

Институт негосударственного пенсионного обеспечения, построенный по накопительной схеме, гармонично сосуществует с введенными ранее государственными распределительными пенсионными программами. Пенсионные реформы, предусматривающие создание накопительных систем, обеспечивают гражданам этих стран возможности личного участия в формировании их будущих пенсионных накоплений путем инвестирования их в различные финансовые институты. При этом значительно возрастает уровень экономического развития страны, финансовая состоятельность и грамотность населения, обуславливающие долгосрочную социальную стабильность.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Емельянова Т. В. Финансовое обеспечение пенсионных систем в странах ЕС и России / Т.В. Емельянова // Финансы. – 2008. – № 10. – С. 64 - 66.
2. Зырянова Т. В. Зарубежный и отечественный опыт регулирования пенсионной системы / Т.В. Зырянова, Е.М. Кот // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. – 2007. - N 2 (170). - С. 24 - 35.
3. Стейкхолдер // Википедия – свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org>.

УДК 336.02
ББК 65.495

Козьминых Светлана Владимировна,
аспирант кафедры финансы и кредит,
Российский государственный торгово-экономический университет.
E-mail: goncharova.sofia@gmail.com

Возможности использования в России зарубежного опыта реализации рыночных моделей здравоохранения
Possibilities to use foreign experience of realization of market models of public health services in Russia

В статье анализируется опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах с преимущественно государственными системами финансирования здравоохранения – Нидерландах и Великобритании, которые в последние два десятилетия стали признанными лидерами европейского здравоохранения по масштабам инноваций – использования новых систем договорных отношений, методов оплаты, систем управления качеством, измерения результатов деятельности поставщиков услуг. Резюмируя опыт и результаты реформирования здравоохранения в этих странах, автор выделяет основные условия реализации рыночных моделей здравоохранения. К ним относятся: создание и ведение базы данных для облегчения потребительского выбора и обоснования покупки медицинской помощи; повышение гибкости рынков труда и капитала; обеспечение приемлемого уровня транзакционных издержек; ликвидация монополии там, где это возможно и необходимо. Выполнение этих условий актуально для формирования эффективной конкуренции и в современном российском здравоохранении.

In the article the author analyzes the experience of reforming public health services in foreign countries with mainly state systems of financing public health services – the Netherlands and Great Britain which have become recognized leaders of the European public health services in the scale of innovations: the use of new systems of contractual relations, methods of payment, quality management systems, the measurement of results of the activity of service providers for the last two decades. Summarizing the experience and the results of reforming public health services in these countries, the author points out the basic conditions of realization of market models of public health services. Some of them are

creating and conducting a database for the simplification of consumer choice and a substantiation of purchase of medical aid; the increase in labour market flexibility and capital; the maintenance of comprehensible level of transaction costs; monopoly liquidation there where it is possible and it is necessary. The performance of these conditions is actual for forming an effective competition in the modern Russian public health services.

Ключевые слова: системы финансирования здравоохранения, преимущественно государственное финансирование, реформа здравоохранения, конкуренция страховщиков, информационное обеспечение, потребительский выбор, транзакционные издержки, рынки труда и капитала, ликвидация монополии, параметры качества, врачи-фондодержатели.

Keywords: Systems of financing of public health services, mainly state financing, public health services reform, a competition of insurers, information support, consumer choice, transaction costs, labor markets and capital markets, monopoly liquidation, quality parameters, doctors- asset holders.

В мире существует три основных системы финансирования здравоохранения: государственная, страховая и частная. Ни в одной из развитых стран та или иная система не действует в чистом виде. Более того, в ряде стран каждая из систем получает преимущественное развитие в тот или иной период времени.

В таблице 1 представлена структура финансового обеспечения систем здравоохранения в развитых странах.

Таблица 1.

Финансовое обеспечение систем здравоохранения в развитых странах

Страна	Субсидии государства	Взносы предприятий	Страховые взносы граждан	Прямые доплаты граждан
Бельгия	27	50	2	21
Германия	14,2	72,5	6,4	6,9
Франция	1,8	73	3,7	21,5
Великобритания	78	10	3,8	8,2
Италия	36,2	45,5	3,3	15,
Швеция	71	18,4	2	8,6
США	41,8	1,2	30,8	26,2

Из представленных в таблице 1 данных можно видеть, что участие государства в финансировании здравоохранения наибольшим образом представлено в Великобритании и Швеции, значительна роль предпринимательских средств в финансировании здравоохранения Франции и Германии, участие граждан в финансировании здравоохранения более всего представлено в США и Франции.

В рамках нашего исследования особый интерес представляют страны с преимущественно государственными системами финансирования здравоохранения, в которых в последние два десятилетия остро встал вопрос повышения отдачи растущих ресурсов, направляемых в эту сферу. Стратегические направления решения этой проблемы существенно различаются: в некоторых странах основной акцент делается на активизацию рыночных механизмов, в других – на совершенствование управления отраслью при решающей роли государства в этом процессе. Теоретической основой рыночных реформ в здравоохранении стали разнообразные модели квази-рыночных отношений.¹

Наиболее интересен опыт реализации этих моделей в Нидерландах и Великобритании. Анализ этого опыта дает основания для обобщений о возможностях и ограничениях рыночных механизмов в системе обязательного медицинского страхования и собственно здравоохранении.

Регулируемая конкуренция в Нидерландах

Реформа здравоохранения в этой стране началась в 1992 г. и прошла несколько этапов. Ключевым элементом новой системы является создание условий для ценовой конкуренции страховщиков. Страховые взносы работодателей в центральный фонд обязательного медицинского страхования дополняются взносами граждан в выбранную больничную кассу или страховую компанию. Общий объем средств, контролируемых страховщиками, складывается из поступлений от центрального фонда и платежей застрахованных.

Каждая больничная касса самостоятельно определяет размер страхового взноса. При этом для всех категорий застрахованных, выбравших данного страховщика, законом устанавливается единый размер тарифа. Это

исключает возможность применения повышенных тарифов для лиц с более высокой потребностью в медицинской помощи, например, с хроническими заболеваниями.

Во-вторых, таким образом больничные кассы побуждаются к поиску путей оптимизации затрат на оказание медицинской помощи. Если страховая организация эффективно работает с лечебными учреждениями, добиваясь снижения затрат на оказание медицинской помощи (например, за счет использования медицинских технологий с большей медико-экономической эффективностью), то она может снизить размер страхового тарифа, и, как следствие, привлечь больше застрахованных.

Первоначально размер страхового тарифа, уплачиваемого самими застрахованными, был невелик и составлял 2–3% поступлений страховщиков (в 1998 г. – 98 евро, 2000 г. – 188 евро, 2003 г. – 356 евро). На последнем этапе реформы, начавшемся в 2006 г., ограничения на свободное установление страхового тарифа были сняты, и его средний размер уже в 2006 г. составил 1106, а в 2008 г. – 1134 евро в год в расчете на одного взрослого застрахованного.² В настоящее время из этого источника формируется почти 50% поступлений страховщиков, т. е. половина средств ОМС проходит через прямой конкурентный отбор страховщиков. Правительство субсидирует часть прямых страховых взносов малоимущих слоев населения, если они превышают 4% дохода домохозяйств. В начале 2009 г. максимальный размер субсидии составлял 1464 евро в год на одно домохозяйство.³

Государство оплачивает также страховые взносы за детей. Эти средства поступают в центральный фонд ОМС и попадают к страховщикам на конкурентной основе: родители выбирают определенную компанию не только для себя, но и для неработающих членов семей, включая детей.

В последние два-три года в разных страховых компаниях изменился размер страхового взноса, что активизировало потребительский выбор. В 2006 г. лишь 3% застрахованных по ОМС поменяли своего страховщика, а в 2008 г. – уже 18%.⁴

Другим основанием для конкуренции страховщиков является возможность вариации программ медицинского страхования. Все население имеет право на стандартный пакет медицинской помощи. Однако, страховые организации стремятся разнообразить этот пакет, расширяя его по конкретным услугам и условиям оказания медицинской помощи. Они предлагают программы управления хроническими заболеваниями (диабетом, астмой и пр.), программы стимулирования здорового образа жизни, услуги в принадлежащих им медицинских организациях.

Например, одна из компаний – «Увит» – расширяет стандартный пакет предоставлением информации о результатах лечения в разных медицинских организациях;

² Ван де Вэн В. Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет: материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения (20 декабря 2009 г.). – Москва, 2009.

³ См. подробнее: Van de Ven W. and F. Schut. Universal mandatory Health Insurance: A Model For the United States // Health Affairs, 2009. – v. 27. – № 3. – P. 770–781.

⁴ Knottnerus J.A. and ten Velden G.H.M. Dutch Doctors and Their Patients – Effects of Health Care Reform in the Netherlands // New England Journal of Medicine. – 2009. – December 13.

¹ См. подробнее: Enthoven A. The History and principles of Managed Competition // Health Affairs: Supplement. 1993, v. 12. – P. 24–48.

ваучеры со скидками на приобретение продуктов питания с низким содержанием холестерина; скидку со страхового взноса лицам с лишним весом при условии его снижения за определенный период до установленного показателя; льготные условия предоставления плановых хирургических операций, в том числе в зарубежных клиниках.

Другая страховая компания – «Мензис» – для облегчения доступности услуг врачей общей практики уже открыла три собственных центра первичной медицинской помощи и планирует открыть еще десять. Кроме того, компания платит большие бонусы врачам за назначение лекарств-дженериков взамен запатентованных лекарств, что также дает заметную экономию.

Страховыми организациями предлагается ряд дополнительных страховых программ, например, на стоматологические услуги для взрослых, на некоторые физиотерапевтические и реабилитационные услуги, на очки и протезы, на более полное лекарственное обеспечение, выходящее за рамки гарантированного пакета. Особенно важно то, что эти дополнительные программы предлагают те же страховые компании, которые действуют в системе обязательного медицинского страхования, то есть обязательное и добровольное страхования реализуются в качестве единого пакета услуг. В 2009 г. 90% голландцев имели дополнительную страховку, и почти все – в одной и той же страховой компании.⁵

Законом Нидерландов устанавливается обязательный соплатеж застрахованных в форме франшизы. Это сумма, в пределах которой пациенты оплачивают свои расходы до вступления в действие страхового возмещения. Минимальный размер франшизы – 150 евро в год, максимальный – 650 евро. В этом промежутке страховщики предлагают различные страховые программы, в которых размер соплатежа варьируется. Чем меньше страховой взнос в выбранную компанию, тем более высокий размер соплатежа в момент потребления медицинских услуг предусматривается страховой программой. Это – скидка за риск более высоких будущих расходов в случае заболевания.

В нарушение так называемого принципа «общего котла», лежащего в основе систем социального страхования, в Нидерландах допускается возврат застрахованному части страховой премии, если его ежегодные расходы на медицинскую помощь не превышают 255 евро. Правительство сознательно идет на такое стимулирование ответственности граждан за свое здоровье.⁶

Новая система медицинского страхования в Нидерландах носит название «обязательное добровольное медицинское страхование». Это означает, что все население старше 18 лет обязано иметь медицинскую страховку, но сами условия страхования представляю собой симбиоз правил обязательного и добровольного медицинского страхования.

Страховые организации не могут отказать человеку в страховании, не могут установить кому-либо более высокую страховую премию в зависимости от состояния

здоровья, обязаны обеспечить стандартный пакет медицинских услуг своим застрахованным (это характеристики ОМС). Но к стандартному гарантированному набору услуг добавляются страховые программы, реализуемые по правилам ДМС. В результате складывается объединенный рынок обязательного и добровольного медицинского страхования.

Характерной особенностью реформы здравоохранения стал тот факт, что теперь страховщики наряду с центральным фондом ОМС стали носителями финансовых рисков. Они несут финансовую ответственность за оказываемую медицинскую помощь не только в пределах полученных от государства и населения средств, но и за счет собственных источников. Превышение фактически понесенных расходов над имеющимися на эти цели средствами влечет за собой прямые экономические потери страховых организаций.

Новая система допускает договорное установление цен на медицинские услуги – на основе согласования между страховщиком и медицинской организацией. В первую очередь новая система ценообразования затронула услуги врачей общей практики. Если раньше тарифные соглашения определяли отношения между ассоциацией врачей и ассоциацией больничных касс (примерно так же, как сегодня в России), то теперь больничные кассы заключают индивидуальные договора с двусторонним согласованием цен с каждой врачебной практикой. В больничном секторе используется менее либеральный подход, там допускается свободное установление цен только на 20% объема деятельности конкретной больницы; остальные 80% тарифов регулируются на основе коллективных соглашений при сильном влиянии правительства, которое опасается резкого повышения цен на больничные услуги, и для этого есть серьезные основания – недостаточный уровень конкуренции больниц.⁷

Наиболее существенная особенность модели регулируемой конкуренции – ограничение сферы государственного планирования здравоохранения, при котором органы государственного управления сохраняют свою ответственность за состояние здравоохранения, но без прямого контроля за объемами медицинской помощи и ценами.

Источником финансирования крупных инвестиций больниц теперь становится не государственный бюджет, а доходы самих больниц в системе обязательного медицинского страхования и кредиты коммерческих банков. Государство больше не несет финансовой ответственности по обязательствам больниц. Вместо этого правительство инициировало создание резервного фонда для поддержки финансовой устойчивости больниц, формируемого на добровольной основе за счет самих больниц.

В то же время сохранилось государственное планирование крупных инвестиций лечебных учреждений (включая строительство и реконструкцию) на основании «сертификата потребности», доказывающего обоснованность этих инвестиций.⁸ Государство сохранило также контроль над ценами большей части стационарной помощи.

⁵ Van de Ven W. and F. Schut. Universal mandatory Health Insurance: A Model For the United States // Health Affairs, 2009, – v. 27. – № 3. – p. 770–781.

⁶ Enthoven A. and Van de Ven W. Going Dutch – Managed Competition health Insurance in the Netherlands // The New England Journal of Medicine, 2008. – December 13. – P. 24; 357.

⁷ Van de Ven W. and F. Schut. Universal mandatory Health Insurance: A Model For the United States // Health Affairs, 2009, – v. 27. – № 3, – P. 770–781.

⁸ Bultman J. Health insurance in the Netherlands. – Warsaw, December 2009 (slides).

В ходе реформирования здравоохранения страховщики предъявляют растущие требования к качеству медицинской помощи, отдавая при заключении договоров предпочтения тем лечебным учреждениям, которые предлагают более действенные механизмы управления качеством и более высокие клинические результаты. Это подстегнуло интерес к стандартизации медицинских технологий. Нидерланды сегодня являются признанным лидером в разработке медицинских стандартов и систем обеспечения качества.

Кроме этого, стимулированию конкуренции по качеству способствовало формирование базы данных, характеризующих удовлетворенность пациентов качеством и условиями оказания медицинской помощи в разных медицинских организациях. Информация о страховщиках и лечебных учреждениях размещается на специальном сайте в Интернете, и потребители могут анализировать эти данные, сравнить их цены, предлагаемые программы обеспечения качества и пр.⁹

Страховые организации оказывают все большее влияние на систему оказания медицинской помощи. Заключению договоров с медицинскими организациями предшествует довольно длительный период согласования трех главных параметров деятельности – объемов, цен и программ обеспечения качества медицинской помощи, включая перечень конкретных медицинских технологий. В ходе переговоров больницы и врачебные практики обосновывают свои преимущества перед конкурентами. Обычными стали предложения медицинских организаций по совершенствованию деятельности.

Страховщики в Нидерландах проявляют постоянно растущий интерес к укреплению общих врачебных практик, повышению уровня их взаимодействия с другими звеньями оказания медицинской помощи. Страховщики поощряют формирование замкнутых систем медицинских организаций с центральной ролью врачей общей практики. Страховщиками активно поощряются расширение круга их функций, медицинская профилактика, постоянное наблюдение за хроническими больными, выписка «дженериков» и прочие меры по оптимизации затрат. Гонорарный принцип оплаты уступил место подушевому финансированию страховщиков, причем часть рисков страховщиков переносится на врачей общей практики,¹⁰ т. е. используются элементы механизма, известного в российской практике как *фондодержание*.

Серьезный прогресс обеспечен в выравнивании условий финансирования конкурирующих страховщиков. Центральный фонд распределяет им средства на основе сложной формулы выравнивания рисков, учитывающей не только традиционные факторы (пол, возраст, место проживания), но и предыдущие расходы застрахованных на стационарную помощь, являющиеся показателем сегодняшних потребностей застрахованных. Соответственно заинтересованность в селекции рисков снижается. Эта проблема в Нидерландах стоит значительно ме-

нее остро, чем в других странах, взявших на вооружение конкурентную модель ОМС.¹¹

Вместе с тем полностью примирить конкуренцию с общественной солидарностью пока не удастся. Ценовая конкуренция становится ощутимой только при достаточно весомом участии самих застрахованных в приобретении страховых полисов.

Модель внутреннего рынка в Великобритании

Главный принцип реформирования здравоохранения Великобритании – договорное взаимодействие заказчика и исполнителя, т. е. отделение финансирования от оказания медицинской помощи в бюджетной системе финансирования здравоохранения Великобритании. Реформирование проводилось в два этапа.

На первом этапе (1991–1997 гг.) решалась задача стимулирования конкуренции больниц по показателям цены и качества медицинской помощи. Основными покупателями стационарной помощи в тот период выступали районные органы управления здравоохранением («райздравы»). Они размещали заказ больницам на конкурсной основе. Кроме них, покупателями стационарной помощи выступали частнопрактикующие врачи общей практики, являющиеся фондодержателями. Они заключали договора с больницами и из собственных средств оплачивали стационарную помощь, оказанную их пациентам.

Больницы получили статус самоуправляемых организаций – больничных трастов национальной службы здравоохранения. Доход стационаров формировался только за счет поступлений по договорам, что напоминает форму автономных учреждений, обсуждаемую в России, но с относительно большими правами больниц. Так, они могли самостоятельно отчуждать имущество, брать банковские кредиты. Частнопрактикующий врач общей практики стал главной фигурой в секторе амбулаторной помощи. Индивидуальные и групповые практики конкурировали между собой, борясь за пациентов.

Правительство сохранило рычаги регулирования системы здравоохранения. На государственном уровне жестко регламентировался механизм договорных отношений, необходимым условием заключения которых являлось конкурсное размещение заказов на основе открытой информации о цене и прочих параметрах договорных отношений. Законодательно определялись требования к ценообразованию, исключающие перекладывание издержек по содержанию неиспользованных мощностей больниц на покупателей услуг. В отношениях между покупателями медицинской помощи и больницами на данном этапе доминировали методы оплаты фактического числа случаев стационарной помощи.

Положительным результатом этого этапа реформ стало расширение экономических методов управления медицинскими организациями. Стремясь получить заказ, больницы старались снизить цены, поэтому вынуждены были делать акцент на ресурсосберегающие медицинские и управленческие технологии.

Кроме того, повысился уровень первичной медицинской помощи. Врачи общей практики могли диктовать

⁹ Enthoven A. and Tollen L. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency // Health Affairs. – 2009. – September.

¹⁰ Enthoven A. A Living Model Of Managed Competition: A Conversation With Dutch Health Minister Ab Klink // Health Affairs. – 2009. – v. 27. – № 3. – P. 196–203.

¹¹ Van de Ven W., Beck K., Bucher F, Chernichovsky D. Risk adjustment and risk selection in the sickness fund insurance market in five European countries // Health Policy. – 2008. – № 65. – P. 75–91.

больницам требования к качеству и условиям оказания стационарной помощи. Являясь фондодержателями, врачи общей практики значительно расширили свои функции, и тем самым сократили частоту направлений к узким специалистам. Под давлением этих врачей больницы вынуждены были ускорять плановую госпитализацию – листы ожидания стали короче.¹²

Отрицательным моментом реформ признаются значительные затраты на осуществление договорных отношений. Стремясь предложить более низкую цену, персонал больниц часто жертвовал качеством. Попытки «райздравов» и врачей общей практики согласовать оптимальное соотношение «цена – качество» требовали многомесячных переговоров с больничными учреждениями без видимых результатов из-за отсутствия необходимой информации. К тому же больницы, оставшиеся без договоров, в силу политических факторов не закрывались, а поддерживались правительством, то есть не обеспечивался отказ от менее эффективных поставщиков услуг.

К отрицательным результатам реформы относят также неспособность мелких врачебных практик проводить эффективную политику покупки других видов медицинской помощи, планировать потоки пациентов и финансов и строить рациональные формы взаимодействия со стационарами.

Второй этап реформы начался в 2000 г. Цель этого этапа – создать сильного покупателя медицинской помощи и сделать акцент на финансово-управленческие механизмы, а не на действие рыночных сил.

Было отменено конкурсное размещение заказов, а функции покупателей стационарной помощи были переданы территориальным объединениям врачей-фондодержателей, которые контролировали 90% бюджетов больниц и заказывали у них стационарную помощь. Система фондодержания предстала в более интегрированном виде – действует принцип одного покупателя медицинской помощи.

Изменения произошли и в порядке заключения договоров на медицинскую помощь. Теперь вместо ежегодных договоров заключаются соглашения (servicelevel agreements), действующие как минимум два-три года.

На этом этапе реформ происходит формирование единых национальных тарифов и отказ от ценовой конкуренции больниц. Считается, что они единые тарифы заставят больничные трасты лучше управлять затратами на оказание медицинской помощи. Чтобы уложиться в установленные нормативы, больницы будут вынуждены искать пути оптимизации издержек. Кроме того, единые тарифы позволят трастам общим врачебным практикам при формировании заказа больницам сосредоточиться на объемах, качестве и доступности медицинской помощи, а не на ценах услуг. Это даст возможность существенно снизить транзакционные издержки и нейтрализовать конфликт между ценой и качеством медицинской помощи (более конкурентная цена обеспечивается снижением качества).¹³

Требования к конкретным параметрам качества включаются в договоры с больницами. Существенно

возросло значение клинических стандартов как основы обеспечения качества и оплаты медицинской помощи.

В 2003 г. был возвращен принцип «деньги следуют за пациентом» и принята программа расширения потребительского выбора, предусматривающая меры по облегчению выбора больницы для получения плановой стационарной помощи.¹⁴ Главными мерами по реализации потребительского выбора стали сбор и публикация информации о сроках ожидания помощи и о результатах лечения конкретных заболеваний в отдельных больницах; введение обязанности врачей первичного звена оказывать содействие пациентам в выборе больницы.

Однако потребители слабо отреагировали на возможность выбора. Они продолжали отдавать предпочтение местным больницам. Кроме того, серьезной проблемой стали не активное участие врачей в реализации нового курса и недостаточность информации для потребительского выбора.¹⁵

Публикация информации о результатах лечения в отдельных больницах оказала влияние на показатели качества услуг в силу того, что больницы получили возможность сравнивать свою деятельность, врачи стали больше обсуждать свою клиническую практику, повысилась значимость репутации медицинских организаций и отдельных врачей.

Условия реализации рыночной модели: значение для российского здравоохранения

Исследование зарубежного опыта позволяет выделить наиболее важные условия реализации рыночной модели здравоохранения.

Первое условие – создание и ведение базы данных для облегчения потребительского выбора и обоснования покупки медицинской помощи. Необходима достоверная и объективная информация о качестве и результатах оказания медицинской помощи по страховым организациям и лечебным учреждениям. Существует потребность в данных о затратной эффективности различных вариантов оказания медицинской помощи. Работники финансирующих органов должны обладать квалификацией, необходимой для интерпретации результатов экономических оценок. По мнению Э.Мейнарда, одного из идеологов реформы здравоохранения Великобритании, недостаток информации и умения ею пользоваться усиливает позиции больниц в диалоге с покупателями медицинской помощи и способен сдерживать конкуренцию.¹⁶

Необходимо обеспечить:

- измерение деятельности медицинских организаций через набор унифицированных показателей, составление рейтингов однотипных организаций по этим показателям;
- открытость информации для потенциальных потребителей;
- участие врача (прежде всего, врача общей практики) в обеспечении потребительского выбора. Опыт Ве-

¹⁴ Department of Health. Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS. – London, 2008.

¹⁵ Fotaki M. Patient choice and empowerment – what does it take to make it real? A comparative study of choice in the UK and Sweden under market-oriented reforms // Eurohealth. – 2008. – v. 11. – № 3. – P. 3–7.

¹⁶ Maynard A. Can Competition Enhance Efficiency in Health Care? Lessons from the Reforms of the UK National Health Service // Social Science and Medicine. – 1994. – v. 39. – № 10.

¹² Dixon J., Le Grand J., Smith P. Shaping the National Health Service – Can Market Forces be used for good?: King Fund, 2008.

¹³ Department of Health. Reforming NHS Financial Flows. – London, October, 2008.

ликобритании и ряда других стран показал, что публикация информации не обеспечивает повышение активности потребителей на рынке медицинских услуг – прежде всего, в силу их недостаточной способности осмыслить эту информацию. Требуется участие врача.¹⁷

Недостаток информации является существенным барьером для свободного взаимодействия рыночных сил. Не только индивидуальные, но и коллективные покупатели медицинских услуг все еще не имеют достаточно достоверной базы для выбора наиболее эффективных поставщиков услуг.

В ряде стран проводятся мероприятия по информационному обеспечению потребительского выбора – создаются информационные системы, нацеленные не только на решение медико-организационных проблем, но и на формирование необходимой конкурентной среды. Важность этого фактора быстро растет, что следует учитывать при построении конкурентной модели здравоохранения в России.

Второе условие – повышение гибкости рынков труда и капитала. В системах общественного здравоохранения гибкость рынка труда ограничивается действующими системами национальных или региональных соглашений между правительством и профсоюзами врачей и медицинских работников, устанавливающими ставки оплаты труда, условия найма и увольнения и пр., что делает невозможным использование способов оплаты труда по результатам и сдерживает увольнения. Доминирование некоммерческого сектора, слабость ценового сигнала в сочетании с действием политических факторов (трудно закрыть ненужную больницу, уволить персонал) определяют относительную устойчивость сложившейся сети медицинских организаций. Традиционные системы планирования мощностей медицинских организаций также сдерживают свободное движение труда и капитала. В Нидерландах пытаются активизировать этот процесс, в Великобритании такая задача не ставится.

Не только в России, но и в странах со сложившимися конкурентными системами здравоохранения планирование сети муниципального здравоохранения, материальных и кадровых ресурсов не успевает за сигналами рынка: потребитель отказывается от обращения в определенную больницу, но ее мощности сохраняются неизменными, поскольку городская администрация не заинтересована в сокращении сети лечебных учреждений и сдерживает процесс вымывания неэффективных звеньев оказания медицинской помощи. И наоборот: пользующиеся спросом больницы не могут быстро отреагировать на растущий спрос и расширить свои мощности. Условие формирования конкурентной среды – повышение гибкости и оперативности действий плановых органов муниципального здравоохранения. Лозунг «деньги следуют за пациентом» должен дополняться правилом «плановые решения следуют за пациентом».

Начиная с 80-х гг. XX века в государственной системе здравоохранения ряда стран апробированы две модели, получившие названия «автономные» и «корпоративные» медицинские учреждения (по терминологии Всемирного

банка). Собственником и учредителем таких учреждений остается государство, оно финансирует их и определяет цели, задачи и основные направления деятельности, контролирует их работу и соблюдение установленных стандартов и норм, в том числе по набору и уровню квалификации персонала и по режиму труда. Сохраняется подотчетность таких служб органам здравоохранения.

В бюджете автономных медицинских учреждений нет разделения по сметам. Они обладают правом самостоятельно принимать решения относительно своей повседневной деятельности, оставлять в своем распоряжении и переносить на следующий год неизрасходованные бюджетные средства, а также привлекать дополнительные ресурсы и оказывать помощь пациентам на платной основе, оставляя прибыль для удовлетворения собственных нужд по обновлению оборудования, материальному поощрению персонала и так далее.

Сегодня в России активно ведется процесс перехода муниципальных медицинских учреждений на автономную форму хозяйствования. Однако, кроме экономической эффективности, необходимо учитывать социальную эффективность муниципального здравоохранения. Очень немногие из городских больниц смогут удержаться на плаву в условиях автономии при существующем состоянии основных фондов.

Третье условие – приемлемый уровень транзакционных издержек. Затраты на подготовку, заключение и мониторинг выполнения договоров должны оправдывать те выгоды, которые они обеспечивают с точки зрения повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

В российском здравоохранении законодательством не предусмотрено рыночное согласование цен на медицинские услуги в системе ОМС. После перехода на полный тариф, включающий в себя все виды затрат на оказание медицинской помощи, целесообразно допустить согласование цен с частными медицинскими организациями. Однако в отношениях заказчика с муниципальными учреждениями эта мера является неактуальной из-за слабой конкурентной среды и из-за высокой затратности самой процедуры согласования. Более реальным в российских условиях представляется конкурсное размещение муниципальных заказов по параметрам объемов и качества медицинской помощи. Показатели качества должны стать частью системы договорных отношений между страховщиком и медицинской организацией.

Четвертое условие – ликвидация монополии там, где это возможно и необходимо. Конечно, во многих случаях крупные медицинские организации имеют более высокую клиничко-экономическую эффективность, но возможности разукрупнения все-таки существуют, особенно в амбулаторной помощи.

Таким образом, реформа здравоохранения в Европе сама по себе является катализатором поиска новых организационно-экономических механизмов. После двух десятилетий рыночных реформ Великобритания и Нидерланды стали признанными лидерами европейского здравоохранения по масштабам инноваций – использования новых систем договорных отношений, методов оплаты, систем управления качеством, измерения результатов деятельности поставщиков услуг. Кроме того, усиливающиеся

¹⁷ Fotaki M. Patient choice and empowerment – what does it take to make it real? A comparative study of choice in the UK and Sweden under market-oriented reforms // Eurohealth. – 2008. – v. 11. – № 3. – P. 3–7.

процессы потребительского выбора дают дополнительную информацию для управленческих действий, прежде всего, для повышения оперативности и качества планирования мощностей муниципального здравоохранения.

В России формирование конкурентной среды требует значительных преобразований в системе муниципального здравоохранения. Необходимы условия для эффективной конкуренции, что требует целенаправленных усилий органов власти. Можно предположить, что, как и западноевропейским странам, России придется пройти длительный период поиска оптимального сочетания плановых и рыночных регуляторов системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ван де Вэн В. Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет: материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения (20 декабря 2009 г.). – Москва, 2009.
2. Bultman J. Health insurance in the Netherlands. – Warsaw, December 2009 (slides).
3. Enthoven A. The History and principles of Managed Competition // Health Affairs: Supplement. – 1993. – v. 12. – P. 24-48.

4. Knottnerus J.A. and ten Velden G.H.M. Dutch Doctors and Their Patients – Effects of Health Care Reform in the Netherlands // New England Journal of Medicine. – 2009. – December 13.

5. Maynard A. Can Competition Enhance Efficiency in Health Care? Lessons from the Reforms of the UK National Health Service // Social Science and Medicine. – № 10 – 1994. – v. 39.

6. Dixon J., Le Grand J., Smith P. Shaping the National Health Service – Can Market Forces be used for good?: King Fund, 2008.

7. Department of Health. Reforming NHS Financial Flows. – London, October, 2008.

10. Department of Health. Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS. – London, 2008.

11. Van de Ven W. and F. Schut. Universal mandatory Health Insurance: A Model For the United States // Health Affairs. – № 3 – 2009. – v. 27. – p. 770–781.

12. Fotaki M. Patient choice and empowerment – what does it take to make it real? A comparative study of choice in the UK and Sweden under market-oriented reforms // Eurohealth. – 2008. – v. 11. – № 3. – P. 3–7.

УДК 336.64
ББК65.290-93

Качалин Дмитрий Сергеевич

аспирант кафедры финансов и кредита,

Российский государственный торгово-экономический университет.

E-mail: d-s-kachalin@gmail.com

Построение структуры источников и направлений использования финансовых ресурсов предприятий реального сектора Construction of the structure of sources and directions of the use of financial resources of the enterprises of the real sector

Наличие финансовых ресурсов в достаточном объеме, их эффективное использование, определяют финансовую состоятельность организации: платёжеспособность, финансовую устойчивость, ликвидность. В статье обосновывается, что основным методологическим подходом к классификации, построению структуры, формированию источников и направлений использования финансовых ресурсов предприятий реального сектора является их отношение к конкретному типу предприятий (учреждений), а также наличие определенных отраслевых и организационно-правовых признаков. В зависимости от этого меняются не только структура финансовых ресурсов и направлений их использования, но и ценовая, дивидендная, инвестиционная, кадровая, налоговая политика.

The presence of financial resources in a sufficient volume, their effective use predetermines the financial justifiability of an organization: paying capacity, financial stability, liquidity. The article proves that the basic methodological approach to the classification, the construction of structure, the forming of sources and directions of the use of financial resources of the enterprises of the real sector is their relation to the concrete type of enterprises (establishments), and also the presence of the specific branch and business legal signs.

Depending on this, both the structure of financial resources and directions of their use and pricing, profit, investment, personnel, tax policy.

Ключевые слова: предприятие; реальный сектор; коммерческие организации; некоммерческие организации; бюджетные учреждения; автономные учреждения; финансовые ресурсы; собственные источники; заемные источники; привлеченные финансовые ресурсы.

Keywords: enterprise; real sector; commercial organizations; noncommercial organizations; budget establishments; independent establishments; financial resources; own sources; source of borrowed funds; attracted financial funds.

Частнохозяйственные финансы обслуживают всю совокупность денежных отношений, возникающих в процессе движения финансовых ресурсов в частноправовой форме, образования и использования денежных доходов организаций и домашних хозяйств в результате приведения в действие общих и специальных финансовых механизмов и инструментов.¹

¹ Барулин С. В. Финансы : учебник / С. В. Барулин. – М. : КНОРУС, 2010. – С.448.