

---

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ

Т. В. Чубарова

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

МОСКВА  
2008

ISBN 978-5-9940-0074-8

**Чубарова Т.В.** Экономика здравоохранения теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН, 2008. -68с.

В докладе рассматриваются проблемы экономики здравоохранения в контексте общеэкономической теории. Автор не только анализирует основные особенности применения экономической теории в области здравоохранения, но и делает попытку продемонстрировать возможности, которые дает экономический анализ системы здравоохранения для развития экономической мысли. В частности, значительное внимание в докладе уделено роли государства и рыночных механизмов в обеспечении населения медицинскими услугами и возможностям и пределам развития смешанной экономики в секторе здравоохранения.

©  
Чубарова Т.В.,  
2008

©  
Институт экономики РАН,  
2008

## Содержание

<b>Введение:</b> к постановке вопроса (здоровье и экономика) .....	4
<b>Глава I.</b> Здоровье и экономика: инвестиции в человеческий капитал .....	10
<b>Глава II</b> Рынок медицинских услуг — общее и особенное .....	18
<b>Глава III</b> Государственное вмешательство/регулирование и развитие смешанных систем здравоохранения в капиталистической экономике .....	23
<b>Глава IV</b> Рыночные механизмы и реформа государственного сектора: пример квазирынков .....	30
<b>Глава V</b> Государственная система оказания медицинских услуг: универсальное решение? .....	35
<b>Глава VI</b> Социальная и экономическая эффективность в здравоохранении: к вопросу о социальной справедливости .....	39



Содержание

<b>Глава VII</b>	
Реформа государственной системы: возможные альтернативы .....	47
<b>Глава VIII</b>	
Особенности развития российского здравоохранения .....	52
<b>Глава IX</b>	
Экономика и интересы в здравоохранении .....	58
<b>Заключение:</b> нужна ли новая экономическая парадигма .....	62
Литература .....	67



### **Введение: к постановке вопроса**(здоровье и экономика)

Экономика здравоохранения как предмет не получила должного развития в России, где мало внимания уделяется основным направлениям развития экономической теории для организации здравоохранения. Среди возможных причин следует прежде всего отметить доминирование врачей в системе здравоохранения, что привело к преобладанию медицинского подхода. Традиционно в России охраной здоровья населения и на уровне политики, и на уровне управления занимались медики. Медицинская монополизация оставила мало места другим дисциплинам, что явно не способствует успешному развитию здравоохранения как системы. Следует отметить и идеологическую ограниченность дискуссии, которая, кстати, характерна и для западных стран, когда вопросы экономики здравоохранения по существу являются маргинальными для экономической науки и рассматриваются в основном в рамках здравоохранительной, а не экономической мысли.

В результате экономика здравоохранения является применением общей экономической теории к системе здравоохранения. Вместе с тем, представляется, что здравоохранение служит очень хорошим самостоятельным примером для экономической теории. В области охраны здоровья населения очевидно пересекаются сооб-

ражения экономической эффективности и социальной справедливости. С одной стороны, система здравоохранения — это огромные ресурсы и материальные, и человеческие, важная отрасль народного хозяйства, создающая рабочие места. Если соотнести затраты на здравоохранение с уровнем развития экономики (ВВП), то, например, в среднем по странам ОЭСР в 2001 г. они составили 8,4% ВВП (ОЭСР, 2005). С другой стороны, в развитых капиталистических странах признается право на охрану здоровья, необходимость снятия любых, в том числе финансовых ограничений при получении медицинской помощи.

Здоровье человека в рамках социального подхода в его различных интерпретациях связывается с развитием общества в целом и экономики в частности. Здравоохранение и экономика тесно переплетаются и здоровье населения имеет ключевое значение для экономического развития. Можно выделить следующие направления взаимодействия здоровья и экономики:

- здоровые люди более производительны и, соответственно, вносят больший вклад в развитие экономики и общества;
- чем более развита экономика, тем она вносит больший вклад в обеспечение здоровья и повышение качества жизни населения путем улучшения социальной среды в целом при контроле уровня неравенства;
- более здоровое население требует меньших затрат на охрану здоровья;
- качественные медицинские услуги способствуют улучшению здоровья населения;
- хорошо работающая экономика дает больше ресурсов для расходов на здравоохранение (ВНО, 1997).

Однако общее признание этих фактов далеко не всегда находит реализацию на практике. Стратегическая задача обеспечения здоровья населения не подвергается сомнению, особенно на макроуровне. Однако, когда встает вопрос о распределении ресурсов, ситуация складывается не так однозначно. Например, существует проблема взаимодействия структур, отвечающих за финансирование и организацию охраны здоровья населения, особенно Министерства здравоохранения и Министерства финансов. Их взгляды на проблему часто не совпадают. Министерство финансов обычно

стремится контролировать расходы, не всегда отдает приоритет здоровью населения и рассматривает затраты на здравоохранение как наилучшее использование ресурсов, в то время как Министерство здравоохранения озабочено обеспечением больших ресурсов для удовлетворения потребности в охране здоровья населения.

Кроме того, не учитывается специфика здравоохранения как отрасли, где не всегда возможно применение стандартной экономической теории, работающей для других отраслей экономики. Поэтому вопрос о роли здравоохранения как системы в обеспечении здоровья населения по-прежнему стоит на повестке дня и нуждается в дальнейшей проработке и осмыслении.

В более прикладном смысле экономические аспекты деятельности системы здравоохранения связаны с определением объема ресурсов, выделяемых на охрану здоровья (макроэффективность), и возможных вариантов их использования (микроэффективность). Ставится на первый взгляд простая задача — добиться больших результатов, используя те же ресурсы, или сохранить имеющийся результат, но за счет меньших средств. Макроэкономическая эффективность подразумевает необходимость правильно определить общие расходы страны на здравоохранение на основе ценности для общества улучшения здоровья, обеспечиваемого дополнительно вложенными ресурсами. Имея ввиду их ограниченность, приходится учитывать и то, что общество могло бы получить, если бы эти ресурсы были потрачены на другие цели. Это достаточно трудно осуществить на практике, так как измерение и оценка здоровья и степени его улучшения, обеспечиваемой приростом ресурсов, является сложной задачей.

Одна из проблем, решаемых в рамках обеспечения микроэффективности состоит в том, чтобы ресурсы, которые общество готово выделить на здравоохранение, были правильно распределены уже внутри самой системы, например, соотношение расходов на первичную медицинскую помощь и больничный сектор. При этом необходимо добиваться, чтобы услуги были оказаны при минимально возможных издержках, причем достаточно трудно бывает разделить микро- и макроэффективность. Так, если производители услуг неэффективны и соответственно, их затраты выше, то это ведет к росту общих расходов на здравоохранение.

Так как экономические проблемы решаются с помощью специальных организационных форм, то анализ экономических аспектов здоровья неизбежно связан с выбором форм организации и финансирования здравоохранения<sup>1</sup>. Причем нужно разделять способ финансирования, т.е. как общество собирает средства для здравоохранения, и механизмы оплаты работы тех, кто предоставляет медицинские услуги.

Традиционная классификация систем здравоохранения по признаку способа организации и методов финансирования оказания медицинских услуг может быть представлена следующим образом:

- частное медицинское страхование — финансируется работодателями или самими гражданами, услуги оказываются частными организациями (США);

- социальное медицинское страхование — страховые взносы на основе дохода, услуги оказываются организациями и частного, и государственного сектора (большинство стран Европы);

- бюджетная медицина — финансируется за счет налогов, услуги оказываются в основном государственными учреждениями /контроль (Великобритания) (OECD, 1994).

Следует отметить, что развитые капиталистические страны сталкиваются с необходимостью более рационального использования ограниченных ресурсов, выделяемых обществом на здравоохранение. Постоянный рост расходов, несмотря на принимаемые активные меры, можно, на мой взгляд, рассматривать как манифестацию экономических проблем, которые существуют в здравоохранении в капиталистической экономике.

В настоящее время главное направление дискуссии в экономике здравоохранения определяется общими проблемами экономической теории, связанными с ролью рынка и/или государства в производстве и распределении медицинских услуг. Основные вопросы, которые волнуют исследователей: эффективны ли рынки медицинских услуг? насколько эффективно государственное/общественное оказание медицинских услуг? насколько успешно ра-

---

1. В работе будут рассмотрены проблемы, связанные с оказанием населению медицинских услуг, другие — связанные с здравоохранением — были исключены из анализа.

ботают смешанные системы? Поиск ответов на эти вопросы выводит на более высокий уровень рассуждений — о роли рыночной парадигмы в экономической науке, возможностях и пределах ее использования.

Информацию к размышлениям на эти темы дает изучение существующих в мире систем здравоохранения. В интересах настоящего анализа предлагается видоизменить традиционную классификацию, связав системы здравоохранения с общеэкономической средой. Это может быть:

- рыночная система здравоохранения в рамках рыночной экономики — США;
- смешанная система здравоохранения в рамках рыночной экономики — большинство развитых капиталистических стран;
- государственная система здравоохранения в рамках рыночной экономики — Великобритания;
- государственная система здравоохранения в рамках государственной экономики — СССР.

Представляется, что данная классификация соотносит здравоохранение как систему (выделяются три базовые — рыночная, смешанная и государственная) с общеэкономическим укладом, господствующим в обществе (рыночный и государственный)<sup>2</sup>. Это, на мой взгляд, позволяет более четко сопоставить уровни обсуждения проблемы «рынок / государство» в рамках системы здравоохранения, с одной стороны, и общеэкономической теории — с другой. Задача данной работы — рассмотреть предложенные модели здравоохранения, их возможности с точки зрения реализации критериев экономической эффективности и социальной справедливости, определить роль и ограничения последних в рамках рыночной парадигмы.

---

2. Здесь имеется в виду доминирующий уклад, так как, например, в США существуют государственные программы здравоохранения, а в Великобритании — частные.

## ЗДОРОВЬЕ И ЭКОНОМИКА: ИНВЕСТИЦИИ В ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ

Существуют серьезные аргументы в пользу важности человеческого капитала для экономического роста. Данная посылка основана на идеях Г. Беккера, обусловленных данными о том, что рост физического капитала и труда объясняет относительную меньшую часть роста доходов в большинстве стран. Беккер подчеркивает важность образования для экономического роста, определив уровень денежного возврата от образования. Согласно теории человеческого капитала Беккера, вложения в него повышают производительность человека, поэтому у него есть стимул вкладывать в себя через образование, обучение и здоровье с тем, чтобы увеличить будущий доход. Однако эти вложения подразумевают затраты, как прямые, так и косвенные, связанные с использованием времени, которое можно было бы потратить на другие цели (издержки выбора) (Becker, 1964).

Последующие работы подтвердили важность человеческого капитала — узко определяемого как достижения в образовании — как детерминанта экономического роста. Однако признание этого требует смены приоритетов и роста инвестиций в человеческий капитал. Во-первых, отдача от инвестиций в человека не меньше, если не больше, чем другие формы инвестиций. Во-вторых, инвестиции в человеческий капитал могут экономить использование физического капитала и эксплуатацию природных ресурсов. В-третьих, выгода от вложения в человека обычно распределена более равномерно, чем другие виды инвестиций. Таким образом, усиление вни-

мания к формированию человеческого капитала должно обеспечивать устойчивое развитие и более справедливое распределение выгоды от развития.

В первоначальном варианте Беккер упомянул здоровье как часть человеческого капитала, но потом сосредоточился на образовании. Гроссман стал первым, кто предложил модель спроса на здоровье, используя теорию человеческого капитала (Grossman, 1972). Он проводит различие между здоровьем как потребительским и как инвестиционным товаром. При этом необходим широкий взгляд на влияние здоровья на благосостояние и следует учитывать оба аспекта для оценки экономических последствий нездоровья.

Как потребительский товар здоровье входит прямо в функцию потребления индивида, так как люди получают удовлетворение от того, что они здоровы. Как инвестиционный товар, здоровье является частью человеческого капитала или ценности человека как части производства и обеспечивает ему возможность заработать. Здоровье снижает число дней болезни и соответственно увеличивает число дней, в которые можно заниматься какой-либо деятельностью, как рыночной, так и нерыночной. Поэтому производство здоровья оказывает влияние на полезность индивида не только как удовольствие от хорошего состояния здоровья, но и потому, что оно повышает число здоровых дней для работы (соответственно получения дохода) и свободного времени и увеличивает его доход.

Основная посылка модели Гроссмана состоит в том, что здоровье можно рассматривать как некоторый запас или, иначе говоря, товар длительного пользования (health stock), который необходим для производства здоровья. Индивид не только предъявляет спрос на здоровье, но и производит его. Он наследует первоначальный запас здоровья, который амортизируется с течением времени, но он может вложить средства в поддержание здоровья и повысить этот запас. При этом нужно иметь в виду, что потребителю нужно здоровье, а не медицинские услуги сами по себе. Спрос на медицинские услуги таким образом — это опосредованный спрос на здоровье. Производство здоровья также требует затрат времени от индивида, отрывая его от как рыночной, так и нерыночной деятельности. Таким образом, человек не просто покупает здоровье, а сам активно

участвует в его производстве, комбинируя ресурсы в соответствии с состоянием знания и уровнем технологий. При этом он рассчитывает оптимальный запас здоровья, сравнивая вложенные ресурсы в поддержание здоровья и отдачу, которую он может получить. Поэтому Гроссман предположил, что человеку важно не здоровье само по себе, люди потребляют здравоохранение не потому, что они ценят здоровье само по себе, а, прежде всего, потому, что это улучшает их запас здоровья (*stock of health*), который может быть использован как производительный ресурс (Grossman, 1972). Кроппер, развивая модель Гроссмана, учел ограничения, которые может наложить на человека болезнь, и изучил различия в спросе на профилактические и лечебные услуги и динамику спроса в течение жизненного цикла (Сторрег, 1977).

Основываясь на теории человеческого капитала эти модели рассматривают медицинские услуги в плане их потенциала в улучшении производительности. Подразумевается, что хорошее состояние здоровья дает возможность человеку реализовать свой производительный потенциал. С другой стороны, расширяется само понятие капитала — человек становится носителем капитала, т.е. суммы качеств (в том числе состояния здоровья) которые дают ему возможность заработать. Поэтому расходы на обеспечение здоровья являются инвестициями. Отдача от инвестиций в здоровье обычно определяется через доход человека.

В рассуждениях Гроссмана есть еще один важный момент, а именно — связь состояния здоровья и уровня образования и рассмотрение образования как важного фактора производства здоровья. Это связано с тем, что образование определяет эффективность, с которой домохозяйство преобразует имеющиеся ресурсы в лучшее состояние здоровья. У более высокообразованных людей есть больше возможности правильно освоить информацию о здоровье, чем у менее образованных. Прямое положительное влияние образования на здоровье, таким образом, связывается с аналитической способностью и критическим мышлением, которые определяют понимание как потенциального вреда тех или иных действий для здоровья, так и преимуществ, которые дает хорошее здоровье. Это ведет к росту спроса на медицинские услуги, участие в профилактических мероприятиях, здоровый образ жизни и готовность использовать новые технологии.

Эта точка зрения пользуется достаточной популярностью, хотя некоторые специалисты указывают, что отношение между здоровьем и образованием не такие прямолинейные. Так, например, Лера Муни отмечает, что образование оказывает значительное влияние на здоровье, например, более квалифицированная работа обусловлена меньшим риском для здоровья и приносит больше удовлетворения, она дает больше дохода, что при прочих равных условиях, обеспечивает больше здоровья. Кроме того, необходимо учитывать, что исследования обычно отталкиваются от достаточно низкого уровня образования. При таком уровне каждое дополнительное вложение в образование приносит большую отдачу для состояния здоровья, однако не ясно, сохраняется ли такая зависимость при более высоком уровне образования (Lleras-Muney, 2001).

Если человеческий капитал важен для развития экономики, а здоровье составляет его неотъемлемую часть, то последнее важно для экономического результата и, наоборот, экономический результат важен для здоровья.

Группа исследователей предположила, что здоровье может влиять на экономические результаты как на уровне страны, так и на уровне индивида в развитых странах в основном по четырем каналам, которые приводят к более высокой производительности, увеличению предложения рабочей силы, повышению квалификации как результат обучения, увеличению накоплений для инвестиций в физический и интеллектуальный капитал (Bloom et al, 2001).

**Производительность труда.** Разумно предположить, что более здоровые люди могут производить больше. С одной стороны, производительность прямо увеличится ввиду лучшего физического и морального состояния работника. С другой стороны, более физически и морально активные индивиды могут принести больше пользы и более эффективно использовать технологию, машины и оборудование. Кроме того, можно ожидать, что более здоровая рабочая сила легче адаптируется к изменениям, в том числе в организации работы, ее содержании.

**Предложение рабочей силы.** Теоретически, влияние здоровья на предложение рабочей силы достаточно расплывчато. Хорошее здоровье снижает число дней болезни и увеличивает время для работы и отдыха. Но здоровье также воздействует на решение

человека работать через его влияние на доход, трудовые предпочтения и ожидаемый горизонт жизни. Влияние здоровья на предложение рабочей силы через каждый из этих промежуточных факторов не всегда очевидно. С одной стороны, если заработная плата связана с производительностью и более здоровые люди более производительны, улучшения в здоровье должны сопровождаться ростом заработной платы и стимулированием к росту предложения рабочей силы (эффект замены). С другой стороны, здоровый человек может получить более высокие доходы в течение жизни и раньше выйти с рынка труда (эффект дохода).

Что касается трудовых предпочтений, то можно предположить, что по мере улучшения здоровья работа становится менее важной и человек может обменять работу на свободное время. Однако, возможно, что улучшение здоровья сокращает потребность в потреблении и поэтому снижает относительную преференцию к работе и ведет к росту свободного времени. И, наконец, если хорошее здоровье не приводит к изменениям ни трудовых предпочтений, ни заработной платы, но повышает продолжительность жизни, то индивидуальное потребление увеличится, что приведет к росту предложения рабочей силы.

Плохое состояние здоровья оказывает и косвенное влияние на рынок труда, что связано с необходимостью приводить в соответствие свое трудовое поведение в связи с болезнью членов семьи.

**Образование.** Согласно теории человеческого капитала, более здоровые индивиды более продуктивны и получают больший доход. Более того, дети с лучшим здоровьем и обеспеченные более хорошим питанием обычно добиваются лучших результатов в обучении, меньше пропускают школу или уходят из нее и поэтому лучшее здоровье в молодости косвенно способствует будущей производительности. Если хорошее здоровье также связано с большей продолжительностью жизни, то, более здоровые люди будут иметь больше стимулов вкладывать в образование и обучение, так как уровень амортизации полученных умений будет ниже.

**Сбережения и инвестиции.** Состояние здоровья скорее всего оказывает влияние не только на уровень дохода, но и на его распределение между потреблением и сбережениями, желанием делать инвестиции. Люди с лучшим здоровьем имеют более широ-

кий временной горизонт и у них уровень сбережений будет выше. При прочих равных условиях, население, продолжительность жизни которого выше, сможет иметь больше сбережений.

Таким образом, есть ряд каналов, которые связывают здоровье и экономические результаты на индивидуальном и агрегированном уровне. При оценке вклада здоровья в экономический рост важно помнить о возможной обратной связи дохода и здоровья. Доход может влиять на здоровье двумя способами: непосредственно — через условия жизни и косвенно — через социальное участие, возможность контролировать свою жизнь и чувство уверенности.

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

Истинное экономическое значение здоровья возрастает, если учесть концепцию так называемого полного дохода. Она исходит из того, что такой показатель как ВВП не является идеальным измерителем социального благосостояния, так как он не включает нерыночные товары, в том числе ценность здоровья. Реальная цель экономической активности заключается не только в производстве товаров, но и в максимизации социального благосостояния. Так как здоровье является неотъемлемым компонентом общего социального благосостояния, измерение экономических затрат болезни только в терминах упущенного ВВП оставляет за бортом потенциально значительную часть его влияния на полный доход (Usher 1973, Nordhaus 2003).

Вопрос об инвестициях в здоровье стал особенно популярен после опубликования доклада Мирового Банка в 1993 г., посвященного здравоохранению (World Development Report, 1993). В начале XXI в. Комиссия по макроэкономике и здоровью, созданная ВОЗ, подчеркнула экономическую важность вложений в здоровье. Здоровье рассматривается не как просто побочный продукт эконо-

мического развития, а как один из важных детерминантов экономического развития и снижения бедности.

Хотя на высшем уровне в развитых странах признается, что здоровье населения положительно влияет на национальную экономику, на практике оно не входит в национальные приоритеты экономического развития. В дискуссиях расходы на здравоохранение все еще рассматриваются как затраты, которые необходимо ограничивать и сдерживать. В большинстве стран министерства здравоохранения одни из наиболее слабых. В Великобритании, например, его относят к так называемым «тратящим министерствам» (spending department), что подчеркивает затратный характер расходов на здравоохранение.

Данные подтверждают, что есть смысл использовать инвестиции в здоровье, как внутри сектора, так и вне его, как дополнительное средство достижения экономических целей. Расходы на здравоохранение в данном контексте можно рассматривать как инвестиции, которые приносят экономическую отдачу, а не просто как расход/затраты. При этом отношения между здоровьем и экономикой не просто двусторонние, а взаимоусиливающие, т.е. обеспечивают большую отдачу от инвестиций определенных средств как в здоровье, так и в экономику по сравнению с инвестициями тех же средств только или в экономику, или в здоровье.

Однако для развитых стран вопрос этот не такой уж простой — уже достигнут определенный уровень здоровья и, возможно, большие инвестиции не принесут адекватной отдачи. Продолжительность жизни значительно выше пенсионного возраста, и дальнейшее увеличение здоровья приведет к росту числа людей, не участвующих в активной экономической деятельности. Не обсуждая этическую сторону вопроса, можно предложить три аргумента в защиту инвестиций в здоровье. Во-первых, средняя продолжительность жизни скрывает существенные различия между индивидами. Во-вторых, важно не просто число прожитых лет, а годы, прожитые качественно и, соответственно, потенциально более продуктивно, а их количество даже уменьшается. В-третьих, появились опасения, что нельзя принимать как данность, что достигнутые в области здравоохранения результаты сохранятся и продолжится тенденция к улучшению. Пример России показывает, что даже в мирное время

продолжительность жизни в индустриально развитой стране может уменьшиться. В развитых западных странах возникли проблемы, связанные с ожирением, в том числе среди детей, с устойчивостью микробов к лекарствам, что может привести к стагнации, а возможно и ухудшению состояния здоровья населения в долгосрочной перспективе, трудно идет борьба с курением, которое является важным детерминантом здоровья, возникли проблемы. Особенно активно эти идеи обсуждаются в европейских странах, где происходит как снижение производительности труда, так и притока рабочей силы. Это в частности, ставит вопрос о привлечении к труду людей старших возрастов, которые для этого должны быть здоровы и способны работать.

## II

# РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ — ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ

Сегодня анализ экономических проблем здравоохранения ведется в рамках рыночной парадигмы. Обсуждается, где рынок не справляется с задачей рационального распределения ресурсов на цели здравоохранения и где, соответственно, необходимо вмешательство государства. При этом признается, что там, где рынок справляется с решением этой задачи, вмешательство государства не нужно и даже вредно.

Экономисты-рыночники, в широком смысле этого слова, настаивают, что все равно, на что тратятся ресурсы общества, проблема в их ограниченности. Поэтому здравоохранение может потреблять сколько угодно средств, если оно докажет, что альтернативное использование ресурсов менее выгодно. Поэтому любая программа по оказанию медицинской помощи может быть оправдана не потому, что она необходима или успешна сама по себе, а потому что она является лучшим использованием ресурсов, чем программы в других областях.

В рамках рыночных представлений закономерно возникает вопрос о том, почему бы не покупать медицинские услуги как и все другие товары в капиталистической экономике — если хочешь и можешь себе это позволить? Главный аргумент против такого прямолинейного рыночного подхода — специфика рынка медицинских услуг.

Частный рынок хорошо работает, только если есть свободная конкуренция, свободный обмен информацией и нет так называемых недостатков рынка. Классическая рыночная теория предполагает:

- наличие достаточно большого числа производителей товара (с тем, чтобы они не оказывали влияние на цену);
- возможность свободного выхода на рынок и ухода с него;
- однородность продукта или услуги, т.е. они должны быть похожими друг на друга независимо от того, кто их производит;
- возможность получения адекватной информации по поводу товара и цен, с тем, чтобы потребитель смог сделать правильный выбор.

Однако на практике эти условия нарушаются. Пример США, где решение вопросов по оказанию медицинских услуг в значительной степени возлагается на рыночные механизмы, демонстрирует отсутствие свободной конкуренции на рынках медицинских услуг, что ведет к неэффективности системы и недоступности данных услуг для многих американцев. Ряд исследований свидетельствует о недобросовестной конкуренции и проблемах в обмене информацией наравне с невозможностью для многих американцев получить медицинское страхование. В стране, которая тратит больше всех развитых капиталистических государств на здравоохранение, более 40 млн граждан не имеют медицинской страховки.

Причина того, что рынок не справляется с задачей эффективного распределения ресурсов в сфере медицинских услуг, определяется спецификой медицинской услуги как товара. Чем же рынок медицинских услуг отличается от рынка других товаров и услуг, как стороны спроса, так и со стороны предложения?

**Отсутствие полной информации у пациента.** Пациент часто не имеет ясного представления о том, что ему действительно нужно. При этом медицинская потребность может существовать даже тогда, когда человек ее не осознает или не понимает роли медицинской помощи в ее удовлетворении. Предоставляемая больному информация обычно технически сложна для понимания. К тому же, если он/она находится в тяжелом состоянии, то может просто не иметь времени для получения полной информации. При этом сложно сравнить советы разных врачей — во многом это вопрос доверия, взаимоотношений, складывающихся между врачом и пациентом.

Потребители не имеют адекватной информации о ценах на медицинские услуги. Вместе с тем, рациональный выбор предполагает наличие информации и о цене, и о сущности продукта.

**Неопределенность.** Наступление болезни, которое определяет спрос на медицинские услуги (кроме диспансеризации и вакцинации), сложно предсказать. Можно в принципе предсказать уровень заболеваемости на основании ретроспективных данных для группы населения, но это сложно сделать для каждого отдельного больного. Возникают и серьезные финансовые проблемы — болезнь ведет к риску потери трудоспособности и, соответственно, способности зарабатывать. Медицинские услуги — товар дорогостоящий, требующий значительных финансовых затрат. Можно попытаться накопить средства на случай наступления болезни, но нельзя быть до конца уверенным, что успеешь это сделать.

Отсутствие знаний о будущем приводит к тому, что пациенты не знают когда и сколько медицинских услуг им потребуется, какова вероятность результатов различных видов лечения (Arrow, 1963). Часто они потребляют медицинские услуги в состоянии, когда не способны собрать необходимую информацию и сделать правильные выводы. К тому же, так как болезнь в ряде случаев является разовой ситуацией, больной не имеет возможности использовать свой опыт, который помог бы ему сделать рациональный выбор.

**Ассиметрия информации.** Ситуация ассиметрии информации складывается, когда на рынке одна из сторон объективно имеет больше информации, чем другая. На рынке медицинских услуг явное преимущество имеют врачи, причем как на стороне спроса, так и на стороне предложения. Они и оказывают медицинские услуги, и определяют, сколько их нужно пациенту. Именно врач принимает решения о лекарствах, о необходимости того или иного вида лечения, и т.д. Поэтому в результате пациент выбирает не медицинскую услугу как таковую, а врача, и сам не решает, сколько медицинских услуг ему необходимо.

Более того, потребитель неспособен оценить медицинскую услугу даже после ее получения. Он некомпетентен покупать товар, который сложен и обычно потребляется нерегулярно. Если раскладывать факторы спроса и факторы предложения, то спрос на медицинские услуги это скорее спрос на врачей, а не на определенную услугу, соотношение между тем, что хотят платить и числом врачей.

При этом следует иметь ввиду и еще один фактор — **неэластичность спроса** на медицинские услуги. Потребители опре-

деленных медицинских услуг обычно слабо реагируют на изменение цен. Рост цены не приводит к адекватному снижению потребления, и наоборот, снижение цены не ведет к соответствующему росту потребления, хотя могут быть вариации в зависимости от вида медицинской услуги. Таким образом, неэластичный по цене спрос на медицинские услуги в целом объясняет почему у тех, кто оказывает медицинские услуги, возникает сильный стимул к повышению цен.

Следовательно, потребитель медицинской услуги не обладает полной информацией, необходимой ему для того, чтобы сделать рациональный выбор, а часто он просто не в состоянии его сделать. В условиях отсутствия достаточной информации и равной силы на рынке, потребитель делает нерациональный выбор, хотя насколько последний нерационален — станет ли результатом недостаточное или наоборот чрезмерное потребление — является дискуссионным вопросом.

На рынке медицинских услуг появляется проблема платежеспособного спроса населения. Даже в рамках рыночной парадигмы возникает вопрос, как избежать основной проблемы для населения — объективной невозможности большинства граждан платить за медицинские услуги из своего кармана непосредственно при возникновении потребности в медицинских услугах (наступлении болезни).

Решение, которое предлагает рынок — это *страхование*, т.е. объединение рисков на основе предоплаты. Однако, может ли рынок организовать эффективно медицинское страхование как частное? Анализ показывает, что частное медицинское страхование в свою очередь порождает ряд проблем, например, в сфере финансирования возникает третья сторона (страховая компания). Это ведет к тому, что потребитель предъявляет чрезмерный спрос, что, в свою очередь, приведет к росту затрат и для потребителей, и для производителей. Этот феномен получил название *moral hazard* (моральная опасность). Возникает и другая проблема — *adverse selection* (обратный выбор).

Таким образом, медицинские услуги минимально соответствуют требованиям чисто рыночной эффективности. Асимметрия информации, неопределенность, монополия врачей, оплата

третьей стороной и технические проблемы с частным медицинским страхованием создают серьезные проблемы на гипотетических рынках, как на стороне спроса, так и предложения.



## ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО/РЕГУЛИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СМЕШАННЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАПИТАЛИСТИЧЕСКОЙ ЭКОНОМИКЕ

Рынки медицинских услуг не только имеют тенденцию приводить к нежелательным результатам (которые ведут к необходимости вмешательства государства для их коррекции), но и через свои механизмы (страхование) создают проблемы. Для их устранения предлагается государственное участие (от минимального — лицензирование врачей, до более существенного — общественное производство и распределение медицинских услуг). Под смешанными системами здравоохранения далее понимаются такие системы, где государство не просто регулирует оказание медицинских услуг через рыночные механизмы (это есть и в рыночных системах), а непосредственно участвует в организации их финансирования и предоставления.

Наиболее важные вопросы влияния государства на рыночную экономику включают:

- обоснование необходимости государственного вмешательства;
- определение недостатков рынка, на устранение которых оно должно быть направлено;
- определение объема и конкретных форм государственного вмешательства.

Обоснование роли государства на рынке медицинских услуг предлагается в рамках рыночной парадигмы. При этом положе-

ния, используемые для оправдания государственного вмешательства, вызывают критику его противников.

**Общественные товары** в рыночной экономике обладают рядом специфических свойств, а именно — потребление одним не уменьшает потребление других; потребители не могут быть исключены из потребления этих товаров. Поэтому производить их для продажи индивидуальному потребителю на рынке неэффективно. Безопасность воды, контроль за инфекционными заболеваниями и качеством лекарств являются классическим примером общественных товаров в здравоохранении. Индивидуальные действия могут быть неэффективными, требуют значительных затрат или практически невозможны (безопасность питания). Большинство медицинских услуг, попадающих в категорию общественных товаров, имеют профилактический характер, ситуация с лечебными услугами более сложная, так как они в принципе могут поставляться через рынок.

**Мериторными** называются товары, потребление которых стимулируется государством, так как индивидуальный спрос на них отстает от того, который общество признает необходимым. Медицинские услуги в современном обществе в целом попадают под категорию мериторных. Государство вмешивается для продвижения товаров и услуг, которые по его мнению, имеют важную ценность для общества. Например, Программы здорового питания или безопасного секса это примеры, когда государство требует потребления здравоохранительных продуктов, которые рассматриваются как мериторные.

Однако использование аргумента мериторных товаров для оправдания государственного вмешательства, особенно в области образа жизни или поведения человека, можно подвергнуть критике с позиций гражданских прав. Так, либералы могут посчитать, что ни одна группа населения не имеет права навязывать свою волю другой. Более того, есть опасения, что группы специального интереса попытаются использовать государство для продвижения своих собственных взглядов на то, как индивид должен действовать и что потреблять. Поэтому в вопросах поведения государство должно ограничиваться только распространением информации. Более серьезное вмешательство поднимает много вопросов по гражданским правам и позиции гражданина по отношению к государству.

С другой стороны, тот же Масгров не видит проблем с более активным вмешательством государства в данной области. Оправданность вмешательства в повседневное поведение людей определяется тем, насколько выгода для здоровья перевешивает ограничение индивидуального выбора (Musgrove, 1996).

**Внешние эффекты.** При оказании медицинских услуг могут возникать преимущества, которые получает не только непосредственно сам пациент, но и все общество в целом. Классический пример, это инфекционные заболевания, когда использование медицинских услуг приводит к избавлению от болезни, которая может поразить и окружающих. Однако, следует помнить, что большинство медицинских услуг ведет к достижению положительного эффекта только для индивидуальных получателей, повышая вероятность их выздоровления и выживания.

Значительная часть критики государственных действий и вмешательства государства касается его роли как производителя услуг, особенно там, где оно включается в конкуренцию с частными производителями. При этом ускользает из внимания то обстоятельство, что возможно государство на самом деле мало вмешивается. Масгров предположил, что проблемы часто возникают из-за того, что государство делает скорее слишком мало, чем слишком много. Например, недоиспользование методов регулирования, в частности безопасности продуктов питания или стандартов качества услуг и предоставления информации как две важные области государственного вмешательства (Musgrove, 1996).

Системы здравоохранения в принципе достаточно сложны и сильно различаются на практике. Вариации в масштабах государственного вмешательства частично являются результатом различий в экономике, социальной и политической обстановке, в том числе сохранения прошлых обязательств и институциональных образований. В этих условиях роль государственного сектора в обеспечении здоровья населения остается дискуссионной.

Однако самый сложный практический вопрос заключается в том, что экономическая теория, обосновывая необходимость вмешательства государства на рынках медицинских услуг, не дает однозначного ответа о его объеме и формах.

Обычно *уровень государственного вмешательства* при оказании медицинских услуг достаточно высокий, что показывает доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП развитых капиталистических стран. Что касается *форм государственного вмешательства*, то их достаточно много. Так, Масгроу выделяет пять различных инструментов здравоохранительной политики для нейтрализации последствий частного рынка, а именно:

- разработка и распространение информации, например, о рисках, связанных с курением, об основах общественного здравоохранения, проведение исследований и мониторинг по болезням;
- регулирование частной деятельности — кадровые вопросы, правила и стандарты (кадры, страхование, лекарственное обеспечение);
- введение обязательности определенных действий для индивида или организации — например, участие в страховании, иммунизация детей в школе;
- прямое финансирование из общественных средств;
- непосредственное оказание услуг через государственные структуры, государственные программы страхования. (Musgrove, 1996).

Кроме того, государство выполняет и другие функции, которые не укладываются в вышеуказанные направления деятельности, например, налоговая политика может играть важную роль в продвижении здоровья, например, через налог на сигареты и алкоголь.

Существует два основных способа решения проблем оплаты медицинской помощи третьей стороной — регулирование расходов и использование стимулов к экономии ресурсов.

Регулирование направлено на сдерживание роста расходов путем: 1) прямого контроля за общими расходами; 2) контроля цен и количества; 3) использования ценового контроля для ограничения общих расходов. Контроль цен (оплата врачей) с открытыми общими расходами только частично сдерживает их рост, так как у врачей есть стремление увеличить количество оказываемых медицинских услуг для компенсации снижения цен. В ряде европейских стран и Канаде осуществляется регулирование и цен, и общих расходов (государственные или страховые компенсации).

Экономия ресурсов может также достигаться различными способами. Все большую популярность в западных странах полу-

чает идея перспективной оплаты (фиксированный общий бюджет, диагностически связанные группы). Другие меры включают соплатежи, приватизацию и поощрение так называемой регулируемой конкуренции.

Таким образом, основное направление научной дискуссии (да и практики) определяет, что нужен рынок медицинских услуг с участием государства, т.е. формирование смешанного уклада. Однако встает вопрос о том, насколько этот путь плодотворен. Где границы смешения системных признаков? Насколько уклады совместимы и в каких пределах? А главное, как в коктейле влияют друг на друга? До какого предела они компенсируют недостатки друг друга, а когда начинают использовать друг друга в своих интересах, забывая в конечном счете об интересах пациентов?

Например, отношения между Национальной службой здравоохранения (НСЗ) и частным здравоохранением в Великобритании являются источником постоянных и существенных противоречий. Во-первых, врачи-специалисты, работающие в НСЗ, имеют возможность совмещать работу в НСЗ с частной практикой. Во-вторых, существование оплачиваемых коек в рамках бесплатной государственной НСЗ многие считают несправедливым, так как те, кто имеет деньги, могут «перепрыгнуть» очередь, не платя полную стоимость лечения. Однако, такие пациенты приносят дополнительные средства в систему, а если специалистам запретить частную практику, то есть опасения, что лучшие из них могут вообще уйти из государственной системы здравоохранения.

Частное здравоохранение может развиваться за счет государственного — это допустимо или нет? Например, в Великобритании частный сектор, включая добровольное медицинское страхование, достаточно недорогой именно ввиду наличия развитого государственного сектора. Большинство пациентов используют дополнительно НСЗ, даже если имеют добровольное страхование, особенно если у пациента сложная проблема и частная больница просто не имеет возможностей для ее лечения; обычно дополнительное страхование получают на работе молодые, здоровые и хорошо оплачиваемые люди, т.е. группа минимального риска.

Пока частная медицина в большинстве капиталистических стран развивается только как дополнительная деятельность, то

она может служить как средство расширения выбора потребителя и снижения чрезмерного спроса. Но если она будет расти выше какого-то (неизвестного нам) уровня, то возможна ситуация, когда наиболее требовательные потребители выйдут из государственного сектора, снижая тем самым давление на государство в направлении увеличения расходов на здравоохранение. Это может привести к формированию двухступенчатой системы — высококачественная медицинская помощь для состоятельных и низкокачественное обслуживание в государственной системе для остальных, и в свою очередь к определенным последствиям, а именно: перераспределению ресурсов от бедных к богатым; росту расходов в крупном частном секторе (пример США).

Можно выделить следующие проблемы современных смешанных систем здравоохранения.

1. Достаточная неустойчивость. Создается впечатление, что процесс реформ вступил в стадию бесконечности. Например, Франция в 2000 г. имела по рейтингу ВОЗ (хотя и оспариваемому) первое место, однако уже в 2003 г. страну потрясли скандалы и забастовки медицинских работников. Причем реформы имеют «броуновскую» траекторию, когда движение происходит в замкнутых рамках рынок-государство, то допускают больше одного, то другого. Хотя практически весь ассортимент предлагаемых мер уже известен и представляет собой вариации стандартных наборов, а вот и ныне там. Возникает вопрос: сколько еще раз можно их менять местами? Единственное существенное достижение мировой практики состоит в том, что действия в области предложения медицинских услуг оказались более эффективными, чем действия в области сдерживания спроса.

2. Сохраняются проблемы со здоровьем населения. Многие страны пытаются акцентировать внимание на профилактике, но это практически сводится к здоровому образу жизни, для которого нужно иметь средства и возможности и который связан с рядом других социальных проблем. Более того, появились и новые проблемы. Они связаны, например, с изменением структуры заболеваемости (увеличение хронических болезней), появлением новых угроз для здоровья (новые инфекционные болезни, влияние химического и радиоактивного заражения). В связи с этим возникает во-

прос: насколько прочны и необратимы достигнутые положительные результаты в состоянии здоровья населения этих стран?

3. Оплата третьей стороной. Страхование ведет к росту спроса на медицинские услуги, но в спросе доля индивидуума нерешающая, его формируют и работодатели, и благотворители, и государство.

4. Обозначение границ перераспределения — речь уже идет не о страховании и объединении рисков и расходов, а об индивидуальной доплате «из кармана». При этом данные показывают, что введение доплат не дает больших результатов, но вызывает много вопросов.

5. Сохранение монополии врачей. При этом изначально существует тенденция, особенно у нас в стране, рассматривать врачей (и другой медицинский персонал) с неких альтруистических позиций, что объективно оправдано человеческой логикой и тем, что врач появляется в жизни человека в сложной жизненной ситуации. Но не следует забывать о поведении и стимулах. Логика здесь достаточно простая — если что-то позволено, а я этого не сделаю, то найдется кто-то другой, кто это сделает. Поэтому когда возникает финансовый мотив, странно ожидать от врачей того, чтобы они не воспользуются своим преимущественным положением для извлечения ренты.

## IV

### РЫНОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И РЕФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА: ПРИМЕР КВАЗИ-РЫНКОВ

В целях нашего анализа регулирование можно разделить на два направления:

- государственное — рынка/частного сектора;
- введение механизмов рыночного типа в рамках государственного сектора.

Последнее включает внедрение элементов рыночных отношений в рамках государственной системы с помощью механизмов рыночного типа. Они призваны привнести в систему государственно организованного здравоохранения стимулы, которые обеспечивает конкуренция в частном секторе:

- доходы должны определять расходы, решения о необходимости которых должны приниматься на основе знания затрат;
- потребности людей должны определяться по их реакции на изменение цен;
- тем, кто имеет средства, нужно предоставить возможность непосредственно, а не через налоговую систему, оплачивать медицинские услуги.

Наиболее характерным примером стали квазирынки в здравоохранении Великобритании.

Они основаны на идее разделения двух функций — оказания услуг и их финансирования. Традиционно исходят из того, что если какая-либо медицинская услуга финансируется государством, то она должна непосредственно оказываться государственными организациями. В Великобритании при сохранении государственного

финансирования система оказания услуг подверглась серьезным переменам. Государство стало выступать прежде всего в роли покупателя таких услуг, в то время как в области их предоставления его место все в большем количестве должны были занять некоммерческие и частные организации, конкурирующие за получение государственного заказа. Появление в рамках государственно финансируемой системы относительно независимых друг от друга так называемых «продавцов» и «покупателей» медицинских услуг было направлено на создание конкурентной среды, в которой больше внимания уделялось бы потребностям граждан, а не интересам тех, кто оказывает медицинские услуги.

Медицинские учреждения любой формы собственности должны были конкурировать между собой за привлечение клиентов, которые оплачиваются за счет государственных средств. Рыночная система, таким образом, создавалась только в области предложения при сохранении государственного контроля за спросом на медицинские услуги. Квазирынки еще называются внутренними, так как они финансируются государством и используются для распределения ресурсов между организациями, оказывающими медицинские услуги.

В качестве покупателей стали выступать местные органы здравоохранения и врачи общей практики (ВОП), которым было разрешено по их желанию распоряжаться финансовыми средствами. Согласно закону 1990 г. семейные врачи или их группы, которые имеют более 7 000 пациентов, могут наделяться фондами. В этом случае часть местного бюджета на здравоохранение перераспределяется в пользу ВОП-держателей фондов. Средства местных органов здравоохранения уменьшаются на сумму, выделяемую ВОП-держателям фондов. Соответственно, чем больше в данном регионе данных врачей — держателей фондов, тем меньше средств остается в распоряжении местных органов здравоохранения. За счет выделяемых средств ВОП-держатели фондов приобретают по своему выбору услуги других медицинских учреждений, необходимые для лечения своих пациентов.

Местные органы здравоохранения использовали оставшиеся у них средства для покупки услуг у ВОП, не имеющих фондов, больниц и других медицинских учреждений, как на своей террито-

рии, так и за ее пределами. Больницы в свою очередь были разделены на две группы. Одни остались в непосредственном ведении местных органов здравоохранения, другие были реорганизованы в так называемые трасты.

Основная идея, которая лежала в основе рассматриваемых изменений — создание рынка с характерной для него конкуренцией, заключением договоров между покупателями и относительно автономными продавцами. Предполагалось, что это приведет к установлению контрактных отношений как между самим государственными организациями, так и между государственными и другими организациями, создавая условия для замены прежних иерархических методов управления новыми, контрактными методами. В этой модели функции центра включали стратегическое планирование, формулирование целей и постановку задач, определение стандартов, координацию покупки услуг и общий бюджетный контроль.

Однако практический опыт Великобритании по введению квазирынков в здравоохранении выявил ряд проблем. Стало очевидно, что рынки медицинских услуг значительно отличаются от традиционных рынков по характеристикам как спроса, так и предложения. Далекое не все организации стремятся к максимизации прибыли, большинство из них не находятся в частной собственности. Решение о покупке той или иной услуги практически не принимается непосредственным потребителем. Задача тех, кто распределяет бюджет, состоит в том, чтобы учитывать интересы потребителя, но ее выполнение может быть ограничено как профессиональной компетенцией, так и финансовыми возможностями. Идея состояла в том, чтобы создать систему, которая бы способствовала снижению затрат, улучшению качества услуг и расширению выбора, зависела от наличия необходимых поставщиков, как по количеству, так и по сферам деятельности. Однако возникли трудности, связанные с их недостаточным числом, ограниченными возможностями выхода на рынок, сущностью предоставляемых услуг, которые отличаются большим многообразием.

В системе квазирынков неизбежно возникают два важных вопроса: как покупатели медицинских услуг будут контролировать процесс их оказания? как лечебные учреждения будут организовыв-

вать свою деятельность и управлять ею в рамках контрактных взаимоотношений?

Типовые контракты обычно унифицируют клиентов, не учитывают индивидуальный характер потребностей в медицинских услугах. Так, например, у пациентов могут неожиданно возникнуть потребности, которые сложно предсказать и которые, соответственно, не были определены в контракте, однако их удовлетворение не может быть отложено до заключения нового контракта. С другой стороны, заключение так называемых спот-контрактов — договор на реальный товар — не обеспечивает организации, оказывающей медицинские услуги, стабильной финансовой базы, которая позволит ей выйти на рынок.

Границы децентрализации определяются затратами, наличием соответствующих информационных систем, которые позволяют центру контролировать периферию, а также политическими соображениями. Хотя произошли определенные сдвиги в направлении делегирования ответственности и обязанностей, они далеко не всегда сопровождались адекватным делегированием власти и полномочий. Внедрение контрактной системы взаимоотношений привело к увеличению административно-технического персонала и соответствующих расходов.

Таким образом, развитие такого феномена, как квазирынки, вызвало много вопросов: нужны ли они в действительности? являются ли они лучшим способом оказания медицинских услуг, чем, например, государственные бюрократические организации или наоборот, частные организации, основанные на чисто рыночных отношениях? Практика реформы в Великобритании показала, что многие преимущества, приписываемые рынку, не подтвердились. Негосударственный сектор не обязательно является более дешевым и более рентабельным, обеспечивающим клиентам больший выбор, более демократичным, чем государственный, а государственные бюрократии могут оказывать услуги высокого качества.

Важно отметить и еще один факт — идея квазирынков была неоднозначно воспринята в самом государственном секторе Великобритании. В частности, сдержанность в данном вопросе обусловлена неопределенностью, связанной с будущей структурой и финансированием госсектора; идеологическими мотивами, убеж-

денностью, что медицинские услуги являются особым видом деятельности, которая не так-то легко поддается логике рынка; гордостью за достижения государственного сектора, а также ограниченностью потенциала организаций негосударственного сектора. Многие представители местных органов власти в Великобритании, например, высказывали мнение, что организационное разделение между покупателями и продавцами является искусственным и выступали за то, чтобы не было разрыва между оценкой потребностей клиентов, оказанием услуг, контролем и последующей переоценкой потребностей.



## ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: УНИВЕРСАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ?

Согласно нашей классификации выделяются два вида государственной системы оказания медицинских услуг: в рамках рыночной (капиталистической) и нерыночной (социалистической) экономики. Под государственной мы подразумеваем систему здравоохранения, где и финансирование, и оказание медицинских услуг осуществляется государством.

Классическим образцом является государственная система здравоохранения, сформировавшаяся за годы советской власти, которую на Западе часто называют «моделью Семашко» (Maree J., Groenewegen, 1994). Классический пример государственной системы в рамках рыночной экономики — Национальная служба здравоохранения в Великобритании.

Основная суть государственной медицины заключается в бесплатном оказании медицинских услуг населению государственными медицинскими учреждениями с тем, чтобы обеспечить равный доступ всех категорий населения к ним без финансовых ограничений.

На основе анализа теории и практики государственной модели — как она проявила себя в рамках рыночной и нерыночной общеэкономической среды — аргументы в ее защиту можно свести к следующему:

■ *макроэффективность*. Государственная система относительно более дешевая по международным стандартам. Она пользуется популярностью у большинства населения, являясь успешным

механизмом и социально, и политически приемлемого рационарирования ресурсов. Унифицированная и интегрированная структура облегчает выработку приоритетов;

■ *механизм финансирования.* Бюджетное финансирование позволяет избежать таких проблем страховых рынков, как высокая вероятность лечения, обратный выбор и моральная опасность. Так как налоги основаны на способности платить, существуют преимущества и в отношении справедливости;

■ *стимулы к экономии ресурсов со стороны предложения.* Они связаны, во-первых, с организацией оплаты персонала. Фиксированная заработная плата и отсутствие оплаты за услугу не создает стимулов к избыточному предложению. Подушевая оплата врачей ведет к увеличению числа пациентов и снижению времени, затрачиваемого на одного больного. Поэтому возникает стимул или оказать пациенту меньше услуг или передать в больницу. Во-вторых — с жестким порядком формирования бюджета вместе с контролем за поведением врачей;

■ *доверие потребителя.* Так как решения по поводу необходимости лечения обычно принимаются врачами, то пациент склонен больше доверять решению врача, не связанного финансовыми мотивами;

■ *бесплатное (у источника) лечение.* Это облегчает доступ, способствует ранней диагностике, снижает внешние эффекты и обеспечивает справедливость;

■ *микроэффективность.* Ввиду унифицированной структуры и отсутствия платы за услуги у бюджетных систем большая способность, чем у страховых, к замещению медицинских профессий, использованию командного подхода и обеспечению выбора между обслуживанием в больнице или на дому (Bart, 1993).

Противники государственной системы выделяют следующие проблемы в ее функционировании:

■ *неэффективность на макроуровне.* Слишком мало средств выделяется, чтобы поддержать систему на уровне мировых стандартов, в том числе и за счет личных средств. Однако частные системы в свою очередь вызывают рост расходов, который очень трудно сдерживать. Поэтому проще выделить больше средств, чем менять систему;

■ *тенденция к монополии и ограничения выбора у потребителя.* Однако, обычно в рамках государственной системы здравоохранения можно выбирать и менять врача, или выбрать частную медицину. Даже в советское время существовали платные поликлиники;

■ *бюрократизация.* На нее уходит много средств. Однако, хотя административные расходы значительные, они меньше по международным стандартам, чем, например, в страховых системах. В частности, не затрачиваются средства на оформление счетов пациентам;

■ *отсутствие стимулов к повышению эффективности работы.* Например, врач-специалист, который принял больше пациентов, выполнит больше работы, но не получит больше средств. У медицинского учреждения нет необходимости решать вопрос с издержками выбора, так как капитальные расходы оплачивает государство. При этом предполагается, что за заработную плату врачи работают хуже, чем если бы они получали плату за услуги. Однако необходимо учитывать, что существуют не только финансовые, но и нематериальные стимулы и традиции. Хотя это сложно доказать, но можно предположить, что бюджетная медицина прежде всего привлекает людей, которые получают удовлетворение от работы, в то время как в странах с частными системами — тех, кто хочет заработать деньги. Из этого не следует, что последние лучше работают. При этом, если предположить, что усилия врачей зависят от вознаграждения, то высокая заработная плата способна решить эту проблему;

■ *неэффективность на микроуровне.* Это подразумевает нерациональное распределение ресурсов как между отдельными территориями, так и между видами медицинской помощи;

■ *отсутствие гибкости и ответственности.* Государственное медицинское учреждение сложно закрыть, даже если оно оказалось неэффективным с экономической точки зрения. Отсутствует приоритет экономической рациональности, нет точной оценки стоимости оказываемых услуг.

Таким образом, государственная система имеет как достоинства, так и недостатки. Анализ различных систем здравоохранения показывает, что принятие других моделей скорее всего приве-

дет не только к проблемам, очень похожим на те, которые существуют в бюджетной медицине, но и ряду других. При принятии окончательного решения, насколько государственная система оказания медицинских услуг рациональна, возникает проблема выбора принципов оценки и роли социального критерия.

## VI

# СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Вопрос о социальной справедливости возникает и в рамках рыночной парадигмы — каково должно быть вмешательство государства, чтобы максимизировать экономическую эффективность и обеспечить социальную справедливость? При этом именно от государства ожидается, что оно обеспечит в ходе перераспределения социальную справедливость, в то время как рынок рассматривается как беспристрастный оценщик личных успехов и неудач.

В традиционной рыночной парадигме проблема экономической эффективности и социальной справедливости могут быть разделены. Конкуренционные рынки ведут к эффективному распределению ресурсов и каждое эффективное по Парето распределение ресурсов достигается через механизм конкуренции (при условии что осуществляется перераспределение). Разделение эффективности и распределения по существу означает, что можно сначала создать эффективную экономическую систему, оставив за бортом вопросы бедности и неравенства. Позиция либералов состоит в том, что медицинские услуги являются обычными товарами и поэтому, как всякий товар, должны распределяться в соответствии с доходом, ценами и вкусами потребителей. Если необходимо изменить распределение медицинских услуг, то нужно изменить распределение дохода.

Такая постановка вопроса для здравоохранения представляется неверной, в том числе и с чисто практической точки зрения.

Оценить экономическую эффективность здравоохранения достаточно трудно ввиду сложности измерения выгоды от него по сравнению с другими видами деятельности (макроэффективность) и относительной выгоды в отдельных отраслях здравоохранения (микроэффективность)<sup>3</sup>. И здесь возникает критерий социальной справедливости.

Право на охрану здоровья признается в числе основных прав человека. С одной стороны, медицинские услуги можно рассматривать и как элемент инвестиций в человеческий капитал, и как элемент потребления, часть уровня жизни населения. С другой стороны, общество по особому относится к здоровью и медицинским услугам как потребности, гражданам хочется верить, что никто не останется без медицинской помощи просто потому, что не может платить.

Однако оценка справедливости той или иной системы здравоохранения не может быть нейтральной, она определяется политическими ценностями. Популярность системы зависит от того, насколько она соответствует принятым принципам социальной справедливости. Часто принимаемые решения представляются как сугубо технократические, экономические, на первый план выходят якобы соображения беспристрастной эффективности. Однако следует помнить, что за ними всегда стоят определенные идеологические мотивы, связанные, в том числе, и с определением основных принципов построения общества. В развитых странах сложились различные модели здравоохранения, сущность которых зависят от многих факторов, таких как исторические, культурные и национальные традиции, состояние экономики. Но в основе любой модели лежит отношение, к существующим в обществе базовым ценностям, таким как равенство и справедливость.

В развитых странах принимается как аксиома, что ресурсы здравоохранения должны распределяться справедливо. При этом можно выделить два подхода к справедливости — справедли-

---

3. В основе одного из подходов, связанного с попыткой эффективного распределения ресурсов между различными видами медицинской помощи — годы жизни с поправкой на качество. Он исходит из того, что результат должен быть оценен не только по количеству дополнительных лет жизни, но и по их качеству. Хотя измерение качества неизбежно ведет к субъективизму (например, насколько ограничения мобильности снижают качество жизни), это по крайней мере дает возможность включить субъективные ценности систематически и открыто.

вость возможности иметь доступ и использовать ресурсы здравоохранения и финансовая справедливость, оцениваемая как бремя финансовых взносов, получаемых системой здравоохранения от различных социально-экономических групп населения.

Самая распространенная методологическая ошибка — смешение равенства и справедливости. Равенство можно рассматривать как частный случай справедливости, имеющий отношение только к равным долям. Справедливость же определяет, что можно признать справедливым неравенство. Например, может быть признан справедливым неравный доступ к медицинским услугам, те группы населения, у которых вероятность наступления болезни выше, должны иметь более широкий доступ к медицинским услугам. Причем понимание справедливости во многом зависит от политического процесса. Возможно, что большинство проголосует за цель справедливости, дискриминирующую меньшинство, и это будет принято как справедливое решение.

Равенство может рассматриваться с двух точек зрения. Горизонтальное — подразумевает равное отношение к равным, т.е. равное отношение к равным потребностям. Например, одинаковая длительность нахождения в больнице в определенном состоянии, одинаковое время ожидания получения лечения для пациентов с одинаковой болезнью, одинаковые показатели смертности с поправкой на возраст и пол.

Вертикальное равенство говорит о том, насколько к индивидам, которые неравны, должно быть применено разное отношение. Это очень важная идея для здравоохранения, но ее трудно реализовать. Например, потребности в лечении разных болезней существенно различаются. Вопрос в том, как неравенство этих состояний должно обслуживаться, чтобы обеспечить равенство.

Сейчас в здравоохранении очень остро стоят финансовые вопросы — кто и за что будет платить? В этом контексте возникает проблема справедливости по отношению к финансированию здравоохранения<sup>4</sup>. В настоящее время справедливое финансирование здра-

---

4. По расчетам ВОЗ, по справедливости финансовых взносов населения в систему здравоохранения Россия оказалась на 185 месте из 191 (WHO, 2000).

вохранения подразумевает, что риски, с которыми сталкиваются граждане в системе здравоохранения, распределены в соответствии с их возможностью платить, а не риском заболеть — справедливая система обеспечивает финансовую защиту для всех. Система здравоохранения, при которой люди беднеют потому, что им нужно оплатить медицинскую помощь или они вообще не могут получить её из-за отсутствия средств, признается несправедливой (ВНО, 2000).

Способ финансирования здравоохранения справедливый, если отношение затрат на здравоохранение к непроизвольным затратам домохозяйства одинаково для всех домохозяйств независимо от дохода, состояния здоровья и использования медицинских услуг. Оплата медицинских услуг может быть несправедливой по двум причинам. С одной стороны, граждане могут подвергнуться риску заболеть неожиданно и будут вынуждены оплачивать расходы за свой счет. С другой стороны, если существует система предварительной оплаты, но она регрессивная, менее способные платить будут тратить пропорционально больше, чем более состоятельные.

Таким образом, финансовая справедливость достигается созданием систем оплаты, основанных на способности платить. При этом оплата «из кармана» является формой, которую наиболее сложно сделать прогрессивной, в том числе и ввиду увеличивающихся в этом случае административных издержек. Именно поэтому прогрессивность обычно обеспечивается через ту или иную форму предоплаты.

Частная система здравоохранения не соответствует традиционным идеям социальной справедливости и не обеспечивает их реализацию.

В смешанных системах здравоохранения возникают проблемы с определением границ участия государства в обеспечении социальной справедливости. Часто она интерпретируется как обеспечение базового уровня медицинских услуг для всех. Однако этот критерий не дает ответа на многие вопросы. Например, если государство ограничивает такой базовый минимум своими финансовыми возможностями, то подразумевается следующее — то, что пациенты будут получать сверх минимума, они должны будут оплачивать самостоятельно. Государство, таким образом, заботится прежде всего о минимизации общественных расходов, обычно включающих

бюджетные средства и средства системы обязательного медицинского страхования, в то время как дополнительные финансовые риски остаются на усмотрение граждан.

Каковы же преимущества государственной системы здравоохранения в реализации принципа социальной справедливости?

Во-первых, это отсутствие финансовых ограничений. Получаемая людьми медицинская помощь практически не зависит от их дохода. С одной стороны, никому не отказывается в помощи, потому что у него нет средств на ее оплату, а с другой — никто не боится оказаться банкротом в результате заболевания.

Во-вторых, распределение медицинских услуг (и здоровья) менее неравное, чем в других системах. При этом следует признать, что есть проблемы в распределении ресурсов на здравоохранение, особенно в территориальном разрезе и между различными социально-экономическими группами.

Известный британский исследователь Ле Гранд (Le Grand, 1982) пришел к выводу, что неравенство в состоянии здоровья населения в Великобритании, несмотря на существование государственной медицины, сохраняется, у более состоятельных групп лучше здоровье лучше и продолжительность жизни выше, чем у менее состоятельных. НСЗ не обеспечивает полного равенства в пользовании медицинскими услугами. Высшая социально-экономическая группа получает на 40% больше расходов НСЗ на человека, чем низшая.

Однако этому факту можно найти разные объяснения. Например, бедные могут ниже ценить свое здоровье, получать меньше информации, к ним могут хуже относиться врачи (обычно представители среднего класса). Поэтому утверждать, что государственная система не полностью достигла своей цели равного обслуживания одинаковой медицинской потребности не означает, что она не является выравнивающей силой. Во-первых, нет доказательств, что другие системы более справедливы. Во-вторых, расходы должны обсуждаться в пакете с системой налогообложения, которая их финансирует. Перераспределительный эффект бюджетной системы определяется тем, до какой степени она финансируется прогрессивно. Если более состоятельный человек в среднем вносит в бюджет через налоги в два раза больше, чем ме-

нее состоятельный, и получает столько же помощи, то система перераспределяет от богатых к бедным, а если наоборот, то это регрессивное финансирование.

Важный вывод состоит в том, что система, настроенная на реализацию социальной справедливости может быть успешной и с точки зрения экономической эффективности. Со стороны спроса проблема частного страхования решена путем его отмены даже как фикции, лечение бесплатное у источника, что снижает проблему внешних эффектов и является продвижением по пути к снижению влияния распределения дохода на потребление. На стороне предложения у врачей отсутствуют стимулы к перепроизводству и пациенты больше им доверяют в отсутствие мотива извлечения прибыли.

Более того, если государственное производство и распределение медицинских услуг может быть оправдано с точки зрения экономической эффективности, то оно тем более легитимно по соображениям социальной справедливости. Поэтому, по крайней мере в теории, стратегия государственной медицины оправдана с точки зрения создания баланса между эффективностью и справедливостью.

Дебаты по поводу эффективного использования ресурсов часто представляют как баланс или конфликт между справедливостью и эффективностью. Забота о справедливости подразумевает, что услуги предоставляются адекватно потребностям. Эффективность подразумевает, что ресурсы, выделяемые на услуги, используются для получения максимального эффекта при минимальных затратах. Когда сравнивают достижение справедливости и эффективность затрат возникает необходимость выбора между ними, однако неизбежность такого выбора неправильна, так как задача достижения справедливости отличается от задачи обеспечения эффективного оказания социальных услуг. Погоня за эффективностью может вылиться в поддержание качества при меньших затратах, и это не мешает поддержанию справедливости — повышение эффективности может способствовать большей справедливости.

Высказывается мнение, что объемы затрат нужно определять на основании критерия эффективности. Но эффективность сама по себе не может быть основой для принятия решений здравоохранительной политики — необходимо определить ее цели, а именно — для чего нам вообще нужны медицинские услуги. Эффек-

тивность и справедливость, таким образом, это две взаимосвязанные задачи социальной политики и должны рассматриваться вместе, а не как взаимоисключаемые.

Основное преимущество бесплатных социальных услуг — обеспечение потребления необходимых услуг через равенство возможностей, которое применительно к общественным благам переводится как равенство доступа. Общественное финансирование социальных услуг обеспечивает отсутствие финансового фактора как ограничителя доступа. Получение услуги практически не зависит от дохода граждан. В неравном обществе чисто рыночная система не в состоянии обеспечить удовлетворение потребностей нуждающихся бедных, здесь нужно государство, которое может организовать распределение на основе потребности.

Оказывая социальные услуги, государство может стимулировать их потребление и формировать определенный стиль потребления. При денежных трансфертах происходит передача денежных ресурсов, а не потребление тех или иных товаров и услуг. Все что, делает государство, — это берет у одних в форме налогов и передает другим в форме пособий. Однако человек может их потратить на другие цели. В результате обеспечивается равенство в доходах, но не в потреблении.

На концептуальном уровне это нашло отражение в идее мериторных товаров. Это товары, которые могут производиться на свободном рынке, но почти всегда будут недопроизведены. Так как рынок учитывает только личные затраты и выгоду, он игнорирует внешние эффекты, которые получит общество от того, что все его члены будут здоровы. Поэтому мериторные товары будут недопроизведены на рынке. Практически, это те товары, потребление которых, по признанию общества, не должно определяться доходом потребителя. Значительная часть государственных расходов идет на производство именно таких товаров.

Государственное финансирование оказания услуг может вести к большему равенству в потреблении, создает своего рода общую для всех среду обитания и сферу интересов. Ведь когда более состоятельные тоже получают эти услуги, они тоже заинтересованы в них. Опыт показывает, что если богатые выходят из общей системы, то происходит снижение качества услуг и ослабление общест-

венной поддержки социальных расходов. Для того чтобы удержать богатых в общей системе больше подходит оказание услуг для всех, а не выплаты пособий. Кстати, один из мифов, который культивируется в данной сфере, состоит в том, что за плату всегда можно получить более качественные услуги, чем бесплатно. Однако в том и состоит «техническая» особенность здравоохранения, что здесь нет прямой связи между ценой и качеством, которое в свою очередь объективно сложно определить. В результате часто вспомогательные показатели, не относящиеся к качеству основной услуги, например, отдельная палата, становятся главными при выборе услуги.

Следует отметить, что рыночный механизм имеет свои преимущества, частный сектор в здравоохранении существует во всех странах наряду с государственным. Но коммерческие производители движимы в первую очередь финансовыми соображениями, а не приоритетом удовлетворения потребности и оказания услуг, они взимают плату за услуги, которая обеспечивает само их существование. В этих условиях богатые люди имеют возможность получать услуги, которые им не очень нужны, в то время как бедные не могут заплатить за то, что им действительно необходимо.

## VII

### РЕФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ: ВОЗМОЖНЫЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ

Проблемы, которые возникают в рамках государственной системы, вызывают дискуссию о том, какие меры могут быть предприняты для улучшения ее работы. Предлагаемые возможные варианты традиционно включают:

- развитие дополнительного частного медицинского страхования — государство стимулирует граждан предпринимать собственные действия и оплачивать медицинские услуги, чтобы облегчить давление на государственную систему и увеличить общие расходы страны на здравоохранение;

- введение платы за услуги — введение со платежей с тем, чтобы поощрить людей разумно использовать медицинские услуги и получить дополнительные средства для государственной системы;

- переход на систему социального страхования — введение страховой системы, где финансирование здравоохранения осуществляется за счет взносов с работников и работодателей, а не всего населения;

- рacionamento услуг — введение государством перечня оказываемых государственной системой бесплатных услуг.

Эти предложения нужно проанализировать с точки зрения эффективности и справедливости. Под эффективностью подразумевается возможность достижения поставленной цели и обеспечения улучшения здоровья в рамках имеющихся ресурсов. Справедливость подразумевает насколько хорошо та или иная система обеспечивает соответствие финансовых взносов и возможности оплаты оказываемых медицинских услуг и потребности в них.

1. *Развитие дополнительного частного медицинского страхования.* Увеличение национальных расходов на здравоохранение путем предоставления гражданам стимулов для собственного обслуживания потребностей в медицинских услугах подразумевает налоговые льготы как для индивидов, так и для работодателей, выплачивающих взносы на частное медицинское страхование. Однако этот подход неэффективен по ряду причин. Во-первых, без сильных принудительных мер можно ожидать только минимального эффекта. Опыт Великобритании и Австралии в 90-е гг. показывает, что налоговые меры приносят выгоду прежде всего тем, у кого уже есть страховой полис (более состоятельным людям), и скорее увеличивают общественные расходы, а не частные, за счет финансирования налоговых льгот. Обманчиво считать, что стимулирование обращения людей к частному страхованию экономит общественные средства.

Во-вторых, использование общественных средств для оплаты налоговых льгот в результате отрывает средства от финансирования государственной системы здравоохранения, так как нужно будет или повышать налоги, или снижать расходы в других областях. В-третьих, развитие системы генного тестирования повлияет на организацию частного страхования. Здравоохранительные риски станут более прозрачными, что приведет к росту стоимости страхового полиса и эрозии рискового пула, на котором держится частное медицинское страхование.

Кроме того, даже если введение налоговых льгот повысит общие расходы на здравоохранение, это приведет к инфляции затрат на рабочую силу (ограниченность предложения медицинского персонала), фрагментации (в США затраты на лекарства в целом на 75% выше, чем в Великобритании ввиду отсутствия централизованных закупок), росту административных затрат. Административные расходы при частном медицинском страховании выше, так как необходима организационная система для оценки риска, определения премий, разработки сложных планов и т.д. Данные расходы в США в целом на 15% выше, чем в Канаде из-за затрат на организацию процедуры страхования. Поэтому рост частного страхования приведет к росту административных расходов без увеличения прямой выгоды для пациентов.

Что касается справедливости, то частное медицинское страхование несправедливо. Его субсидирование означает использо-

вание средств налогоплательщиков для расширения двухступенчатого доступа к здравоохранению, сокращение справедливого доступа к необходимой помощи. Частное медицинское страхование смещает бремя оплаты здравоохранения со здоровых, молодых и состоятельных на бедных, старых и больных. Затраты на него тем выше, чем старше и больнее человек, на практике люди старше определенного возраста и при наличии некоторых хронических заболеваниях не могут получить страховку. Налоговые льготы в данном случае по определению регрессивны. Они предлагают общественные субсидии более состоятельным и не имеют смысла для более бедных. Такая точка зрения была подтверждена большим исследованием затрат на здравоохранение различных социальных групп населения в США и европейских странах, проведенным в начале в 90-х гг. На его основе был сделан вывод, что две страны с преимущественно частным медицинским страхованием — США и Швейцария — имеют в целом наиболее регрессивные структуры, за ними следуют со страховыми моделями и, наконец, страны, где финансирование осуществляется за счет налогов, имеют наименее регрессивные системы финансирования здравоохранения (Equity in the Finance..., 1993).

2. *Введение платы за услуги.* Приверженцы введения платы за услуги утверждают, что это будет способствовать более ответственному использованию медицинских услуг и позволит получить дополнительные средства для государственной системы.

Следует отметить, что там, где оплата достаточно высока, она действительно снижает использование услуг. Одно из наиболее известных исследований, проведенных в США в 70-е гг., показало, что введение оплаты привело к снижению использования профилактических услуг. Однако, по мнению ВОЗ, введение соплатежей приводит к рационализации использования специфических услуг, но не обеспечивает рационализации общего спроса потребителей (WHO, 2000)

Более низкий уровень использования и задержка в доступе, особенно к профилактическим услугам, может отвлечь спрос на более дорогие части системы и привести в долгосрочном плане к росту расходов. Эти эффекты можно нейтрализовать, если установить низкие соплатежи, но тогда будет собрано мало средств, которые могут быть нейтрализованы административными расходами по

их сбору. В 1992 г. в Новой Зеландии ввели плату за пользование койками в больницах, однако трудности в сборе с пациентов привели к их отмене меньше чем через год. Во Франции для оплаты различного рода соплатежей население приобретает дополнительную страховку, невелируя саму идею их введения.

Если говорить о справедливости, то соплатежи несправедливы в двух смыслах. Во-первых, новые соплатежи увеличивают долю оплаты нездоровых, бедных и престарелых. Высокие соплатежи рискуют ухудшить доступ к медицинским услугам именно этих категорий населения. Во-вторых, исключение низкодоходных групп из уплаты соплатежей может создать неравенство для тех, кто находится выше порога. Высокие соплатежи с исключениями могут создать отрицательные стимулы через установление высоких маргинальных уровней налогообложения.

*3. Переход на систему социального страхования.* Сторонники введения социального страхования утверждают, что это позволит увеличить долю расходов на здравоохранение. Страхование подразумевает оплату целевых взносов работниками и работодателями, что увеличивает нагрузку на работающих. Проблемы с эффективностью заключаются в следующем. Во-первых, не доказано, что дополнительные средства этих систем расходуются рационально. Контроль за расходами в европейских страховых системах довольно слабый, так как игроки действуют как финансовые посредники внутри системы здравоохранения, но не играют роли в обеспечении экономии и рационализации. Во-вторых, в последнее время фискальная политика и соображения конкурентоспособности заставили правительства подвергнуть системы социального страхования жесткому регулированию. Устанавливая ограничения на расходы или взносы, они скорее определяют общий уровень расходов системы социального страхования, чем направления ее развития.

Справедливость системы социального страхования зависит от конкретной организации той или иной программы.

*4. Рационализация услуг.* Оно подразумевает, что нужно ограничить государственную систему определенными услугами. Данный вариант связан с несколькими проблемами. Во-первых, очень трудно определить, что конкретно включить в перечень оказываемых услуг, а во-вторых, разные пациенты в различных условиях

часто получают неодинаковые результаты от одного и того же лечения. Вопрос не в том, что каждая система устанавливает приоритеты и делает выбор, а в том, как это происходит. Государственная система требует коллективного принятия решения на что потратить общие средства. При этом соображения экономической эффективности могут войти в противоречие с соображениями социальными и этическими.



## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ тенденций развития российской системы здравоохранения на современном этапе позволяет сформулировать два мифа и два парадокса развития российского здравоохранения.

Мировой опыт свидетельствует о том, что оказание медицинских услуг населению может быть организовано различными способами, причем уже достаточно хорошо известно, какие стимулы проводят к каким результатам. Выбор определяется поставленными целями и задачами. При этом, мировая практика не подтверждает однозначно два мифа, которые усиленно пропагандируются в России и несомненно оказывают влияние на разработку здравоохранительной политики в стране.

**Миф первый.** *Частное (платное) всегда лучше государственного (бесплатного), частные организации более эффективны, чем государственные.* Данный миф по существу представляет бесплатную медицину как своего рода подачку гражданам от патерналистского государства. Однако следует иметь в виду, что, во-первых, услуги, оказываемые в государственном секторе бесплатные только в момент получения помощи, но они уже заранее оплачены гражданами через налоговую систему. Более того, экономическая теория признает, что социальные налоги, формально выплачиваемые работодателями, так же в конечном счете оплачиваются работниками. Поэтому культивируемое сейчас в России представление о государственных услугах как некоей благотворительности со стороны государства представляется в корне неверным.

Во-вторых, не существует однозначных эмпирических доказательств того, что государственные организации менее эффек-

тивны, чем частные и оказывают услуги более низкого качества. Здесь возникает ряд проблем, затрудняющих сравнительные исследования производительности в государственном и частном секторе. Применительно к здравоохранению существуют, например, объективные сложности при измерении результата работы, или при решении вопроса о том насколько успех в лечении, обусловленный применением новых лекарств, может быть отнесен на счет фармацевтической промышленности или непосредственно медицинского учреждения. Другая проблема — качество вспомогательных услуг, которое обычно выше в частном секторе. Однако, если посмотреть на их роль собственно в лечении больного, то последний скорее предпочтет положительный результат лечения улучшенным условиям содержания. Сравнение между частным и государственным сектором затрудняется еще и тем, что в частном секторе существует возможность выбирать и не принимать больных в сложных случаях, в то время как государственные медицинские учреждения должны оказывать помощь любому гражданину.

**Миф второй.** *Состоятельные граждане всегда предпочитают платить за услуги, в том числе и медицинские.* В развитых странах большое внимание уделяется социальным аспектам охраны здоровья. Ведь здравоохранение это не просто экономическая, но и социальная система. Она отражает отношения граждан с государством, является предметом национальной идентификации. В развитых странах, несмотря на различия в конкретной организации здравоохранения, признаются, по крайней мере, две вещи. Во-первых, услуги системы здравоохранения рассматриваются как социальный товар, так как их оказание индивидам также приносит выгоду всему обществу. В Европе услуги здравоохранения не рассматриваются как чисто рыночный товар, продажа которого имеет основной целью извлечение прибыли. Во-вторых, европейские системы здравоохранения основаны на принципе социальной солидарности, который подразумевает, что граждане являются частью общества, к ним должно быть равное отношение, а общество становится более сильным, если мы предпринимаем такой подход. Он связан в том числе и с перераспределением ресурсов от здоровых к больным, от более состоятельных к менее состоятельным, от молодых к престарелым. Поэтому европейские страны, разрабатывая реформы здравоохра-

нения, стремятся не подорвать, а сохранить и усилить социальную солидарность.

Важную роль в формировании стратегий здравоохранения в западных странах играет средний класс. Государство стремится учесть его интересы, а средний класс пока голосует за государство своего благосостояния, в том числе и за активное участие государства в обеспечении населения медицинскими услугами. В этих условиях магистральной линией развития европейской социальной политики становится обеспечение не минимальных социальных стандартов, направленных, прежде всего, на поддержание уровня благосостояния бедных, а социального качества жизни для всего населения (Григорьева, 2007).

Пока частный сектор в здравоохранении большинства развитых стран не является доминирующим. Однако, ставка на его развитие в России может привести к реализации худшего сценария, а именно нарушению целостности системы, ее распаду на систему для богатых и бедных со всеми вытекающими последствиями.

Парадоксы реформы российского здравоохранения можно сформулировать следующим образом.

**Парадокс первый.** *Недостаток средств против выбора более затратной модели здравоохранения.* Реформы здравоохранения в 90-е гг. были направлены на разрушение существовавшей государственной модели здравоохранения, суть которой заключалась в бесплатном оказании медицинских услуг населению государственными медицинскими учреждениями с целью обеспечения равного доступа всех категорий населения к медицинской помощи, и создание новой системы, основанной на принципах медицинского страхования. Основной мотив — недостаток государственных средств и необходимость мобилизации ресурсов из других источников. Отсюда первый парадокс: с одной стороны, бюджетной медицине нет равных в сдерживании расходов на здравоохранение, с другой — россиянам все время внушают, что средств на здравоохранение не хватает, при этом выбирают изначально затратный вариант, игнорируя или даже открыто отрицая относительно менее затратную бюджетную систему. В данном случае имеется в виду, что такая система обеспечивает равные и относительно более высокие показатели здоровья населения в целом при относительно более

низких расходах. В качестве примера можно привести Великобританию и США. Сравнение показателей финансирования здравоохранения и состояния здоровья в этих странах показывает, что хотя США тратят на здравоохранение почти в два раза больше, чем в Великобритании при значительной доли частных источников финансирования, показатели состояния здоровья в этих странах сопоставимы, а некоторые даже несколько лучше в Великобритании (см. табл. 1). Например, материнская смертность в Великобритании ниже, чем в США (11 и 14 на 100 000 живорожденных в 2000 г. соответственно), а продолжительность здоровой жизни при рождении выше (69 лет у мужчин и 72 года у женщин в 2002 г. в Великобритании и 67 лет и 71 год соответственно в США) (WHOSIS, 2007). В последние годы серьезной проблемой общественного здоровья в США стало ожирение, которым страдает почти одна треть населения, как мужчин, так и женщин старше 15 лет.

**Парадокс второй.** *Экономия государственных средств против неконтролируемого роста личных расходов.* Как отмечалось выше, расходы на здравоохранение складываются из общественных и частных. При этом свою задачу многие развитые страны видят в оптимизации не только общественных, но и личных расходов на здравоохранение. В России же складывается парадоксальная ситуация, когда государство заботит только контроль за общественной частью расходов на здравоохранение, прежде всего бюджетной, и очевидно не волнует, сколько граждан будет тратить на получение медицинской помощи из своих личных средств. Отсюда второй парадокс: российское государство заботится, прежде всего, о минимизации своих расходов, обычно включающих бюджетные средства и средства системы ОМС, в то время как дополнительные расходы остаются на усмотрение граждан.

В последнее время широко обсуждается возможность введения соплатежей населения. Это подразумевает, что граждане должны вносить определенную, обычно твердую сумму, при посещении врача. Как правило, имеется ввиду оплата услуг, оказываемых в государственных учреждениях. Попытки ввести систему соплатежей предпринимались в ряде стран, например в Италии, Германии, Франции. Однако они обычно вводятся на так называемые периферийные услуги, например, выписку рецептов, изготовле-

**Таблица 1**  
**Финансирование здравоохранения в США, Великобритании и России**

Показатели	США		Великобритания		Россия	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004
Общие расходы на здравоохранение, % ВВП	13,3	15,4	7,3	8,1	5,7	6,0
Общие государственные расходы, % от общих расходов на здравоохранение	44,0	44,7	80,9	86,3	62,3	61,3
Частные расходы на здравоохранение, % от общих расходов на здравоохранение	56,0	55,3	19,1	13,7	37,7	38,7
Общие государственные расходы, % от общих государственных расходов	17,0	18,9	14,7	15,9	9,8	9,8
Социальное страхование, % от общих государственных расходов на здравоохранение	33,7	28,0	-	-	37,1	36,2
Личные расходы (из кармана), % частных расходов на здравоохранение	26,5	23,8	69,5	91,8	73,9	76,7
Частные системы предоплаты, % от частных расходов на здравоохранение	62,7	66,4	16,7	8,2	8,2	9,9
Общие расходы на здравоохранение на душу населения, долл.	4584	6096,2	1858,8	2559,9	394,2	582,7

Источник: Core Health Indicators WHOSIS, 2007.

ние очков, услуги зубных врачей и неизбежно сопровождаются системой скидок и исключений. При этом следует отметить, что остальные элементы финансирования в странах, введивших в разные периоды соплатежи, не изменялись.

Необходимость введения соплатежей в России представляется неоднозначной. В теории и на практике можно выделить две причины использования системы индивидуальных платежей граждан, которые могут рассматриваться как источник дополнительных средств для финансирования здравоохранения и как способ ограни-

чения спроса/потребления медицинской услуги. В основе последнего лежит идея моральной опасности от потребителя, т.е. если потребитель может потреблять бесплатно, то он будет потреблять безответственно. Поэтому к соплатежам обращаются не только, чтобы переложить расходы на плечи потребителя, но и в целях ограничения потребления.

Однако, чтобы выполнять функцию сбора дополнительных средств они должны быть достаточно высокими и в том числе обеспечить покрытие административных расходов по их сбору. То же самое относится и к функции ограничения потребления. При этом для обеспечения доступа к медицинским услугам низкодходных групп населения возникает необходимость введения для них различных льгот. При этом следует иметь в виду, что современные тенденции развития здравоохранения в России приведут к тому, что услугами государственных медицинских учреждений, скорее всего, будут пользоваться именно малообеспеченные граждане. В результате введение соплатежей отрицательно отразится на превентивных мерах, так как существует большая вероятность того, что люди будут обращаться к врачу на более поздних стадиях заболевания.

Иногда в качестве аргумента «за» приводят возможность улучшение качества услуг. Но и здесь не все так просто. Этого можно добиться, если введенные соплатежи останутся в самом учреждении и если у его сотрудников будут стимулы их использовать на повышение качества, а не как собственные доходы. Однако улучшение качества может оказаться слишком затратным и потребовать серьезных изменений во всем производственном процессе.

При этом остается открытым и вопрос о том, сколько средств должна тратить Россия на здравоохранение. И здесь возникает феномен, который можно условно назвать *ловушкой роста финансирования*. Это означает, что выбираемый в условиях ограниченности ресурсов, выделяемых обществом на здравоохранение, вариант изначально оказывается затратным и ведет к необходимости увеличения финансирования здравоохранения.

Существуют различные подходы к определению доли расходов на здравоохранение, в том числе и с учетом готовности населения его финансировать. Можно, например, установить нормы минимальных расходов государства с учетом мирового опыта

(Человек в мире экономики, 2007). Однако важно не только то, сколько средств расходуется, но и с помощью какого механизма финансирования это осуществляется. В России речь идет о хроническом недофинансировании и о необходимости повышения расходов на здравоохранение, в то время как в развитых странах вопрос стоит о сдерживании роста расходов на здравоохранение. (см. табл. 1). С учетом мировых тенденций нашей стране необходимо изначально выбирать вариант системы финансирования, который позволит превратить выделяемые средства в эффективную систему оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение. В этом государственная система имеет относительное преимущество перед другими методами финансирования. Поэтому, представляется, что проще выделить больше средств на государственную систему, чем менять ее на другую, что неизбежно приведет к росту расходов.

## ЭКОНОМИКА И ИНТЕРЕСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В России, как социальном государстве, заявляется, что реформы здравоохранения проводятся для того, чтобы обеспечить доступ населения к высококачественной медицинской помощи. Однако проводимые до сих пор мероприятия пока не принесли утешительных результатов. Практически предлагаются реформы, которые не решают проблему как она была определена выше, т.е. не улучшают ситуацию, что противоречит самому пониманию феномена реформы. Можно предположить, что есть и другие движущие силы изменений, может быть более сильные, чем лежащий на поверхности и официально декларируемый мотив.

В политике очень важна такая категория как *«интерес»*, связанная с формированием групп интересов или давления.

В чьих именно интересах реализуются реформы здравоохранения? Каких результатов хотят эти интересы добиться? Ведь здравоохранение, концентрируя значительные экономические (и материальные, и финансовые, и человеческие) ресурсы, не случайно является объектом политической борьбы.

Интересы, складывающиеся в здравоохранении, можно условно разделить на две группы.

**1. Внутренние интересы** прежде всего тех структур, которые занимаются организацией и оказанием медицинской помощи. В настоящее время в России в системе здравоохранения действуют пять основных игроков (не считая пациентов и работодателей): Министерство здравоохранения; местные органы здравоохранения;

Федеральный и территориальные фонды ОМС; страховые медицинские компании и медицинские учреждения.

Так как реформа не сопровождалась существенными организационными изменениями, новая структура — фонды ОМС — была по существу введена в старую административную систему, которая в свою очередь осталась практически нетронутой. Это не могло не привести к возникновению конфликта. Взаимоотношения между ними складываются не просто, особенно между органами ОМС и местными органами здравоохранения. С одной стороны, с созданием фондов ОМС местные органы здравоохранения потеряли прямой контроль над значительными средствами и пытаются вернуть всю полноту власти. С другой стороны, фонды ОМС превратились в особую систему и уже имеют свои собственные интересы, которые не всегда совпадают с интересами местных органов здравоохранения. Обе группы борются за первенство системе здравоохранения часто не могут прийти к пониманию и найти компромисс<sup>5</sup>.

Сохранению такой ситуации способствует и федеральное законодательство, где функции, с одной стороны, государственных органов, а с другой — фондов ОМС — четко не определены. Эта задача спущена местным органам власти, что привело к значительным территориальным различиям в скорости и объеме проводимой реформы, вплоть до формирования различных территориальных моделей ОМС.

Следует учитывать еще один важный момент — финансы здравоохранения. Проблемы финансового контроля, как представляется, весьма остро стоят в российском здравоохранении: финансы ОМС не контролируются главными плательщиками, нецелевое использование средств, выделяемых на охрану здоровья населения, стало, к сожалению, визитной карточкой не только фондов ОМС, но и таких государственных структур, как Министерство здравоохранения.

В настоящее время на арену вышла и еще одна группа интересов в здравоохранении — работодатели, которые платят взносы на

---

5. Весьма поучительной является история развития здравоохранения в США. Это поразительный пример того, как различные американские медицинские ассоциации тратят огромные средства на лоббирование своих интересов, воздействуя на общественное мнение и успешно борясь с планами правительства изменить систему здравоохранения в стране.

ОМС, но практически не участвуют в решении его проблем, кроме, пожалуй, одной — финансовой. В том числе и их стараниями снижен единый социальный налог и, соответственно, размер средств, выделяемых на ОМС. Работодатели могут быть больше заинтересованы в развитии схем добровольного медицинского страхования, в том числе и потому, что могут вернуть часть затраченных средств.

Неоднозначная ситуация сложилась с интересами врачей. С одной стороны, в условиях низкой заработной платы в отрасли они стремятся использовать любую возможность для повышения своего дохода, включая неформальные платежи. С другой стороны, традиционно врачи в России находились на переднем плане борьбы за здоровье населения, из их среды вышли многие выдающиеся общественные деятели. Кроме того, монополия врачей на руководящие административные должности в системе здравоохранения приводит к тому, что они оказались в глазах населения напрямую связанными с процессами коммерциализации российского здравоохранения.

**2. Внешние интересы**, связанные с различиями в социально-экономическом статусе пациентов. В условиях принципиального расслоения российского общества уже сложно найти «среднего пациента» — богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской помощи.

Таким образом, в области здравоохранительной политики, как неотъемлемой части социальной политики, складывается достаточно сложная ситуация, так как, с одной стороны, в условиях рыночной экономики и политической демократии возникает множество различных интересов, каждый из которых имеет право на существование, и их объективно достаточно сложно согласовать, а с другой — такая ситуация создает возможности для манипулирования, когда в результате выигрывает сильнейший интерес, не всегда совпадающий с общественно-государственным. Такое положение можно отнести на счет издержек демократии. В условиях, когда корпоративные интересы преобладают над процессом достижения согласия, отождествляемым с демократией, вряд ли можно ожидать принятия правильного технократического решения.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ: НУЖНА ЛИ НОВАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА?

В настоящее время традиционные рыночные представления подвергаются пересмотру в экономической теории, в частности проблема эффективности рыночной экономики и взаимоотношений между рынком и государством. Так, например, Стиглиц отмечает, что проблемы с обменом информацией принципиально меняют модели рыночного равновесия, что очень существенно для здравоохранения. Во-первых, рынки не дают необходимых стимулов для открытия информации; во-вторых, расходы на информацию могут быть слишком большими (здесь и может вмешаться государство). При этом Стиглиц разделяет неполную информацию и асимметрию информации. Врачи имеют больше информации и могут ею манипулировать в своих интересах, в условиях отсутствия прозрачности в системе возникает проблема мотивации и стимулов (Stiglitz, 2002).

Теория социодинамики, разрабатываемая Гринбергом и Рубинштейном, доказывает существование интересов общества как таковых, несводимых к индивидуальным потребностям, и настаивает на необходимости рассмотрения государства в качестве самостоятельного игрока на рынке, реализующего свои интересы. (Гринберг Р. С., Рубинштейн А. Я., 2000)

Таким образом, в настоящее время модификации экономической теории осуществляются в рамках рыночных рассуждений. Тот же Стиглиц, выявляя очень существенные недостатки рынка, связанные в том числе и с обменом информацией, расширяет их традиционные рамки, для коррекции которых нужно государствен-

ное вмешательство, но сам признает, что принципиально не выходит за рамки рыночной парадигмы, а лишь пытается ее видоизменить, хотя и весьма существенно.

Однако, как представляется, здесь встает проблема перспективного развития экономической теории. Причем именно интегрированной теории, а не эконометрических уравнений по отдельным вопросам функционирования экономики (хотя они тоже и нужны, и важны). Практически безраздельное и мало подвергаемое сомнению господство рыночной парадигмы создает своеобразное ощущение «конца экономики» (по аналогии с «концом идеологии»). Возникает потребность в научной дискуссии и возможном формировании на ее основе новой конструкции, базирующейся на иных принципах, не ограничивающейся только рыночными идеями и обсуждениями достоинств и недостатков рынка.

В связи с этим хотелось бы высказать несколько соображений.

Пример здравоохранения показывает, что **медицинские услуги могут достаточно успешно предоставляться в общественной форме и в рамках рыночной, и в рамках нерыночной системы.** При этом общественный успех достигается именно за счет органичного объединения соображений эффективности и справедливости, подтверждая, что они оба есть неотъемлемая часть экономического мышления и должны рассматриваться только вместе. **Рациональный экономический выбор в современном обществе возможен только с учетом социальных критериев.** Экономическая система сама по себе не задает цели, последние определяются обществом (интересом).

В рамках традиционной рыночной парадигмы неудачи рынка предлагается компенсировать вмешательством государства, а неудачи государства — вмешательством рынка (те же самые квазирынки). При этом, однако, рыночные принципы являются базовыми, обычно если что-то и предлагается «сократить», так это государство. Однако вполне закономерно возникает вопрос: а почему не наоборот? Можно ли объективно измерить что хуже или лучше — недостатки рынка или провалы государства в рыночной экономике?

Здесь возникает еще одна проблема — соотношения или отождествления государства и общества. Тем более, что базовые

ценности рынка и общества (индивидуализм и прибыль versus коллективизм и социальная солидарность) противоречивы. Выражает ли государство в рыночной парадигме интересы общества? Практика показывает, что не всегда на государственном уровне побеждает общественный интерес. Причем в плане защиты своих интересов рынок пока явно имеет преимущества так как проявляет большую агрессивность. Достаточно отметить компанию против социализации медицины в США, щедро оплачиваемую медицинскими страховыми компаниями, которые являются крупнейшими рекламодателями в стране.

Получается, что государство поддерживает рынок в интересах отдельных групп в обществе, которые заинтересованы в его развитии. В этих условиях, с одной стороны, достаточно примитивно звучат обоснования рынка как механизма, который наиболее соответствует природе человека, а с другой, неправомерно *a priori* отказывать социальной справедливости в праве так же активно защищать себя.

Современные модификации рыночной парадигмы связаны с усилением социального начала — это идеи социального рыночного хозяйства. По существу, они пытаются облагородить рынок. Это подтверждает, что социальные моменты важны для общества, что в рамках самой рыночной системы вызревают социальные элементы. Общество протестует против того, что рынок из экономического механизма превратился в самодавяющую систему, навязывающие свои ценности во всех сферах жизни общества. Именно поэтому система, основанная на других ценностях, (например государственное здравоохранение) может достаточно успешно существовать в рамках рыночной экономики. Почему бы не использовать то, что изначально конкурентноспособно и в плане эффективности, и уж тем более справедливости? Тем более, что все источники — и официальные, и авторские — сводят аргументы в пользу государственного вмешательства на рынке медицинских услуг к необходимости реализации социальных целей и защите определенных слоев населения.

Нельзя игнорировать утверждения сторонников рынка, связанные с тем, что государственное вмешательство портит рыночную среду и поэтому рынок не может полностью проявить свои пре-

■

Заключение: нужна ли новая экономическая парадигма?

имущества. Это утверждение, которое, кстати, сложно проверить, создает иллюзию, что рыночный путь еще не исчерпан. Однако оно подтверждает существование проблемы смещения признаков различных систем в рамках смешанной экономики. Так, источником неэффективности государственной системы здравоохранения в рамках рыночной экономики является то, что причины болезни могут корениться в социальном неравенстве, лежащим за пределами государственного эгалитарного здравоохранения, на которые оно не имеет влияния ( см. табл. 2).

**Таблица 2**  
**Пределы развития систем здравоохранения в рыночной экономике**

Системы здравоохранения в капиталистической экономике	Пределы их развития
Рыночная	Ограниченность доступа по финансовым причинам. Высокозатратная
Смешанная	Баланс между составными элементами все время нарушается; одна может паразитировать на другой
Государственная	Неравенство воспроизводится в общих условиях рынка, снижая выравнивающий результат системы здравоохранения

*Источник:* составлено автором

В этой связи хотелось бы вспомнить теорию конвергенции, которая предполагала, что под влиянием объективных производственных процессов различные системы — капитализм и социализм — вырабатывают общие признаки. Может быть государственное здравоохранение и следует рассматривать как один из таких признаков, как общий элемент и для рыночной, и для нерыночной экономики?

Вообще, государственный сектор в рыночной экономике нельзя определять как всего лишь антипод рынка: это — область, где воплощаются коллективные социальные ценности, которые не могут быть адекватно реализованы за его пределами. Эти ценности определяются в ходе общественного развития и политического про-



Заключение: нужна ли новая экономическая парадигма?

цесса на основе учета разнообразия социальных и экономических интересов, существующих в обществе, а не через рынок. Государственные организации финансируются за счет государственных средств, оказывая услуги населению либо бесплатно, либо за плату, которая обычно не превышает себестоимости услуг. Последние могут продаваться и по рыночным ценам, но только в случае принятия соответствующего коллективного решения.

Думается, что в условиях рыночной экономики было бы опрометчиво рассматривать государственную форму оказания медицинских услуг как изживающую себя, наоборот, это важнейшая незаменимая в своей основе область реализации в здравоохранении особой системы социальных ценностей, присущих современному обществу.

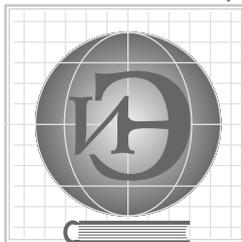


### Литература:

- Григорьева Н.С.* К вопросу о понимании современной европейской социальной политики: от минимальных стандартов к социальному качеству. Материалы научного семинара «Проблемы современного государственного управления в России». Вып. 7 (12). М.: Научный эксперт, 2007.
- Гринберг Р.С., Рубинштейн А.Я.* Экономическая социодинамика. М.: ИСЭ Пресс, 2000. Человек в мире экономики. Социальная проекция программы развития России / Под ред. А.Я. Рубинштейна. М.: ИЭ РАН, 2007.
- Чубарова Т.В.* Недуги российского здравоохранения // Стратегии развития России. 2004. №7. Экономика здравоохранения. Материалы заседания ООН, апрель 2007г. // Экономическая наука (экспресс выпуск). 2007. №1.
- Arrow K.* Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // American Economic Review. 1963. Vol. 53, No 5.
- Barr N.* Economics of Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Becker G.S.* Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. 3rd ed. Chicago, London: the University of Chicago Press, 1964.
- Bloom D., Canning D, Sevilla J.* The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence. NBER Working paper 8587. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2001. Core Health Indicators. WHOSIS 2007.
- Cropper M.* Health, Investment in Health, and Occupational Choice // Journal of Political Economy. 1977. Vol 85, №6. Equity in the Finance and Delivery of Healthcare: An International Perspective /S. Wolhandler, A. Wagstaff and F. Rutten (ed.) Oxford University Press, 1993.

- 
- Grossman M.* On the Concept of Health Capital and the Demand for Health // Journal of Political Economy 1972. Vol 80. №2.
- Le Grand J.* Strategy of Equality. London, Boston and Sydney: Allen and Unwin, 1982.
- Lleras-Muney A.* The Casual Effects of Education on Health. Centre for Health and Well Being. Princeton University, 2001.
- Maree J., Groenewegen P.* Back to Bismark: Eastern European Health Care Systems in Transition. Avebury, 1994.
- Musgrove P.* Public and Private Roles in Health. Theory and Financial Patterns. The World Bank, Washigton DC, 1996.
- Nordhaus W.* The Health of Nations: the Contribution of Improved Health to Living Standards. In: The measurement of economic and social performance / M.Moss (ed.) New York: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research, 2003. OECD Health Data 2005. Paris: OECD, 2005.
- Stiglitz J.* Information and the Change in the Paradigm in Economics. Nobel prize lecture. 08.12.2001. In The Nobel Prizes 2001. Nober Foundation, Stockholm, 2002. The Reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seventeen OECD countries. Paris: OECD, 1994.
- Usher D.* An Imputation to the Measure of Economic Growth for Changes in Life Expectancy. In The measurement of economic and social performance / M.Moss (ed.) New York: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research, 1973. WHO, Public health and the economy. Report of the national WHO seminar. Bucharest, Romania, 23-25 September, 1997. World Development Report. Investing in Health. WB, 1993. World Health Report 2000-Health Systems: Improving performance. World Health Organisation, 2000.

Российская академия наук



Институт экономики

Редакционно-издательский отдел:

Тел.: +7 (495) 129 0472

e-mail: [print@inecon.ru](mailto:print@inecon.ru)

Сайт: [www.inecon.ru](http://www.inecon.ru)

*«Теоретическая экономика»*

**Чубарова Т. В.**

Экономика здравоохранения: теоретические аспекты

Оригинал-макет *Валериус В. Е.*

Редактор *Пуцаева Л. Д.*

Корректор *Кодяев Д. Ю.*

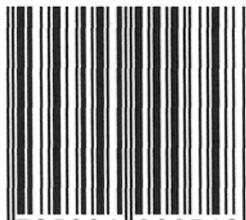
Компьютерная верстка *Мисюрин Г. А.*

Подписано в печать 16.09.08

Заказ № 63 Тираж 300. Объем 2,2 усл. изд. л.

Отпечатано в ИЭ РАН.

ISBN 978-5-9940-0074-8



9 785994 000748