки зрения существует следующая классификация моделей здравоохранения.** Она характеризуется как классификация по признакам отношений собственности и способов оплаты оказанной медицинской помощи.

1. Частное здравоохранение:

-с прямой формой оплаты медицинской помощи (оплачивает сам потребитель);

-с опосредованной (страховой) формой оплаты;

2. Общественное здравоохранение:

-с прямой формой оплаты (оплачивает государство);

-с опосредованной (страховой) формой оплаты.

**При частном здравоохранении** возможно использование государственных медицинских учреждений, когда оплата медицинской помощи, предоставляемой государственными медицинскими учреждениями, осуществляется самими пациентами**. С другой стороны, общественное здравоохранение** не обязательно должно базироваться только на системе государственных медицинских учреждений, возможно заключение государством договоров с частными медицинскими учреждениями.

**Более развернутый вариант классификации представлен в работе Л.Н.Шолпо** .

***-Универсалистская модель*** (Англия, Ирландия). Национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет общего налогообложения. Медицинское обслуживание осуществляется в основном в государственных медицинских учреждениях (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками (первичная медицинская помощь, стоматология, фармацевты).

В Англии используется принятая в 1948г. по инициативе лорда Бевериджа модель здравоохранения. Суть этой модели состоит в том, что бюджет Британского здравоохранения формируется в основном из налоговых поступлений. Источники финансирования здравоохранения: 78% субсидии государства, 10% взносы предпринимателей, 3,8% страховые взносы граждан, 8,2% прямые доплаты граждан .

В основу британской системы организации и финансирования здравоохранения заложен приоритет первичной медико-санитарной помощи. Доля врачей общей практики в здравоохранении Англии составляет около 50% всего числа врачей. Эта категория врачей оказывает медицинскую помощь почти 90% больным.

**Основными достоинствами данной организации здравоохранения являются:**

-государственный характер финансирования здравоохранения;

-государственное регулирование региональных бюджетов здравоохранения путем перераспределения финансовых ресурсов из регионов с более высоким уровнем жизни в регионы с более низким уровнем жизни;

-относительно невысокие (в сравнении с другими экономически развитыми странами) затраты на здравоохранение обеспечивают высокие показатели состояния здоровья населения;

-дифференцированная система оплаты труда врачей общей практики в зависимости от численности и структуры населения обслуживаемой территории.

Однако данная система имела и ряд существенных недостатков, которые в конечном итоге и предопределили реформу британского здравоохранения в 1992-1993 гг. Сущность реформирования сводится к децентрализации финансирования, управления здравоохранением, что позволит сблизить уровни медицинской помощи для разных социальных групп и разных регионов страны. В системе государственного регулирования помимо традиционных мер появились новые механизмы, ориентированные на рынок и основанные на использовании соответствующих стимулов. В свою очередь, эффективное регулирование направлено на мониторинг и оценку конечных результатов.

**-*Континентальная модель*** (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) – финансирование посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно ¾ совокупных расходов на здравоохранение.

В Германии бюджет здравоохранения формируется следующим образом: 14,2% финансовых ресурсов поступают из государственных источников, 72,5% составляют взносы предпринимателей, 6,9% из личных ресурсов граждан, 6,4% составляют средства частного страхования .

Существующие в Германии почти 1200 страховых больничных касс охватывают своей помощью 88% населения страны. В основном эти кассы финансируются за счет средств работающих и работодателей. Однако около 9% членов больничных касс пользуются также услугами частного страхования, а 10% населения застраховано только в частных организациях.

В Германии бюджет здравоохранения формируется следующим образом: 73% финансовых ресурсов поступают из государственных источников, 11% из личных средств граждан, 16% средства частного страхования.

В соответствии с принципами медицинского страхования, заложенными ещё в годы правления канцлера Отто Бисмарка, каждый гражданин Германии имеет право получить медицинскую страховку, причем страховой взнос не может быть повышен вследствие плохого состояния здоровья пациента. В основу указанных законодательных актов был положен принцип: здоровье – капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. 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».

Современное медицинское страхование Германии в целом сохранило основные принципы бисмарковской организации системы здравоохранения.

Каждый застрахованный, а также члены его семьи имеют возможность выбирать лечащего врача и получать необходимую медицинскую помощь, включая амбулаторное и стационарное лечение, лекарственные средства и т.д. Ежемесячный страховой взнос составляет в среднем 12,8% от фонда оплаты труда. Этот взнос выплачивается равными долями работающими и работодателями. Страховые взносы за пенсионеров вносятся пенсионным страхованием и самими пенсионерами. Страхование безработных осуществляется федеративным ведомством по трудоустройству.

Такой подход к финансированию здравоохранения в Германии приводит к снижению ответственности индивидуума за своё здоровье, а также к росту затрат на медицинскую помощь, так как объем предоставляемых медицинских услуг постоянно увеличивается.

Существующая в Германии модель здравоохранения может эффективно функционировать только в стране с высоким уровнем национального дохода.

**-*Южная модель*** (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) – финансирование системы здравоохранения в значительной степени за счет взносов из фондов занятости. Медицинское обслуживание осуществляется государственными и частными медицинскими учреждениями.

В Испании до 90-х годов XX века система финансирования здравоохранения из бюджетных источников, являвшаяся непомерным грузом для государства, была похожа на российскую. Из наиболее острых проблем, стоявших перед правительством, можно назвать: неоправданное расширение медицинских услуг, подлежащих госфинансированию; тенденция увеличения госрасходов на дотации фармацевтическому сектору.

Однако в 1997 г. были произведены следующие преобразования: предусмотрено снижение бюджетных расходов путем упорядочения медицинских услуг; был утвержден перечень основных услуг национальной системы здравоохранения, финансируемых государством. Были введены ограничения по компенсации стоимости лекарственных препаратов.

В целом, реформы не ставили под сомнение необходимость сохранения основ всеобщего медицинского страхования, гарантирующего бесплатное медобслуживание. Однако многие положения предусматривали значительное расширение платных медицинских услуг, что означало отход от устоявшейся модели государственного финансирования здравоохранения.

**-*Скандинавская модель*** (Швеция, Финляндия и Дания) – финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется в основном за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и на местном уровне), причем размер выплачиваемых пособий напрямую зависит от заработка. Медицинские услуги оказываются как государственными, так и частными лечебно-профилактическими учреждениями.

**Финансирование здравоохранения в развитых странах**:

-субсидии государства 71%;

-взносы предпринимателей 18,4%;

-страховые взносы граждан 2%;

-прямые доплаты граждан 8,6%.

Шведская модель здравоохранения признана одной из самых лучших в мире. Она предполагает не только доступность и высокое качество медицинского обслуживания, но и создание равных для всех предпосылок в сохранении здоровья.

В стране действуют 23 областных совета, которые отвечают за доступность каждого жителя соответствующей области к медицинскому обслуживанию (бесплатному или частично оплачиваемому). Данные Советы являются владельцами клиник, медицинских центров; они выступают в роли работодателей для большинства медицинских работников.

Значительную долю расходов на медицинскую помощь несет государство, однако около 10% услуг оплачивает само население. При покупке лекарств, назначенных врачом, медицинская страховка возвращает больному от 50 до 100% расходов.

Швеция в 1999 г. отошла от применения конкурентных стимулов в качестве движущей силы реформы в здравоохранении, был возрожден интерес к планированию на базе отдельных общин, а также к национальному регулированию, особенно расходов на фармацевтические препараты.

**-*Преимущественно частная модель*** (США) – финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется за счет частных и, в значительной меньшей степени, государственных источников, причем оказание медицинской помощи осуществляется частными производителями медицинских услуг.

В США общий бюджет средств на здравоохранение складывается из следующих фондов

-государственная программа Медикейд – 10%;

-государственная программа Медикер – 17%;

-другие правительственные программы – 15%;

-средства частного медицинского страхования – 33%;

-средства из других частных источников – 4%;

-личные средства граждан – 21%.

За период с 1980 по 1992гг. расходы на охрану здоровья в США возросли с 9% ВНП до 14%.

В 1970г. расходы на оборону в США составили 8,2% ВНП и превышали на 0,4% расходы на здравоохранение (7,8%). Однако в 1990 г. на оборону американское правительство затрачивало 3% ВНП, на образование 6%, на здравоохранение 12%.

В США применяются два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. В последнем случае предприниматель и все его сотрудники приобретают единый страховой полис. Групповым страхованием охвачено 74% работников частного сектора экономики и 80% государственного сектора. Из федерального бюджета, бюджетов штатов, местных органов управления финансируются принятые в 1965 г. программы «Медикер» и «Медикейд».

Программа «Медикер» предусматривает обязательное страхование людей старше 65 лет на случай госпитализации. Вторая часть программы предполагает дополнительное добровольное страхование, по условиям которого государство покрывает 80% стоимости лечения, а остальные 20% оплачивают сами пациенты.

По программе «Медикейд» бесплатная медицинская помощь предоставляется нуждающимся семьям с детьми, слепым и инвалидам.

Роль государства в оказании медицинской помощи незначительна, так как даже по государственным программам Медикер и Медикейд платежи поступают через частные страховые организации в частные больницы и к частным врачам.

**Основными достоинствами организационной системы здравоохранения в США являются:**

 высококвалифицированная медицинская помощь, в основе которой лежат федеральные стандарты качества;

 наличие скоординированной системы научно-медицинских исследований и разработок в области охраны здоровья нации.

 высокая степень ответственности государства и бизнеса за сохранение здоровья нации в целом.

 высокая степень правовой защищенности пациентов.

 распределение между штатами федерального бюджета здравоохранения по программе «Медикейд» в обратно пропорциональной зависимости от дохода на душу населения в штате.

 отлаженная система подготовки высококвалифицированных медицинских кадров.

**Однако американская система организации здравоохранения имеет и ряд существенных недостатков:**

 высокие темпы роста уровня затрат на здравоохранение, зачастую не соответствующие темпам роста и уровню качества медицинских услуг. Это приводит к тому, что при самых больших в мире расходах на здравоохранение результирующие показатели здоровья населения США отстают от показателей других экономически развитых стран, что свидетельствует о низкой эффективности здравоохранения в США. Кроме того, в себестоимости медицинских услуг достаточно высока доля административных расходов (в ряде случаев до 20%).

 оплата труда медицинских работников осуществляется по принципу «гонорар за услугу», вследствие чего пациентам назначаются лишние медицинские процедуры и лекарственные средства.

 значительный разброс стоимости одних и тех же медицинских услуг в разных штатах, иногда эта стоимость отличается в 10-15 раз.

 сложная система медицинского страхования.

Перечисленные недостатки порождают неудовлетворенность населения США национальной системой организации здравоохранения и приводят к необходимости ее реорганизации. Основные направления намечаемой в США реформы здравоохранения сводятся к следующему:

 расширение сферы действия программы «Медикейд».

 введение национальной системы страхования, предусматривающей финансирование здравоохранения через налоговые поступления (в настоящее время реализуются лишь отдельные её элементы).

**-*Модель, используемая в странах с переходной экономикой*** (страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, включая Россию) – финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины; постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг.

История медицинского страхования в дореволюционной России ведет свой отсчет с 1861 года, когда был принят первый закон, вводивший элементы обязательного медицинского страхования. Законом предписывалось создание на казенных горных заводах товариществ и вспомогательных касс, для выдачи пособий по временной нетрудоспособности в размере от 1/6 до 3/4 заработка. Вспомогательные кассы формировались за счет взносов рабочих, составлявших 2-3% от заработной платы, а также ежегодных доплат нанимателя .

В 1866г. был принят Закон, обязывающий владельцев фабрик обеспечивать рабочих медицинской помощью, строить больницы из расчета 1 койка на 100 рабочих с бесплатным лечением.

При развитии железнодорожного транспорта в России была создана система медицинского обеспечения для железнодорожных рабочих и служащих. Из ежемесячных взносов в размере 6% от получаемого заработка формировались кассы. Из этой суммы выплачивалось содержание по болезни, пенсии или единовременные пособия по инвалидности и в случае смерти кормильца.

Во второй половине XIX века начинает развиваться общественная система страхования ремесленников и наемных рабочих. Основным учреждением страхования становятся больничные кассы, первая подобная касса образовалась в 1859 году в Риге при фабрике «П.Х.Розенкранц».

В 1903г. принят закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая рабочих и служащих, а равно членов их семейств в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». По закону пособие составляло половину заработка и выплачивалось со дня несчастного случая по день восстановления трудоспособности. Данный закон заставил предпринимателей объединяться в страховые товарищества, в которые систематически отчислялись средства.

Законодательное закрепление системы выплат посредством специальных страховых организаций произошло в 1912г., когда III Государственная Дума приняла следующие законы: «Об учреждении Присутствий по делам страхования рабочих», «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих», «Об обеспечении рабочих на случай болезни», «О страховании рабочих от несчастных случаев». С данного момента в России формируется система социального страхования. Органом проведения страхования становится больничная касса, учреждаемая на каждом предприятии с числом работающих не менее 200. Средства больничных касс составляли взносы рабочих и предпринимателей, при этом взносы рабочих в 1,5 раза превышали взносы предпринимателей. Основной функцией больничной кассы была выдача пособий в случае болезни, увечья, родов, смерти.

После Октябрьской революции 1917г. система медицинского и социального страхования изменилась коренным образом. Была произведена жесткая централизация средств, направляемых на социальное обеспечение. Совнарком издал следующие декреты: «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений», «О страховании на случай болезни», «О страховании на случай безработицы». На основании данных декретов в России вводилось полное социальное страхование. В его основу были заложены следующие принципы: распространение страхования на всех наемных рабочих, охват страхованием всех видов потери трудоспособности. Все лечебные фабрично-заводские учреждения со всем имуществом передавались больничным кассам. Были отменены взносы рабочих, а взносы с предпринимателей повышены.

С принятием Декрета 1918г. «О социальном обеспечении трудящихся» процесс централизации страховой медицины усилился, само медицинское страхование было заменено сугубо социальным, а затем понятие «страхование» заменили понятием «обеспечение».

После принятия постановления Совнаркома в 1919г. «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному комиссариату здравоохранения», страховая медицина как таковая была фактически упразднена. Была попытка частично возродить её в период НЭПа. Постановлениями Совнаркома в 1921-1923 гг. для работодателей различных форм собственности были определены страховые взносы, за счет которых возмещались расходы по временной нетрудоспособности, инвалидности, безработице. В 1922г. размер страхового взноса составлял от 21 до 28,5% фонда оплаты труда. Целевой взнос на медицинское страхование исходя из условий труда находился в пределах 5,5-7% фонда оплаты труда. Для государственных учреждений общий социальный взнос устанавливался в размере 12% фонда оплаты труда, в том числе на медицинское страхование -3%. Из них 10% собираемых взносов направлялось Наркомздраву, а 90% губернским и местным органам здравоохранения. Однако ОМС служило только дополнением к государственному финансированию здравоохранения.

Существовавшая в советский период система бесплатной медицины, финансируемой непосредственно из бюджета, была недостаточно эффективной.

В России происходит переход от полностью государственной системы финансирования здравоохранения к бюджетно-страховой модели, в которой медицинское страхование сочетается с бюджетным и платным здравоохранением, однако концепцией реформирования здравоохранения предусматривается переход к чисто страховой модели с расширением добровольного (частного) медицинского страхования. Данное решение весьма спорно, так как частная модель является наиболее затратной, не позволяющей эффективно использовать ресурсы здравоохранения. В США, стране с частной моделью здравоохранения, в связи с наличием ряда недостатков, (см. выше), в результате проводимых реформ, происходит усиление роли государства в финансировании отрасли путем перераспределения налоговых поступлений.

За достаточно короткий период совершен переход от централизованного планирования и бюджетного финансирования к планированию развития здравоохранения на региональном уровне, от системы финансирования конкретных объектов здравоохранения к принципам, предусмотренным системой ОМС. Существовавший в нашей стране бюджетный метод финансирования был ориентирован на возможности бюджета, а не на реальные расходы, складывающиеся в этой сфере.

В настоящее время в России действуют как государственная система, так и частное медицинское страхование. Государство оплачивает расходы медицинских учреждений через посредников – страховые компании. По сути дела это распределительная система с элементами страхования. Частное медицинское страхование в нашей стране реализуется только страховыми компаниями и в самых различных формах.

Государственная система здравоохранения до настоящего времени была направлена на оказание медицинских услуг государственными (федеральными и муниципальными) лечебными учреждениями всем категориям граждан России – 41 статья Конституции России. Перечень бесплатных медицинских услуг ограничен. Финансирование услуг производится посредством обязательного страхования затрат на медицинскую помощь по узкому перечню услуг. Расходы по обязательному медицинскому страхованию включаются в общие расходы на социальное обеспечение граждан.

Дополнительные медицинские услуги население может оплачивать самостоятельно, а также покрывать расходы полисами добровольного медицинского страхования. Платные услуги разрешено оказывать как частным, так и государственным медицинским учреждениям.

Таким образом, в России в настоящее время существует 3 финансовые модели здравоохранения:

1.Государственное здравоохранение (в виде формирований федерального и регионального фондов обязательного медицинского страхования).

2.Система добровольного медицинского страхования.

3.Оплата населением платных медицинских услуг.

Данная реформа была произведена в связи с невозможностью качественного медицинского обслуживания, рассчитывая только на ассигнования из государственного бюджета. Преобразование системы здравоохранения в РФ стало выражением стремления увеличить финансирование государственного здравоохранения путем расширения источников поступления средств и изменения структуры финансовых потоков.

Замена социалистической идеологии на рыночную определила ориентацию реформ в здравоохранении на заимствование моделей организации здравоохранения, используемых в странах с развитой рыночной экономикой.

Следует отметить, что данные модели только начинали применяться в странах, находящихся на принципиально ином уровне развития экономики и демократии, и были призваны решать качественно иные проблемы в иных институциональных условиях: в развитой рыночной экономике, при сформировавшихся механизмах ее государственного регулирования и при том состоянии гражданского общества, которое способно эффективно защищать интересы населения [Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения.- М.: Теис, 2000.-С.42].

Повышению эффективности функционирования здравоохранения и внедрению механизмов рационального использования ограниченных финансовых ресурсов отрасли будут способствовать:

-разработка плана приватизации части медицинских учреждений;

-формирование единой системы оплаты медицинских услуг, что будет способствовать достижению социальных целей и повышению эффективности использования имеющихся ресурсов, которые обеспечивают возможность экономической жизнеспособности медицинских учреждений;

-совершенствование системы контрактов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями;

-требуется, по-видимому возврат к определенной централизации финансирования медицинских учреждений. В настоящее время более половины общего объема бюджетного финансирования приходится на местные бюджеты;

-создание системы сбора и распространения информации, способствующей свободному выбору пациентами медицинских учреждений;

-принятие мер по созданию условий, препятствующих развитию неформального рынка медицинских услуг.

В связи с этим значительный интерес представляет опыт стран, как со смешанной системой финансирования, так и стран с преимущественно частной медициной. К настоящему времени многие страны пытались ввести системы по моделям Западной Европы и Северной Америки. Эти страны обычно сталкивались с отсутствием опытного административного аппарата, способного заставить функционировать эти системы эффективно. Кроме того, системы здравоохранения, основанные на моделях Бисмарка и Бевериджа, оказались плохо приспособленными к гибкому, неформальному рынку труда, который в данное время широко распространен.

Следует указать на недопустимость упрощенного толкования моделей здравоохранения исходя лишь из классического их описания. Нельзя рассматривать проблему классификации как классификацию по одному единственному, хотя и важнейшему признаку. Любая совокупность характеризуется не только разнообразием по какому-либо признаку, но и разнообразием самих признаков. Это полностью относится и к моделям здравоохранения.

Многообразие возможных моделей здравоохранения делает проблему выбора конкретной её разновидности достаточно сложной.

Идеальной модели здравоохранения не существует, да и существовать в действительности не может. Любую систему здравоохранения необходимо рассматривать в непосредственной связи с особенностями развития и функционирования определенной страны. Достоинства и недостатки каждой конкретной модели определяются комбинацией различных факторов. В зависимости от конкретных условий каждая из моделей имеет свои преимущества перед другими по определенным показателям.

По сути, выбор модели здравоохранения не является однажды решенной проблемой. В современных системах здравоохранения всего мира постоянно идут процессы реформирования, заключающиеся в многовариантном сочетании различных вышеописанных моделей здравоохранения.

В идеальном варианте система, построенная на принципе универсализма, предполагает предоставление каждому основных форм социальной защиты. Это означает, что определенный уровень льгот по пользованию услугами здравоохранения должен бесплатно предоставляться государством. Характерной чертой экономической политики в странах с переходной экономикой была минимизация роли государства. Теперь уже ясно, что в условиях переходного периода, обладающего затяжным характером и сложной природой, ответственность государства должна, скорее увеличиваться, чем уменьшаться. Вмешательство государства должно быть активным в те важные области, где рыночные силы не могут обеспечить эффективного размещения ресурсов или где доступ к основным, наиболее важным благам и условиям жизни людей является несправедливым.

Таким образом, опыт стран с переходной экономикой демонстрирует важность поддержания дееспособности государства, которая была ослаблена в процессе реформ. В рыночных экономиках государство играет центральную роль в сохранении экономической стабильности, регулировании рынка, обеспечении необходимых социальных услуг.

**Используемая литература**

1.Герасименко Н.И. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы//Экономика здравоохранения.-1997.-№1.с.250

2.Кадыров Ф.Н. Экономические методы управления научно-техническим прогрессом в здравоохранении. Дисс. д.э.н. 1997. с. 249

3.Шолпо Н.Л. Стимулирование развития частного (негосударственного) сектора здравоохранения в России. Доклад по программе ТАСИС EDRUS 9605, -М. 2000. С.14

4.Румянцев Ю. Финансирование здравоохранения в развитых странах.//Врач.-1999,№1.-С.42.

5.Кузьменко М.М.,Баранов В.В Финансовый менеджмент в здравоохранении России.-М.:Медицина, 1995, С.66

6.Малишевский Б.Ф. Теория и практика пенсионных касс. С.-П, 1889, т.2, гл.IX