Содержание

Введение

1. Принцип размещения ресурсов здравоохранения

2. Противоречие между справедливостью и эффективностью распределения ресурсов

Заключение

Список литературы

## Введение

Геополитические перспективы развития страны, вопросы обеспечения национальной безопасности, экономический рост и повышение благосостояния россиян напрямую зависят от уровня физического и духовного развития людей, их профессиональной активности, долголетия. Приоритетами государственной социальной политики должны являться сохранение интеллектуального и трудового потенциала нации, улучшение психофизического здоровья людей, качества их жизни.

В настоящее время состояние здоровья населения вызывает обоснованную тревогу. Анализ статистических данных свидетельствует об ухудшении демографической ситуации в стране, увеличении заболеваемости, резком росте преждевременной смертности трудоспособного населения, увеличении уровня трудопотерь от заболеваний, травм, инвалидизации, ухудшении репродуктивного здоровья населения. Смертность превышает рождаемость почти в два раза, что приводит к естественной убыли населения приближающейся к 1 млн. человек в год. Смертность трудоспособного населения в России превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 2,5 раза. По данным Всемирной организации здравоохранения по показателям средней продолжительности жизни Россия занимает среди мужчин 134-ое место, а среди женщин 100-е место в мире.

Как было отмечено в очередном послании Президента Президента России В.В. Путина Федеральному Собранию РФ, смертность населения увеличилась за три года на 10%, средняя продолжительность жизни снизилась с 67 лет в 1999 году до 64 лет в 2002 году.

Социально-экономический кризис расширил круг негативных факторов, воздействующих на здоровье населения, усилил сложившиеся до него негативные тенденции. В структуре заболеваемости, наряду с кардиологическими и онкологическими заболеваниями, на первые места выходят различного рода социопатии: туберкулез, венерические болезни, психические расстройства, алкоголизм, наркомания.

Неуклонно возрастает бремя экономических затрат общества на компенсационные выплаты, связанные с ухудшением здоровья работающих. Ежегодные страховые выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний превышают 25 млрд. руб., по оплате временной нетрудоспособности работающих - около 47 млрд. руб.

Формирование финансовых средств системы здравоохранения происходит в процессе производства и распределения валового внутреннего продукта (ВВП). Всемирной организацией здравоохранения рекомендуется расходовать на эти цели не менее 7% ВВП. В большинстве развитых стран расходы на здравоохранение составляют 8 - 12% валового внутреннего продукта. Расходы на здравоохранение в России из всех источников, включая федеральный бюджет, бюджеты субъектов федерации, муниципальные бюджеты, средства обязательного и добровольного медицинского страхования в последние годы не превышают 2-4% ВВП.

Россия сегодня нуждается в построении действенной финансово-организационной модели развития здравоохранения, учитывающей собственный опыт государственного регулирования этой сферы и лучший опыт развития рыночных отношений в здравоохранении зарубежных стран.

## 1. Принцип размещения ресурсов здравоохранения

Ограниченность ресурсов здравоохранения заставляет вырабатывать некоторые принципы размещения этих ресурсов.

Существуют различные уровни и виды распределения ресурсов.

С географической точки зрения существует:

распределение ресурсов между различными территориями страны (субъектами Российской Федерации);

распределение ресурсов внутри территорий.

С точки зрения медицинских технологий существует:

распределение ресурсов между видами медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая);

распределение ресурсов между интенсивной помощью и долечиванием;

распределение ресурсов между различными медицинскими специальностями внутри видов;

распределение ресурсов между различными медицинскими технологиями внутри каждой специальности.

С точки зрения видов затрат можно выделить:

распределение ресурсов на текущую медицинскую помощь;

распределение ресурсов на капитальные вложения (развитие).

С социальной точки зрения можно выделить:

распределение ресурсов для малообеспеченных;

распределение ресурсов для высокообеспеченных.

Принятие решений по всем видам распределения может осуществляться в различных системах здравоохранения на различных уровнях - от правительственного уровня до уровня личности.

При этом важно, какие принципы общество стремится реализовать, выбирая те или иные решения.

Во главу угла может быть поставлено требование справедливости или требование эффективности. Чаще всего делается попытка учесть оба требования.

Но само понятие справедливости может иметь множество толкований. Рассмотрим только некоторые из них.

Так, при чисто рыночной ориентации общество может считать справедливым, чтобы каждый его член получал медицинскую помощь в том объеме, в котором он способен ее купить.

При чисто социальной ориентации все члены общества, независимо от того, сколько они вкладывают в здравоохранение (через взносы, налоги) получают одинаковую медицинскую помощь при одинаковых состояниях в одинаковых условиях.

Ясно, что системы здравоохранения и с чисто рыночной, и с чисто социальной ориентацией не могут существовать на практике.

Не функционируют и чисто социальные системы, основанные на централизованном планировании и распределении ресурсов, поскольку лица, облеченные властью, всегда делают, по крайней мере, для себя исключения, имея бесплатный доступ к медицинской помощи, которая по уровню в несколько раз выше доступной остальным. Кроме того, даже в чисто социальном обществе всегда находятся люди, для которых их здоровье (по крайней мере, в данный момент) представляется высшей ценностью, и они готовы платить и платят за медицинские услуги высшего качества (правда, не всегда официально).

Компромиссным является вариант предоставления медицинской помощи, которую общество считает необходимым предоставить каждому члену, на условиях социальной справедливости - одинаковая помощь при одинаковых состояниях в одинаковых условиях независимо от дохода. Такой принцип реализуется системами социального (обязательного) медицинского страхования.

Однако общество учитывает интересы и высокообеспеченных его членов, позволяя им за дополнительные средства через добровольное медицинское страхование получать лучшую медицинскую помощь в лучших условиях.

В развитых богатых странах в систему социального страхования включены, как правило, любые доступны всем медицинские технологии, но высокообеспеченные граждане имеют возможность более широкого выбора (например, в Германии - выбора врача в стационаре), внеочередного получения плановой медицинской помощи, лучшие сервисные условия.

Менее богатые страны включают в обязательный пакет услуг (программу обязательного медицинского страхования) не все виды медицинской помощи.

Еще одной уступкой в сторону рыночной справедливости является освобождение богатых членов общества от взносов по обязательному медицинскому страхованию.

Это, безусловно, выгодно богатым гражданам, так как добровольное страхование на основе индивидуального (а не коллективного) риска обходится им, в среднем, существенно дешевле (высокое благосостояние, как правило, позволяет поддерживать приличное состояние здоровья благодаря здоровому питанию, хорошим условиям проживания и отдыха, занятиям спортом). Разумеется, есть исключения, но в среднем у богатых риск потребления медицинской помощи ниже, чем у бедных.

Поэтому для расширения финансовой базы обязательного медицинского страхования его делают всеобщим, разрешая дополнительное добровольное медицинское страхование.

С целью учета требований рыночной справедливости может устанавливаться верхний предел дохода (порог), с которого взимаются взносы на обязательное медицинское страхование.

Экономика здравоохранения рассматривает и более тонкие определения справедливости:

понятие равного доступа и равного использования при одинаковых потребностях - горизонтальная справедливость;

понятие неравных исходных состояний и оправданной степени неравенства лечения - вертикальная справедливость;

Нереальным является понятие справедливости как равенства здоровья, так как здоровье зависит от генетических факторов, условий и образа жизни и так далее.

Рассмотрим некоторые варианты обеспечения географической справедливости.

В России и Великобритании до недавнего времени финансовые ресурсы распределялись по регионам на содержание существующей сети медицинских учреждений, то есть, в основном, распределение было ориентировано на предложение.

Для достижения требования справедливости - равного доступа при равных состояниях - в Великобритании Рабочая группа по размещению ресурсов (РГРР) предложила формулу распределения централизованных ресурсов здравоохранения по регионам. Эта формула делает попытку размещения средств на основе измеряемой потребности в услугах здравоохранения.

Следующая схема иллюстрирует понятие “потребность".

Например, в случае с женщиной, заболевшей раком молочной железы, возможны следующие сценарии:

она имеет желание лечиться, требовать лечение и получать его, если врач согласен, что лечение необходимо - желаемая востребованная потребность;

она имеет желание лечиться, но не заботится о посещении своего врача - желаемая невостребованная потребность;

она не имеет желания лечиться, не осознавая серьезности положения – не желаемая невостребованная потребность

Формула РГРР делает попытку грубой оценки потребности населения регионов в ресурсах здравоохранения. В ней учитываются следующие факторы:

численность населения;

половозрастной состав населения;

уровень заболеваемости;

уровень смертности;

квалификация врачей;

перекрестные потоки пациентов;

экономический статус региона (городская, сельская местность).

Потребность в различных услугах различается по различным регионам. Поэтому все услуги сгруппированы в 7 категорий:

стационарные услуги (исключая психиатрию);

общесоматические амбулаторные услуги;

амбулаторные услуги для психических больных;

амбулаторные услуги для инвалидов;

услуги на дому;

услуги скорой помощи;

услуги семейных врачей.

Для каждой категории рассчитывается относительная потребность по каждому региону, затем относительные потребности для всех категорий суммируются по каждому региону для получения общей потребности.

Введение этой формулы привело к политическому скандалу, так как ресурсы перераспределялись от зажиточных регионов юго-востока и Лондона к другим регионам. Однако формула постепенно внедряется, что способствует более справедливому распределению ресурсов здравоохранения. Но равенства доступа достигнуто не было - только равенство затрат при одинаковых потребностях.

В России при введении обязательного медицинского страхования был разработан и утвержден “Порядок определения среднедушевых нормативов финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования". Этим порядком предусмотрено подушевое финансирование территорий внутри субъекта федерации на численность населения с учетом коэффициента предыдущих затрат и половозрастной структуры населения. Таким образом, предложенная формула ориентирована как на предложение (коэффициент предыдущих затрат отражает стоимость содержания существующей сети медицинских учреждений), так и на потребность, так как учитывает половозрастную структуру населения.

Эта формула адекватна для действующего законодательства по обязательному медицинскому страхованию, по которому из средств обязательного медицинского страхования оплачивается только текущая медицинская помощь, а бюджет развития остается в распоряжении органов управления здравоохранением.

## 2. Противоречие между справедливостью и эффективностью распределения ресурсов

Рассмотрим противоречие между справедливостью и эффективностью распределения ресурсов.

Выполнение требования равного доступа при равных правах практически недостижимо, поскольку для его реализации пришлось бы иметь медицинские услуги всех видов, даже редко используемые, в каждом населенном пункте. Но это потребовало бы огромных затрат от общества. Поэтому статистически редко потребляемые услуги, услуги, требующие использования дорогостоящего оборудования и врачей узкой квалификации, концентрируются в выделенных населенных пунктах, как правило, в региональных центрах. Это позволяет эффективно использовать ресурсы, но нарушает требование равного доступа - при равных правах на получение помощи, жители отдаленных населенных пунктов должны тратить свое время, нести транспортные расходы, чтобы реализовать свое право на получение специализированной или дорогостоящей медицинской помощи.

Однако во всех странах учитывается требование эффективности при размещении ресурсов, и требование равного доступа реализуется в пределах региона (в России - субъекта Федерации), а не населенного пункта.

## Заключение

Принимая решения о структуре медицинской помощи с точки зрения медицинских технологий, руководствуются понятиями эффективности с точки зрения как клинического результата (клинической действенности), так и эффективности распределения финансовых ресурсов и эффективности деятельности.

Так, одно и то же заболевание зачастую можно лечить амбулаторно и стационарно. Таким образом, имеются два вида медицинских технологий. С точки зрения затрат здравоохранения, амбулаторное лечение гораздо эффективнее, но с точки зрения общества, это не всегда так - человек тратит время, несет транспортные расходы, нервничает в очередях к врачам, его обследование затягивается, нередко затягивается и выздоровление. Таким образом, с точки зрения интересов общества, амбулаторное лечение не всегда самое эффективное.

Реально распределение ресурсов между стационарной и амбулаторной помощью проводится при принятии решения о выделении средств (капитальных вложений) на строительство или реконструкцию соответствующих медицинских учреждений. Эти решения в разных странах могут приниматься на уровне правительства, региона (в России - субъекта Федерации), муниципалитета. На эти решения влияет сложившаяся потребность в данном виде помощи, формируют ее во многом врачи под влиянием способов оплаты труда. Таким образом, система оплаты медицинских услуг - это один из механизмов распределения ресурсов между стационарной и амбулаторной помощью.

В условиях ограниченных ресурсов приходится решать, вложить ли средства в профилактическую программу или в улучшение лечения больных. Существуют альтернативные медицинские технологии лечения одного и того же заболевания. Для обоснованного принятия решений необходимо провести экономическую оценку эффективности различных целевых программ или медицинских технологий.

## Список литературы

1. Алексеева В.М., Костродымов Н.Н., Морозов В.П. Маркетинг в здравоохранении // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В.З. Кучеренко. - М., 2004. - С.169-206.
2. Вишняков Н.И. (ред). Экспертиза нетрудоспособности в здравоохранении: Учебно-методическое пособие. - СПб, 1995. - 39 с.
3. Журавлева К.И. Статистика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1981. - 176 с.
4. Комаров Ю.М. (ред.). Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в Российской Федерации. - М., 2004. - 180 с.
5. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. - М., 2004. - 297 с.