Профилактическая медицина, история медицины

Оригинальное исследование
УДК 614.2:338.46
http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2025-1-5

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭКОНОМИКИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВА В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Александр Александрович Лебедев

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия, prof.lebedev@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0002-5225-8965

Аннотация. Экономика здоровья и здравоохранения складывается в отношениях товарообмена, будь то с финансовым участием социального государства или без такового. В сфере охраны здоровья объектом товарообмена являются товары, работы, услуги медицинского назначения, обращающиеся по поводу здоровья. Созданием этих благ обеспечивается адекватная организация микроэкономики отрасли (медицинской деятельности). В свою очередь, адекватность организации микроэкономической деятельности в медицине должна обеспечиваться должной организацией государством отраслевой макроэкономики, охраны здоровья в стране. Для государства важно, что вкладываемые им в охрану здоровья средства положительно влияют на улучшение здоровья населения. Аккумуляция и перераспределение этих средств посредством бюджета и внебюджетных ресурсов должно обеспечивать человеку оптимальный уровень здоровья, соответствующий его потребностям в нём, что позволяет изменить вектор пациенториентированности деятельности учреждений здравоохранения, на вектор пациентоцентрированности деятельности государства в сфере охраны здоровья.

Ключевые слова: экономика здоровья, здравоохранение, сфера охраны здоровья, модели здравоохранения, финансовые ресурсы, платные медицинские услуги, хозяйственная деятельность, общественные блага, социальное государство, пациенториентированность, качество здоровья и качество жизни, паритет покупательной способности

Для цитирования: Лебедев А.А. Современные аспекты экономики здоровья и здравоохранения социального государства в рыночных условиях / А.А. Лебедев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2025. – № 1. – С. 32-40. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2025-1-5.

CURRENT ASPECTS OF HEALTH AND HEALTH-CARE ECONOMICS OF A SOCIAL STATE UNDER MARKET CONDITIONS

Alexander A. Lebedev

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia, prof.lebedev@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0002-5225-8965

Abstract. Economics of health and health protection is based on commodity exchange with or without financial participation of the social state. In the sphere of health protection the objects of commodity exchange are goods, work, and medical services. An adequate organization of the medical field microeconomics is provided by the creation of

those benefits. At the same time, adequate organization of microeconomic activity in medicine must be provided by the organized by the state appropriate sectorial macroeconomics aimed at health protection in the country. It is important for the state that the means invested in health protection leave a positive impact on improvement of people's health. Accumulation and redistribution of these means by the budget and non-budget resources must provide every person with an optimal health level consistent with his requirements in it. This will change the vector of patient-oriented activity of medical institutions to the vector of patient-oriented activity of the state in the sphere of health-care and health-protection.

Keywords: health economics, health protection, health-care models, chargeable services, financial resources, public benefits, economic activities, social state, patient-oriented, quality of health and life, purchasing power parity

For citation: Lebedev A.A. Current aspects of health and health-care economics of a social state under market conditions / A.A. Lebedev // Far Eastern medical journal. – 2025. – № 1. – P. 32-40. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2025-1-5.

Медицинская деятельность, в процессе которой используются материальные, финансовые и трудовые ресурсы, осуществляется в специфической хозяйственной системе такой квазирыночной отрасли как здравоохранение.

Рыночная система хозяйствования, к которой относится здравоохранение, предполагает многообразие форм собственности, наиболее распространенными из них являются государственная и частная формы, используемые в отрасли. Использование в здравоохранении исключительно государственных и частных финансовых ресурсов повлекло бы за собой невозможность обеспечения принципов всеобщности и доступности медицинской помощи по причине недостаточности только государственных ресурсов, не высокой платежеспособности большей части социума и высоких цен на коммерческие медицинские услуги. Именно поэтому в хозяйственной системе здравоохранения действует так называемое страховое звено, аккумулирующее и осуществляющее функции распоряжения денежными средствами, предназначенными для покрытия затрат медицинских учреждений, – фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Предметом экономики сферы охраны здоровья выступает хозяйственная сторона медицинской деятельности, отражающая социально-экономическую или производственную форму её осуществления, а также разработку методов рационального использования ресурсов для достижения целей в охране здоровья населения.

В зависимости от локализации внутри или вне системы здравоохранения рассматривают экономические отношения, которые делятся на 4 уровня: *мета-, макро-, медиум- и микроэкономический*. Каждый из этих уровней обладает собственной характеристикой.

1. **Метаэкономический (мировой) уровень**. Формирует межнациональные экономические отношения национальных систем здравоохранения различных государств с интеграцией их мировую экономику. Координатором данных процессов выступает ВОЗ – Всемирная организация здоровья (World Health Organization).

2. **Макроэкономический уровень (внутри страны)**. Рассматривает взаимодействия системы здравоохранения с государством, обществом и отраслями национальной экономики.

3. **Медиумэкономический уровень (региональный)**. Формирует хозяйственные связи внутри системы здравоохранения, состоящие из ряда подотраслей и организаций (учреждений).

4. **Микроэкономический уровень**. Предусматривает деятельность отдельной медицинской организации (МО) и её структурных подразделений.

С учётом специфики каждого из этих уровней, в мировой практике сформировались три модели здравоохранения: *государственная, страховая* и *частная* [1].

В каждой стране мира они существуют не в чистом виде, а сочетаются с преобладанием той или иной формы.

Универсалистская модель (Великобритания, Ирландия). Функционирует за счёт общего налогообложения. Структура финансирования: государство – 78 %; работодатель – 10 %; страховые взносы граждан – 3,8 %; прямые доплаты граждан – 8,2 %. Итого частные средства граждан в структуре финансирования – 12 %.

Континентальная модель (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия). Обеспечивается за счёт отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов (примерно 3/4 совокупных расходов на здравоохранение). Структура финансирования (Германия): государство – 14,2 %; работодатель – 72,5 %; страховые взносы граждан – 6,4 %; прямые доплаты граждан – 6,9 %. Итого частные средства граждан в структуре финансирования – 13,3 %.

Южная модель (Испания, Греция, Португалия). Финансовое обеспечение модели осуществляется за счёт средств, связанных с занятостью. Структура финансирования (Испания): государство – 15 %; работодатель – 70 %; прямые доплаты граждан – 15 %.

Скандинавская модель (Швеция, Дания, Финляндия). Функционирует за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и на местном уровне). Структура финансирования (Швеция): госу-

дарство – 71 %; работодатель – 18,4 %; страховые взносы граждан – 2 %; прямые доплаты граждан – 8,6 %. В совокупности личные средства граждан в структуре финансирования составляют 10,6 %.

Частная (приватная) модель (США). Основу финансирования модели составляют частные (личные и корпоративные) финансовые средства. Государственное финансирование выражено в меньшей степени. Структура финансирования (США): государственные программы – 42 %; частные источники – 4 %; частное страхование – 33 %; прямые доплаты граждан – 21 %. Итого частные средства граждан в структуре финансирования – 58 %.

Бюджетно-страховая (двухканальная) модель (Россия, страны Восточной Европы, СНГ), предполагающая как бюджетное, так и внебюджетное финансирование. Взносы на ОМС составляют 5,1 %, которые отчисляет работодатель; ДМС (корпоративное и индивидуальное коммерческое страхование – 15 % в общем финансовом портфеле отрасли), и наконец, ПМУ – платные медицинские услуги, удельный вес которых составляет 50 % консолидированного бюджета).

В России экономика здравоохранения функционирует по смешанной модели, что определяет особенности её хозяйствования.

Государственный сектор в большей степени ориентирован на обеспечение низкодоходных слоёв населения и социально уязвимых категорий граждан доступной, своевременной, квалифицированной, безопасной, бесплатной медицинской помощью стандартизированного качества, предоставляемой в федеральных и муниципальных медицинских организациях (МО).

Страховой сектор – ОМС и ДМС. Сектор ОМС ориентирован в первую очередь на предоставление медицинской помощи работающим резидентам/нерезидентам страны, а также неработающим (социально зависимым) группам населения. Сектор ДМС охватывает своими программами лиц, застрахованных корпоративно, а также физических лиц с высоким уровнем доходов.

Сектор ПМУ ориентирован на платежеспособных резидентов и нерезидентов страны пребывания, медицинское обслуживание которых в большей степени обеспечивается частными (приватными) МО и частнопрактикующими врачами в статусе индивидуальных предпринимателей (ИП). Федеральные и муниципальные бюджетные и автономные МО законодательно также наделены правом по оказанию ПМУ.

При смешанной модели здравоохранения структура медицинской помощи, её объем, а также качество определяются величиной используемых в отрасли финансовых ресурсов.

В структуре бюджетно-страховых расходов на оплату медицинских услуг лидирует государство, инвестировавшее в этот раздел деятельности отрасли в 2023 г. более 2 трлн 795,5 млрд руб., из которых чисто бюджетная часть составила 1 трлн 523,6 млрд руб. Страховая же доля оплаты медицинских услуг по программам ОМС в 2023 году составила сумму равную примерно 1 трлн 272 млрд. [2].

Объем ПМУ, оказываемых россиянам, по в 2023 году зафиксирован на уровне 1 трлн 360 млрд. руб. Оплата медицинских услуг по полисам ДМС в этой сумме составила 230 млрд руб., т. е. всего порядка 17 %. Таким образом, величина затрат населения страны на оплату возмездных медицинских услуг составила в 2023 году 1 трлн 130 млрд руб. [3].



Рис. 1. Динамика потребления платных медицинских услуг населением РФ за период 2010–2023 гг. (в рублевом эквиваленте)

Из приведенных данных видно, что, несмотря на явное лидерство государства в оплате медицинских услуг в пользу населения страны, личные платежи резидентов и нерезидентов на рынке ПМУ постоянно растут и ощутимо превышают аналогичные расходы населения экономически развитых стран Запада, инвестируемых в здравоохранение, а точнее, в прикладную медицинскую деятельность, которая и обеспечивает решение вопросов по сохранению и/или восстановлению их здоровья.

Хозяйственная деятельность – основа благ

Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года трактует *охрану здоровья населения как основу национальной безопасности*. Состояние здоровья населения является мощным фактором и зависит от устойчивого социально-экономического роста страны, которое неразрывно связано с существующим типом экономики государства – рыночной экономикой. Поскольку под экономикой принято понимать *хозяйственную деятельность, в результате которой непрерывно воспроизводятся блага*, обеспечивающие жизнедеятельность людей, то результатом такой хозяйственной деятельности является товар (вещи, работы, услуги, информации и т. д.).

Хозяйственная деятельность создает валовый внутренний продукт (ВВП), *который в результате товарообмена потребляется уже вовне экономики*. Производство ВВП, его потребление – процессы *противоположные,* связанные с товарообменом, который состоит в обмене товарами с переходом права на них во встречных отношениях: *каждый получатель приобретаемого блага лишается права на отчуждаемое благо*.

Экономику создают материальные блага, которые обращаются в отношениях товарообмена и представляющие взаимный, встречный интерес для его участников. Функционирование государства не является результатом хозяйственной (экономической) деятельности, т. к. не обладает товарной формой.

Отношения товарообмена складываются, в частности, по поводу некоторых нематериальных благ, образующих такой интерес. В сфере охраны здоровья объектом товарообмена являются товары, работы, услуги медицинского назначения, использующиеся для формирования, восстановления или укрепления здоровья. Собственно, потому они и являются медицинскими, что оказывают (и предназначены оказывать) влияние на здоровье. Само же здоровье в качестве товара не рассматривается. Однако, с точки зрения экономической теории, *здоровье является ресурсом*, который по мере нарастания проблем естественного воспроизводства населения, вполне обоснованно трактуется как *национальное общественное благо*.

Примерно с конца 1970-х гг. под воздействием научно-технического прогресса в теории общественного благосостояния применяется следующая интерпретация общественных благ. Во-первых, максимально широкое толкование национального общественного блага. Это общая экономическая и экологическая устойчивость, национальная безопасность и т. п. Во-вторых, более узкое понимание национального общественного блага. Это поддержание соответствующих условий применительно к отдельным сферам деятельности. В-третьих, определение национального общественного блага как системы стандартов. Например, достижение определенного уровня благосостояния, соответствующего параметрам постиндустриального общества, может рассматриваться как национальное общественное благо.

Точно так же рассматривается и здоровье, которое является важнейшим условием реализации потенциала человека. Психологическое и социальное благополучие как составляющие здоровья выделяются в связи с тем, что для постиндустриальной экономики характерны: неустойчивость, неопределенность и риск, гибкость, маневренность и приспособляемость, высокая скорость изменений и др. В последние годы во многих странах здоровье населения стало скорее сдерживающим фактором экономического роста. Изменение количественных и качественных характеристик рождаемости, рост смертности, увеличения заболеваемости приводят к недопроизводству валового внутреннего продукта (ВВП). Также, состояние здоровья населения, прежде всего людей трудоспособного возраста, на фоне сокращения общей численности населения становится дестабилизирующим фактором национальной безопасности.

Тенденция к депопуляции населения, свойственная постиндустриальному обществу, стимулирует свертывание экономически активности населения, а значит и государства. Это приводит к тому, что в отдельных регионах образуются диспропорции между численностью населения и природно-производственным потенциалом. Вследствие этого возникают трудности по управлению регионами. В связи с необходимостью охраны государственной границы возрастает геополитическая напряженность. Это обстоятельство может подтолкнуть мировое сообщество к пересмотру целого ряда соглашений, в которых определены роль и статус мировых держав.

Проблема здоровья населения проявляется в международных сопоставлениях. Так, одна из составляющих показателя (индекса), характеризующего развитие человеческого потенциала (ИРЧП), непосредственно связана со средней продолжительностью жизни населения. В течение всего XX в. в большинстве развитых стран наблюдалось увеличение средней продолжительности жизни практически всех возрастных групп населения. Данная тенденция усилилась в последние три десятилетия. Так, в США в 1900 г. средняя продолжительность жизни была 47 лет, в 2021 г. – 76,4 лет. Люди старше 65 лет составляли в 1900 г. 4,1 % населения, в 2020 г. – 16,9 %. Ожидается, что к 2050 году эта цифра достигнет 22 %. Это значительное увеличение по сравнению с 1950 годом, когда только 8 % населения находилось в возрасте 65 лет и старше [4].

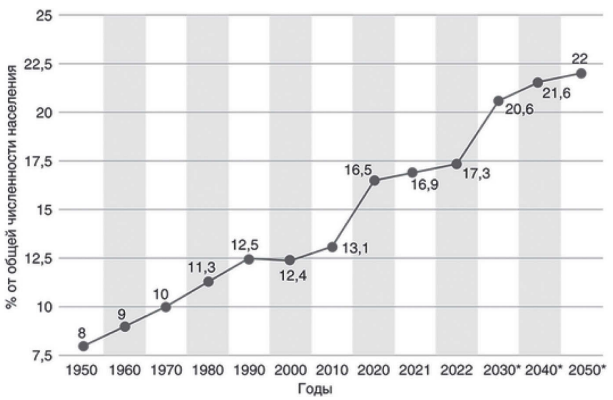


Рис. 2. Доля населения пожилого возраста (65 лет и старше) в общей численности населения США с 1950 по 2050 г.

Примечание. * – прогнозируемые данные.

Здоровье населения влияет на экономическое развитие государства, несущего на себе бремя беспрецедентного роста издержек на его обеспечение. При этом возникает эффект «ловушки финансирования», при котором, первоначальные расходы ведут к необходимости постоянного увеличения финансирования здравоохранения, так как разработка новейших медицинских технологий связана с астрономическими вложениями средств.

Уже сегодня на здравоохранение тратится около $9 триллионов долларов США, что составляет примерно 11 % мирового ВВП.

При этом уровень здоровья населения увеличивается не пропорционально растущим затратам. Дело в том, что высокий уровень государственных и личных расходов на здравоохранение в целом не является

гарантией значительного улучшения состояния здоровья населения.

Например, в США расходы на здравоохранение являются самыми высокими в мире как в абсолютном, так и в относительном выражении. В 2019 г. только годовые затраты на одного больного диабетом составили более 10 тыс. долларов США. (Для сравнения: если Индия будет тратить хотя бы одну десятую часть этой суммы на каждого пациента, ее бюджет подкосят расходы только на эту болезнь). Вместе с тем США находятся только на восьмом месте в мире по продолжительности жизни, одиннадцатом – по смертности среди беременных и на двадцать первом – по детской смертности. Эта тревожная ситуация позволяет сделать вывод, что по большинству показателей, характеризующих уровень здоровья, США занимает в мире не самое высокое место.

Здоровье населения, сохраняя статус экономической категории «ресурс», на данном этапе постиндустриального развития государств с рыночным укладом экономики, всё чаще характеризуется как *общественное благо национального уровня*. При этом экономическая характеристика этого ресурса остается неизменной, что вполне обоснованно позволяет сформулировать определение экономики здоровья.

Экономика здоровья

Это наука о том, как в условиях ограниченных ресурсов наиболее эффективно поддержать здоровье с точки зрения конечного результата – *потенциала здоровья* – максимально достижимой степени здоровья индивида. В прикладном значении, экономика здоровья трактуется как экономический анализ развития здоровья или потерь общества в здоровье с оценкой вклада самого здоровья в формирование ВВП.

Экономика здоровья является одним из приоритетных прикладных направлений экономической науки. Именно экономика здоровья системно связана как с иными областями экономической науки, так и с различными смежными дисциплинами, связанными со здоровьем человека и здоровьем населения (медицина, биология, эпидемиология, гуманитарные науки и пр.).

Объектом экономики здоровья являются *ресурсы здоровья.*

В этой связи, экономику здоровья можно рассматривать как инструмент эффективного сохранения ресурсов здоровья при ограниченных производственных (экономических), человеческих, природных и прочих ресурсах.

В структуре экономических ресурсов людские ресурсы приобретают исключительно важное значение, ибо они оказывают непосредственное влияние как на экономически активное население, так и на латентное, экономически не активное население, обладающее всеми потребительскими характеристиками.

Здоровье вносит существенный вклад в развитие экономики, а здоровый человек более продуктивен в разных сферах жизни. В сфере охраны здоровья исследований на эту тему не так уж и много, что свидетельствует о том, что ресурсы здоровья не являются ни объектом оценки, ни критерием, ни целью экономического развития. Отсюда главный недостаток – недооценка значимости человеческого капитала и здоровья в модернизации экономики как таковой. Экономическая оценка здоровья должна содержать такие показатели как потенциал здоровья, ресурс здоровья, их износ, эффективный возраст человека. Ни одна из экономик (труда, здравоохранения, народонаселения) не имеет инструментов для такой оценки.

Долгосрочная программа социально-экономического развития страны свидетельствует, что рост благосостояния будет достигаться жителями России в основном за собственный счет. Это предполагает максимизацию трудовых усилий населения по обеспечению роста собственного благосостояния. Рост трудовых усилий для увеличения материального благосостояния неизбежно будет предъявлять повышенные требования к здоровью населения, так как именно здоровье является текущим и долговременным ограничивающим фактором показателей рабочего времени. Трудиться не просто много, а больше других, могут позволить себе люди с более благоприятными показателями здоровья. От состояния здоровья людей, их способности работать с наибольшей отдачей, получать наилучший результат и приносить наибольший доход, обеспечивающий рост ВВП государства, прямо или косвенно, зависит благополучие нации в целом.

Здоровая нация является безусловным признаком сильного социального государства. При этом нужно учитывать, что здоровье, будучи как общественным благом, так и благом индивидуальной принадлежности гражданина, не отчуждается и не передается никаким иным образом кому бы то ни было, в том числе государству, власти, социуму.

Охрана здоровья осуществляется в интересах людей и происходит в обществе, а не в государстве, даже если государство принимает в ней непосредственное участие.

Охрана здоровья социального государства

В странах, где конституция не определяет государство социальным, охрана здоровья предоставлена исключительно законодательному регулированию экономики. В этом случае охрана здоровья обеспечивается в обществе без участия государства: граждане сами, напрямую или через посредников, оплачивают медицинские услуги (обслуживание, помощь). Если же это социальное государство, оно принимает на себя функции государственного социального страхования.

Целью социального государства в этом случае является *восполнение финансовой несостоятельности граждан* для выравнивания их возможностей в потреблении социальных благ, которые иначе становятся им недоступными.

Задача социального государства состоит в обеспечении эффективности охраны здоровья в обществе и, если государство взяло на себя роль модератора в сборе, перераспределении и доведении платежей до

товаропроизводителей и поставщиков услуг в сфере охраны здоровья, то этот процесс подчинен именно целям охраны здоровья граждан, а не целям оправдания участия в нем представителей государственной власти.

Изложенное позволяет сформировать наиболее общее представление об охране здоровья в мире в целом как о макроэкономике, формализованной (наличием профильного ведомства социального государства) или неформализованной отрасли. Организация охраны здоровья и организация медицинского дела достигают соответствия друг другу лишь при условии *баланса экономических интересов*.

Инструментом охраны здоровья является управление средствами оплаты медицинских услуг гражданам в соответствии с отраслевой социальной политикой государства. А вот инструментом медицинской деятельности субъектов экономического оборота, с экономической точки зрения, является организация и предоставление самих медицинских услуг гражданам того содержания и объема, которые подлежат оплате за счет средств казны социального государства или любого иного плательщика.

Для целей организации медицинской деятельности не имеет значения, кто оплачивает медицинские услуги гражданам – централизованный источник или нет. В случае, если централизованный плательщик отсутствует, то оплачивать медицинские услуги вынужден кто-то иной. Для целей организации охраны здоровья *государство потому и выступает централизованным плательщиком в пользу граждан, чтобы снять с них, зачастую неподъемное, бремя оплаты медицинских услуг*.

Поэтому если организация охраны здоровья ориентирована на достижение целей социальной политики, то *организация медицинской деятельности – на экономический результат производства и реализации медицинских услуг гражданам*.

Политика социального государства в сфере охраны здоровья состоит в умении организовывать беспроблемное получение гражданами нужных для их здоровья экономических благ. Создание этих благ формирует адекватную организацию микроэкономики субъектов медицинской деятельности [6].

В свою очередь, это обеспечивается должной организацией государством отраслевой макроэкономики, охраны здоровья в стране.

При разных моделях здравоохранения, микроэкономика собственно медицинской деятельности проявляет себя с учётом организационно-правовых форм медицинских организаций, основу которой составляет производство медицинских услуг с последующей их реализацией на возмездной основе, что регламентировано ст. 47 Гражданского кодекса РФ.

Если государство позиционирует себя в качестве социального, оно организует макроэкономику здравоохранения как правило со своим непосредственным участием в обеспечении деятельности отрасли.

Так, например, под экономикой российского здравоохранения объективно следует понимать:

– подчинение медицинской деятельности государству (отрасли) с одновременным (параллельным) её осуществлением на рынке медицинских услуг;

– совмещение в формате здравоохранения финансирования и оказания медицинской помощи;

– движение (трансферт) бюджетных средств от казны до медицинских организаций;

– функционирование бюджетной сферы потребления через механизмы исполнения ППГ, а также посредством целевого оборота поступлений из страховых источников государства (*через программы ОМС для возмездной оплаты медицинских услуг коммерческими страховщиками*).

При этом, движение средств государственного финансирования до медицинских организаций осуществляется посредством внебюджетных фондов ОМС, что трактуется:

– во-первых, как дистанцирование от бюджетного процесса;

– во-вторых, как экономика медицинской деятельности;

– в-третьих, как отраслевая альтернатива частной медицине.

Однако в этом движении финансов не происходит того, что обеспечивает главный признак экономики – товарообмен, т. е. смены собственности обмениваемых товаров и услуг. Это приводит к тому, что результат деятельности медицинских организаций – медицинские услуги, а также средства их оплаты, обретают единую публичную (государственную) принадлежность. Однако медицинскую услугу создает не сама медицинская организация, а её наёмная рабочая сила – медицинские работники (врачи, фельдшеры, медицинские сёстры), т. е. субъекты профессиональной деятельности. Это означает, что результат их профессиональной деятельности, с экономической точки зрения, является продукцией, подлежащей товарообмену. Субъектами такого товарообмена выступают продавец – медицинская организация и покупатель – источник оплаты медицинских услуг. Если медицинские услуги по правовой принадлежности подчинены исключительно государству, то оно возмещает затраты медицинской организации за счёт собственных средств. При этом, сами медицинские работники, которые в процессе своей профессиональной деятельности создают медицинские услуги и извлекают посредством своего труда добавленную стоимость, исключены из процесса товарообмена. Исключение составляют лишь те ситуации, когда медицинский работник выступает в качестве ИП – индивидуального предпринимателя на рынке медицинских услуг. Однако источником оплаты их профессиональной деятельности, как правило, является не государственная казна, а либо личные средства граждан, либо финансовые ресурсы коммерческих страховщиков по программам добровольного медицинского страхования.

Данный аспект сопряжён с характеристикой организационно-правовых форм собственности, сложившихся в здравоохранении на современном этапе развития государства.

С точки зрения экономической теории отсутствие механизмов товарообмена на возмездной основе не позволяет рассматривать медицинские услуги как производственный результат деятельности медицинских организаций, возмещаемый как государством по ПГГ, так и страховщиками по программам ОМС. При этом, с управленческой точки зрения, возникают проблемы обоснования роли и эффективности отраслевой экономики с непосредственным участием медицинских организаций.

В результате здравоохранение находится на распутье: либо экономика (производство или создание ВВП), либо бюджетная сфера (потребление или использование ВВП). Экономика здравоохранения складывается в процессе товарообмена, будь то с финансовым участием социального государства или без такового. В отличие от подведомственных учреждений здравоохранения, товарообмен в сфере здравоохранения формируют реальные юридические лица – коммерческие/некоммерческие медицинские организации или индивидуальные предприниматели – частнопрактикующие врачи, для которых неважно, кто именно оплачивает оказываемые ими медицинские услуги – государство, страховщик или же сами потребители.

От государства в сфере охраны здоровья граждан зависит многое вне того, возмещает оно затраты на медицинские услуги, производимые медицинскими организациями, или нет. Достаточно и того, что именно государство выступает в качестве законодательного регулятора, осуществляет административный контроль их исполнения законодательных и нормативных актов, обеспечивает соблюдение судебных санкций за неисполнение.

Если же государство принимает участие в отраслевом товарообмене в качестве плательщика в пользу граждан, то оно не может одновременно выступать и в качестве поставщика, оплачиваемых им услуг, и в качестве защитника прав и интересов потребителей этих самых услуг. В случае, когда государство выступает в качестве плательщика за медицинские услуги, его статус мало чем отличается от статуса любых иных плательщиков в сфере охраны здоровья (страховщиков, благотворителей и т. д.). Для государства как для любого другого плательщика важно, что вкладываемые им средства в оплату медицинских услуг реально улучшали здоровье граждан.

Таким образом, базовыми признаками экономики здравоохранения в целом являются следующие:

– пациент как распорядитель средств финансирования охраны его здоровья вне зависимости от их источника;

– единая равноудаленность субъектов медицинской деятельности от источников финансирования;

– правовое единство статуса плательщика;

– согласованное корректное законодательство, административное (надзор) и судебное правоприменение;

– социальная (медицинская) эффективность экономической деятельности в отрасли.

Экономика здравоохранения социального и несоциального государства

Когда государство на конституционном уровне не позиционирует себя в качестве социального (например, США), не участвует своими финансовыми ресурсами (например, бюджетом) в оплате программ и мероприятий по охране здоровья, все риски, связанные с оплатой медицинской помощи, обслуживания и услуг ложатся на самих граждан, которые оказываются перед выбором, платить самим по случаю возникновения болезни, травмы, отравления или прибегнуть к услугам коммерческого рискового страхования. В этом случае, отсутствие финансового патернализма государства сказывается высокой требовательностью самих граждан к эффективности как товарных (медицинских), так и финансовых (страховых) институтов. В странах с либерально-рыночным укладом экономики это достигается высоким уровнем развития медицинской юриспруденции, государственного надзора и правосудия.

При этом гражданин, утративший свое здоровье в силу тех или иных причин, рискует поступиться значительными издержками. Однако в случае ненадлежащего финансирования или оказания неадекватной медицинской помощи риски куда больших потерь ложатся на его контрагентов – страховщиков и клиники.

В целом экономику здравоохранения несоциального государства характеризуют следующие признаки:

– бремя любых платежей лежит на самих гражданах;

– отсутствие социального страхования восполняется рисковым коммерческим страхованием;

– отсутствие или существенный недостаток государственных (публичных) финансовых средств сказывается, с одной стороны, дороговизной предоставляемых медицинских услуг, что существенно ограничивает их доступность и своевременность, а с другой стороны, ведет к высоким компенсациям за причинение вреда здоровью пациента в процессе оказания собственно медицинской помощи.

Сегодня, в государствах, традиционно не относящиеся к числу социальных, всё чаще наблюдается планомерное движение в сторону социализации как самого здоровья, так и здравоохранения. Так, в США создан преимущественно государственный механизм обеспечения надзорно-контрольных функций и научных исследований в сфере охраны здоровья. В части, касающейся страховых программ Medicare & Medicaid Services, данный механизм распространяется и на финансирование социального обеспечения.

Экономика здравоохранения социального государства, характеризуется расстановкой приоритетов,

соответствующих потребностям общества. На микроуровне она проявляет себя именно при осуществлении хозяйственной деятельности, преследующей главную цель – формирование, поддержание и укрепление здоровья как отдельного человека, так и социума в целом.

Это не деятельность государства по оказанию медицинской помощи гражданам в подведомственных медицинских организациях. Это деятельность государства по поводу оказания медицинской помощи гражданам бесплатно за счет государственных средств и других поступлений.

К субъектам оказания такой помощи – вне зависимости от того, за счет государственных средств или иных финансовых ресурсов она оказывается – государство вырабатывает соответствующие требования, равные для всех из них, притом, что все они являются равноудаленными от государства.

Именно для целей размещения между равноудаленными от государства субъектами оказания медицинской помощи оно аккумулирует в бюджете и перераспределяет обязательные целевые взносы (налоги). Смысл сбора и перераспределения этих средств – польза для человека в меру его потребностей на сохранение и восстановление собственного здоровья. И это не пациенториентированная деятельность подведомственных отрасли медицинских организаций. Это – *пациентоцентрированность деятельности государства в сфере охраны здоровья*. Задача государства – законодательное обеспечение и регулирование прав гражданина (пациента) по распоряжению средствами, предназначенными для оплаты услуг сферы здравоохранения с целью защиты и сохранения своего здоровья. Пациент законодательно должен быть наделён правом получать медицинскую помощь в любой медицинской организации, независимо от её организационно-правовой формы деятельности. Гарантия социального государства в этом случае сводится к оплате этой самой медицинской помощи за счёт консолидированных средств казны в оптимальном, а не минимальном объёме! При этом, собранные и перераспределенные в пользу пациентов государственные средства до времени востребованности не должны терять свою стоимость, чтобы не снижать как саму покупательную способность потребителей медицинских услуг, так и *паритет покупательной способности* (ППС), т. е. равенство, обозначающее соотношение двух национальных валют, основанное на ценах для аналогичных товаров/услуг этих стран. ППС показывает, насколько доступны определенные товары и услуги в разных странах, что важно для характеристики доступности услуг сферы здравоохранения. ППС применяется, когда надо сопоставить, например, ВВП на душу населения в разных странах. Показатель ВВП на душу населения, рассчитанный по ППС, будет более точным – без колебаний валютного курса.

В расчете на душу населения государственные расходы на здравоохранение в России составляют порядка $ 1 010, оцененных по паритету покупательной способности ($ ППС), во Франции – 4 141 $ ППС, США – 8 949 $ ППС, Германии – 5 256 $ ППС. Здравоохранение в РФ по сравнению с экономически развитыми странами ЕС по показателю ППС недофинансируется из государственных источников как минимум в 1,5 раза. В силу этого, население в РФ вынуждено оплачивать бóльшую, чем в развитых странах, долю расходов на услуги сферы охраны здоровья из «своего кармана» в консолидированном финансовом портфеле.

При этом, в России отмечается существенное неравенство в доходах населения между регионами – средние доходы жителей Москвы по доллару ППС находятся на уровне старых стран Европы, в то же время доходы остальных россиян в 2 раза ниже.

Главное, на что должна быть направлена деятельность социального государства – это достижение стойкого социального эффекта (результата).

В сфере охраны здоровья социальный эффект выражается в снижении: заболеваемости населения, временной и стойкой утраты трудоспособности, в первую очередь, у работающих граждан, ну и безусловно смертности.

В свою очередь социальный эффект, зависящий от доступности, своевременности, квалифицированности, безопасности и бесплатности для потребителя самой медицинской помощи, а также качества медицинских услуг, сказывается как на качестве жизни самого индивидуума, так и на качестве здоровья каждого из пациентов. Поэтому **экономику здравоохранения** правильнее всего рассматривать как *механизм согласования интересов в процессе финансирования медицинской помощи, позволяющий конвертировать экономический результат деятельности каждой медицинской организации в укреплении здоровья человека и повышении уровня качества его жизни*. Именно в этом и заключается медико-экономическая эффективность отрасли, обеспечивая достижение социального эффекта в сфере охраны здоровья.

Список источников

1. Колесникова С.С., Василенко М.А. Экономика здравоохранения: учебно-методическое пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2023. – 312 с.
   Kolesnikova S.S., Vasilenko M.A. Healthcare Economics: a study guide. – Rostov-on-Don: Phoenix, 2023. – 312 p.
2. Расходы федерального бюджета на здравоохранение в ближайшую трехлетку составят более 4,5 трлн рублей (https://minfin.gov.ru/ru/press-center/?id_4=38347-raskhody_federalnogo_byudzheta_na_zdravookhranenie_v_blizhaishuyu_trekhletku_sostavyat_bolee_45_trln_rublei) (дата обращения 19.09.2024).

Federal budget expenditures on healthcare in the next three years will amount to more than 4,5 trillion rubles (https://minfin.gov.ru/ru/press-center/?id_4=38347-raskhody_federalnogo_byudzheta_na_zdravookhranenie_v_blizhaishuyu_trekhletku_sostavyat_bolee_45_trln_rublei) (Date of access: 19.09.2024).
3. Прогноз рынка ДМС на 2023 г. (https://vc.ru/u/338257-ilya-lankevich/669346-prognoz-rynka-dms-na-2023-g) (дата обращения 19.09.2024).
Healthcare expenditures countrywise (https://www.saltmoney.org/ru/расходы-на-здравоохранение-по-страна/) (Date of access: 19.09.2024)/ VHI market forecast for 2023 (https://vc.ru/u/338257-ilya-lankevich/669346-prognoz-rynka-dms-na-2023-g) (Date of access: 19.09.2024).
4. Share of old age population (65 years and older) in the total U.S. population from 1950 to 2050 (https/www.statista.com/statistics/457822/share-of-old-age-population-in-the-total-us-population) (дата обращения 19.09.2024).
Расходы на здравоохранение по странам (https://www.saltmoney.org/ru/расходы-на-здравоохранение-по-страна) (дата обращения 19.09.2024).
6. Забралова О.С. Социальное государство: понятие, сущность и виды // Актуальные проблемы российского права. – 2022. – № 17 (6). – P. 21-31. DOI:10.17803/1994-1471.2022.139.6.021-031.
Zabralova O.S. Social state: concept, essence and types // Actual problems of Russian law. – 2022. – № 17 (6). – P. 21-31. DOI:10.17803/1994-1471.2022.139.6.021-031.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 12.01.2025.
The article was accepted for publication 12.01.2025.

