

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

---

**Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой**

**И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев**

# **ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА**

Учебно-методическое пособие для обучающихся  
на факультете подготовки кадров высшей квалификации  
и дополнительного профессионального образования

**Владикавказ, 2020**

## **СОСТАВИТЕЛИ:**

**Туаева И.Б.** – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Габараева Л.Н.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Магаев К.А.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

## **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**Тотров И.Н.** – д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Касохов Т.Б.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России  
Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

После второй мировой войны, особенно начиная с 60-х годов, практически во всех странах мира появился и стал интенсивно расти интерес к вопросам экономики здравоохранения. Существует две основные причины такого роста. **Первая причина** заключается в том, что к этому времени стало совершенно очевидным, что здоровье человека представляет для общества все более возрастающую ценность, в том числе и «экономическую». Недаром еще более 20 лет назад по шкале ООН «о благосостоянии» среди его 9 признаков, в том числе таких, как питание, жилье, социальная свобода, занятость и т. д., именно здоровье было поставлено на 1-е место.

Здоровье населения и экономика общества имеют тесную взаимосвязь, взаимозависимость: не только экономика влияет на здоровье населения, но и здоровье населения влияет на экономику. Экономика не может существовать без здоровых людей. Значит, мы можем рассматривать здоровье как ресурс, как фактор экономики. Если такие ресурсы, как уголь, мы измеряем в тоннах, а энергию - в ватах, то в чем измерять здоровье? В экономических терминах мера здоровья невыразима. Она может быть выражена лишь опосредованно. Наиболее естественными для экономики здоровья являются показатели продолжительности жизни. Ценность здоровья для экономики общества определяется в настоящее время также сужающимся воспроизводством населения, процессом его старения. Состояние здоровья может либо содействовать увеличению суммы производительных сил, либо обрекает их на растраниживание и разрушение. Здоровье касается самого главного элемента производительных сил – непосредственно производителя с его способностями к работе и навыками к труду. Здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда, и это влияние особенно сильно выражено при наиболее высокой производительности труда.

Рост экономики страны имеет и отрицательные последствия для состояния здоровья. Например, развитие транспорта влечет за собой увеличение количества транспортных происшествий с большим числом пострадавших, которым надо оказывать медицинскую помощь. Развитие техники влечет за собой загрязнение окружающей среды (радиация, соли тяжелых металлов, диоксины и т.п.), что негативно сказывается на состоянии здоровья человека. Потребление в пищу продуктов, полученных с использованием большого количества химических веществ (например, нитратов), также отрицательно сказывается на состоянии здоровья потребителей.

**Вторая причина** усиление внимания к вопросам экономики здравоохранения заключается в выраженном росте расходов на здравоохранение. Этот рост имеет постоянную тенденцию и наблюдается практически во всех странах, независимо от источника финансирования здравоохранения (из государственного бюджета, по линии медицинского страхования или непосредственно из кармана пациента).

Во многих экономически развитых странах мира расходы на здравоохранение растут каждое десятилетие на 1 % от уровня национального дохода и в настоящее время составляют уже 10 % и более.

В настоящее время наиболее оптимальным уровнем расходов на здравоохранение в экономически развитых странах принято считать 10-12 % от уровня национального дохода. Многим, даже экономически развитым странам, такие расходы становятся слишком обременительными.

Каковы же причины столь стремительного и безудержного роста расходов на здравоохранение? Следует выделить три основные причины.

*Первая* – это очень широкое использование в здравоохранении новой дорогостоящей техники, аппаратуры, современного оборудования.

*Вторая* причина роста расходов на здравоохранение заключается в том, что здравоохранение относится к «ресурсоемким» отраслям хозяйства и не дает таких возможностей роста производительности труда, как другие отрасли хозяйства.

*Третья причина* – это рост потребности населения в медицинском обслуживании. Этот рост связан как с увеличением численности населения, изменением демографической ситуации в сторону постарения населения, изменением характера патологии – увеличением заболеваемости хроническими заболеваниями: также, хотя и не всегда, с медицинской точки зрения, обоснованным обращением населения за медицинской помощью. В конце 80-х годов XX века в крупных городах на одного жителя приходилось в год в среднем 15-16 амбулаторных посещений, число госпитализаций доходило до 25 и более на 100 человек в год.

В силу изложенного, вопросы экономики привлекают внимание всех медицинских работников. Однако надо иметь в виду, что в медицине экономические вопросы занимают не 1-е место. Экономический рационализм должен прежде всего согласовываться с медицинским гуманизмом. Даже некоторые явно экономически «нерентабельные» медицинские мероприятия, например, по спасению или продлению жизни престарелому нетрудоспособному больному, с медицинской точки зрения являются вполне оправданными, «рентабельными». Задача заключается в том, чтобы научиться хорошо лечить, считая деньги, чтобы добиться максимального результата при минимальных затратах, чтобы предвидеть, куда выгоднее вложить деньги для получения максимальной пользы в обеспечении населения медицинской помощью. Потребности общества в медицинской помощи растут, а финансовые возможности очень часто ограничены.

Существование системы здравоохранения в государстве само по себе еще не означает, что все граждане имеют равные возможности получения бесплатной медицинской помощи. Примером этому может служить советское здравоохранение. Советское государство декларировало, что все граждане СССР имеют равные возможности получать доступную, бесплатную, качественную медицинскую помощь. Однако на самом деле доступную, бесплатную и в тоже время качественную помощь могли получать только так называемые номенклатурные работники (в первую очередь члены руководящих органов КПСС). Остальные граждане могли получать либо бесплатную, но низкокачественную помощь, либо качественную, но не бесплатную помощь.

Несмотря на примерно всеобщее равенство в доступности медицинской помощи для всех слоев населения и на то, что в странах с развитой экономикой уровень доходов в настоящее время мало влияет на состояние здоровья, бедные обычно более больны, чем богатые. Это связано во многом с тем, что бедные меньше ценят и менее критически оценивают свое здоровье, а также с тем, что бедные предпочитают «лишние» деньги тратить не на здоровье, а на «жизнь» и любое улучшение своего здоровья благодаря медицине стараются использовать для увеличения своих доходов, продавая свой труд.

Оказывая медицинскую помощь, врач должен думать и о том, что это стоит. Как показало одно из исследований, проведенных еще в конце 80-х годов, при амбулаторном лечении стоимость лекарств в бюджете больного при лечении острых заболеваний составляет от 0,16 % до 3,9 % заработной платы и от 0,6 % до 7,6 % пенсии больного, а при лечении хронических заболеваний расходы на лекарства составляют уже от 4,6 % до 18,5 % заработной платы и от 17,7 % до 27,7 % пенсии. Это при том, что медикаменты стоили в то время несравненно дешевле, чем сейчас. Естественно, врач должен выбирать среди наиболее эффективных наиболее дешевые лекарственные средства.

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

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

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

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

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

Таким образом, под *экономикой здравоохранения* понимаются:

- соответствующим образом организованная хозяйственная сторона дела в области оказания лечебно-профилактических услуг и

- совокупность знаний (научных представлений) о сущности, целях и задачах хозяйственной деятельности в здравоохранении, формах ее организации и управления.

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

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

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

Исследованием всех указанных процессов в современном здравоохранении и занимается экономика здравоохранения.

Прежде чем сформулировать определение – что такое экономика здравоохранения, необходимо отметить, что при анализе экономических проблем здравоохранения важно рассматривать его, с одной стороны, как область человеческой деятельности, а с другой – как отрасль хозяйства.

В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, могут быть выделены профессиональная и экономическая стороны.

*Профессиональная* – составляет содержательный аспект медицинской деятельности. *Экономическая* же сторона предполагает хозяйственные формы, в рамках которых совершается данная профессиональная деятельность. Действительно, ни один вид профессиональной деятельности не осуществляется в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы. Указанные стороны деятельности существуют в неразрывной связи при любых условиях, в любом обществе.

От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профессиональной деятельности медицинских работников.

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

Основные понятия экономики, используемые в здравоохранении.

**Стоимость** – количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определенного (заданного) качества.

**Цена** – денежное выражение стоимости медицинских услуг (товара).

**Себестоимость** – выраженные в денежной форме материальные затраты и оплата труда в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на единицу услуг (на одного жителя, пролеченного больного и т.д.).

**Прибыль** – разность между доходами и расходами производства, часть доходов, остающаяся после возмещения текущих затрат и процентов по краткосрочным кредитам банков.

**Рентабельность** – показатель эффективной хозяйственной деятельности, единовременных и текущих затрат за определенный период (обычно год). Это отношение прибыли к себестоимости.

*Экономика изучает проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов и управления ими с целью максимального удовлетворения потребностей человека.*

*Экономика здравоохранения – это отраслевая экономическая наука, изучающая проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения, управления ими для максимального удовлетворения потребностей населения в здоровье, товарах и услугах медицинского назначения. Она изучает условия и факторы, обеспечивающие максимальное удовлетворение потребностей населения в товарах и услугах, необходимых для сохранения, укрепления, восстановления здоровья, при минимальных затратах.*

**Общая цель экономики здравоохранения** – это изучение экономических отношений, объективно складывающихся между людьми и возникающих в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности.

**Экономику здравоохранения можно определить** и как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области охраны здоровья населения. Можно также определить предмет экономики здравоохранения следующим образом: - **Экономика здравоохранения** – это отраслевая экономическая наука, изучающая взаимодействие здравоохранения как непромышленной сферы жизнедеятельности общества с другими отраслями народного хозяйства.

**Объект исследований экономики здравоохранения** – это экономические отношения в сфере здравоохранения.

**Основные разделы экономики здравоохранения:**

1. Экономическая эффективность здравоохранения.
2. Экономическая оценка качества медицинской помощи.
3. Экономика материально-технической базы.
4. Изучение взаимовлияния народного хозяйства и системы здравоохранения.
5. Экономика медицинских учреждений.
6. Финансирование.
7. Экономические аспекты научной организации труда.
8. Экономика использования резервов здравоохранения.

*Предметом экономики здравоохранения* являются экономические отношения, которые возникают и складываются между людьми в процессе оказания медицинских услуг, то есть медицинской профессиональной деятельности. Взаимоотношения между людьми в профессиональной деятельности можно разделить на две группы: организационно-экономические и социально-экономические.

Характер организационно-экономических отношений определяется технологией самого профилактического и лечебно-диагностического процесса и отражает общие черты, присущие всем типам медицинских учреждений (стационары, поликлиники, диагностические центры и т. п.). Примером организационно-экономических отношений может служить система финансирования лечебно-профилактических учреждений, которая включает в себя методологию формирования бюджета, учета расходов, оплаты труда, ценообразования и т. д.

Анализ социально-экономических отношений дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности организаций здравоохранения, которые функционируют в различных условиях и в различных организационно-правовых формах (государственные, муниципальные, частные и др.). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно различаются в этих учреждениях при равном объеме и качестве оказываемых медицинских услуг.

Обе эти группы отношений тесно взаимосвязаны. Изучение этих взаимоотношений позволяет, например, выбрать оптимальную организационно-правовую и экономическую модель деятельности системы здравоохранения на определенном этапе его развития.

Экономисты в области здравоохранения осуществляют анализ:

- влияния здоровья населения на экономическое развитие страны, регионов, производство и т. д.;
- экономического эффекта лечебно-профилактического обслуживания, профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, ликвидации заболеваний, снижения нетрудоспособности и смертности, новых методов, технологий, организационных мероприятий, программ и т. д.

Экономика здравоохранения исследует влияние на здоровье и других, кроме здравоохранения, факторов, таких, как уровень доходов, уровень образования, социальный статус, физическая среда обитания, культурная среда, окружающая среда, образ жизни, потребление товаров и услуг. Влияние этих факторов на состояние здоровья может быть даже более выраженным, чем влияние медицинской помощи.

Экономика здравоохранения – дисциплина, которая помогает сделать правильный выбор в решениях по наиболее рациональному и эффективному использованию ограниченных ресурсов и получению максимальных выгод для пациента и общества.

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



На *метаэкономическом (мировом) уровне* формируются межнациональные экономические отношения систем здравоохранения различных государств с интеграцией их в мировую экономику. Координатором этих процессов выступает Всемирная организация здравоохранения.

На *макроэкономическом (федеральном) уровне* отношения складываются в рамках национальной экономики в целом и, прежде всего, в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением, а таких отраслей насчитывается около тридцати (медицинская промышленность, фармацевтическая промышленность, приборостроение, специальные отрасли текстильной, пищевой промышленности, транспортного машиностроения, строительства, торговли и т. п.). Таким образом, макроэкономика рассматривает взаимодействие системы здравоохранения с государством и обществом в целом и с другими отраслями народного хозяйства.

На макроэкономическом уровне изучаются взаимоотношения здравоохранения с другими секторами экономики, имея ввиду поиск ответов на вопросы, какая доля валового национального продукта (ВНП) может и должна быть выделена на охрану здоровья и от чего это зависит. Так как, средняя продолжительность предстоящей жизни, смертность, заболеваемость, инвалидность и другие показатели, далеко не полностью определяются деятельностью здравоохранения.

Состояние здоровья населения и средняя продолжительность жизни зависят, в основном, от массовых общественных мероприятий и мало зависят от собственно лечебных мероприятий. Улучшение здоровья населения может быть достигнуто, скорее, в результате улучшения окружающей среды, улучшения состояния дорог и транспортной безопасности, повышения уровня образования населения, хорошего питания, противотабачных и противоалкогольных компаний и т.п. Однако имеется и небольшое число лечебных мероприятий, улучшающих здоровье и качество жизни людей, - устранение боли и дискомфорта, улучшение подвижности и самостоятельности пациентов.

При этом надо иметь в виду, что связь ВНП и средней продолжительности жизни отмечается для данных, отнесенных к одной стране. Если обратиться к более глобальным оценкам, то также обнаружится рост средней продолжительности жизни с ростом качества жизни. Снижение числа преждевременных смертей вместе с ростом доходов прослеживаются для большинства стран. Однако внутри групп стран с сопоставимым уровнем развития корреляции между затратами на медицинскую помощь и уровнем здоровья нет. Так, среди семи наиболее развитых стран (Япония, Германия, США, Великобритания, Франция, Канада, Нидерланды) на первом месте по основным показателям здоровья стоит Япония, которая замыкает список по доле расходов на здравоохранение в ВНП и по обеспеченности населения врачами.

Также неоднозначен ответ на вопрос, будет ли улучшаться состояние здоровья населения при увеличении расходов на здравоохранение в расчете на душу населения. Последний показатель прямо связан с уровнем экономического развития страны. Однако в мире имеется достаточное количество примеров для обсуждения этой проблемы. Например, США тратят на здравоохранение больше,

чем могли бы в соответствии с уровнем развития экономики, а Великобритания – меньше. Однако состояние здоровья населения в США не лучше, чем в Великобритании.

Более того, США, занимая первое место в мире по уровню расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, по состоянию здоровья своих граждан занимают место лишь во втором десятке.

По данным ряда зарубежных авторов, уровень доходов на душу населения в экономически развитых странах не имеет существенного влияния на уровень смертности населения.

Дальнейший рост расходов на здравоохранение в современных экономически развитых странах связан обычно с лечением малозначимых заболеваний, с которыми ранее пациенты не обращались к врачам и лечили самостоятельно, либо с использованием высокотехнологичных методов диагностики и лечения, как, например, пересадка органов, ядерно-магнитный резонанс и т.п. И в том и в другом случае влияние роста расходов на уровень смертности минимально.

Таким образом, дополнительное увеличение расходов на здравоохранение имеет значение не для всей популяции в целом, а для отдельно взятых некоторых пациентов, здоровье, состояние (боль, самообслуживание) и длительность жизни которых могут быть улучшены. Однако это не влияет на общенациональные показатели состояния здоровья. Также дополнительное финансирование позволяет врачам улучшить положительные результаты в диагностике (например, повышать достоверность установленного диагноза с 95 до 98%).

**Микроэкономический (учрежденческий) уровень** охватывает деятельность каждого индивидуума, отдельных участков, звеньев и структур производства медицинских услуг. Главный микроэкономический элемент здравоохранения - лечебно-профилактическое учреждение, по своей сути выступающее как своеобразное услугопроизводящее предприятие (фирма). Что же касается частнопрактикующего врача, то он, по сути дела, воплощает в себе самое, персонифицирует целое медицинское учреждение, выступая попеременно в качестве основного персонала, менеджера, обслуживающего работника и т. п., если, конечно, речь не идет об использовании наемной рабочей силы.

На микроэкономическом уровне изучается деятельность отдельно взятых медицинских учреждений, способы их финансирования, управления, оплаты труда персонала и т. п.

Чтобы дифференцировать макроэкономику от микроэкономики разделительная полоса между ними выделяется в самостоятельную, срединную часть экономической науки, именуемую **мезоэкономикой**. Отдельные авторы называют этот уровень **миди-экономическим**.

На **мидиэкономическом (региональном) уровне** (лат. – medius, англ. - middle - средний) исследуются хозяйственные связи внутри системы здравоохранения, как отрасли экономики. Состоящей из целого ряда подотраслей, производств и специализаций, связанных с решением одной функциональной задачи – охраны и укрепления здоровья населения.

**Основные задачи экономики здравоохранения:**

1. Анализ эффективности использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов.
2. Изучение экономической эффективности различных форм медицинской помощи.
3. Изучение роли и места здравоохранения в системе общественного производства.
4. Экономическое обоснование планов, целевых программ, профилактических мероприятий.
5. Выявление и рациональное использование внутренних резервов здравоохранения.
6. Определение расходов на различные виды медицинской помощи.
7. Изучение и оценка экономической эффективности медицинской помощи, различных медицинских мероприятий.
8. Экономическое обоснование новых организационных форм медицинской помощи.
9. Изучение и оценка с точки зрения экономической эффективности деятельности учреждений нового типа (диагностические центры, дневные стационары, частные фирмы и т.д.).
10. Определение оптимального соотношения численности медицинских работников в здравоохранении (врачей и медицинских сестер, врачей разных специальностей).
11. Экономическое обоснование мероприятий по научной организации труда работников здравоохранения.

Экономика здравоохранения имеет свою методологию и методы исследования:

1. Экономический анализ.
2. Финансовый анализ.
3. Изучение штатных и финансовых нормативов.
4. Хронометраж и фотохронометраж трудовых затрат.
5. Метод непосредственного наблюдения.

**6. Экономико-математические и статистические методы**

(исследование операций, линейное программирование, теория массового обслуживания и др.) помогают вскрыть количественную взаимосвязь между явлениями. Каждый процесс, каждое явление в здравоохранении должны изучаться всесторонне, в неразрывной связи их качественных и количественных составляющих. Раскрывая количественные изменения процессов, экономика здравоохранения исследует переход количественных показателей в новое качество оказанной медицинской помощи и на качественно новый уровень здоровья.

**7. Анализ и синтез.** В процессе анализа происходит расчленение исследуемого явления на его составные части. Синтез предусматривает интеграцию полученных данных с целью выявления наиболее существенных закономерностей.

В последнее время бурное развитие получила *эконометрия* – отрасль экономической науки, занимающаяся разработкой и применением экономико-статистических и математических методов анализа экономических процессов, обработкой статистической экономической информации.

**8. Балансовый метод** представляет совокупность приемов экономических расчетов. Он используется для установления строго определенного количественного соотношения между какими-либо составляющими процесса (например, соотношения предложения и спроса на медицинские услуги, на разные виды медикаментов и медицинской техники, финансовых ресурсов, между доходной и расходной частями бюджета и т. д.).

**9. Экономико-математическое моделирование** – воспроизведение экономических объектов и процессов в малых, экспериментальных формах.

**10. Прогнозирование** представляет собой научное предвидение наиболее вероятных изменений состояния отрасли здравоохранения.

**11. Экономический эксперимент.** Одним из распространенных в настоящее время методов являются хозяйственные эксперименты. Поиск тех или иных методов повышения эффективности деятельности системы здравоохранения на примере нескольких регионов или отдельных медицинских учреждений имеет большое практическое значение. Экспериментальный метод позволяет изыскивать и апробировать новые схемы финансирования, формы оплаты труда медицинских работников, механизмы ценообразования, новые формы оказания профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

Государственное регулирование системы здравоохранения в рыночной экономике должно основываться на системном экономическом анализе развития отрасли. Комплексную информацию, характеризующую экономику здравоохранения, на национальном, региональном и локальном уровнях, можно получить и проанализировать в результате создания **Системы национальных счетов здравоохранения России**. Эта работа начата. В США и в странах – членах Организации по международному сотрудничеству и развитию (ОЭСР) уже несколько десятилетий разрабатывается и внедряется система счетов здравоохранения. Разработка системы национальных счетов здравоохранения осуществляется в России с 1997 г. в рамках проекта Всемирного банка "«Национальные счета здравоохранения России»".

**Система национальных счетов здравоохранения** – это соответствующая рыночной экономике интегрированная система взаимосвязанных счетов и аналитических таблиц, характеризующая на макроуровне результаты экономической деятельности здравоохранения, которая согласована с системой национальных счетов, основными понятиями, классификациями и макроэкономическими показателями, принятыми в международном сообществе.

Для гармоничного формирования основ здравоохранения в новых экономических условиях нужно иметь экономическое мышление, основанное на изучении того, как принимаются рациональные решения исходя из сопоставления

результатов (выгод) и затрат (издержек). Их соотношение определяет основную категорию экономики – **эффективность**.

Следовательно, важнейшим понятием экономики здравоохранения, предметом экономического анализа является эффективность. В здравоохранении различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

**Медицинская эффективность** – степень (эффект) достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, т. е. четырех основных видов медицинской деятельности. Всемирная организация здравоохранения рассматривает медицинскую эффективность как один из аспектов качества медицинского обслуживания наряду с адекватностью, экономичностью и научно-техническим уровнем.

Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата. Но медицина часто не способна избавить человека от заболевания полностью (например, диабет, артрит, болезни сердца и т.п.), она лишь уменьшает симптоматику проявлений заболевания и уменьшает страдания пациента, что также затрудняет оценку результатов с точки зрения понимания здоровья. В отношении одного конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев превращения заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения, «индекс здоровья». Медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности.

**Социальная эффективность** имеет более широкий смысл, хотя она тесно и непосредственно связана с медицинской эффективностью. Социальная эффективность характеризуется такими показателями общественного здоровья, как нетрудоспособность, инвалидность, смертность, и др., снижение которых способствует социальной активности населения, их активного участия в общественном производстве.

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли – это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи.

Сегодня совершенно ясно, что не только социально-экономические условия влияют на здоровье населения, но и здоровье в немалой степени влияет на экономику общества. Общие экономические потери (экономический ущерб), которые несет общество в связи с заболеваемостью населения, делят на прямые и косвенные. К **прямым экономическим потерям** вследствие заболеваемости относятся затраты на оказание медицинской помощи: амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научно-исследовательскую работу, подготовку кадров. К прямым

экономическим потерям вследствие заболеваемости относятся пособия по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности и пенсии по инвалидности. К **непрямым** или **косвенным экономическим потерям** относятся потери в связи со снижением в результате заболеваемости производительности труда, недопроизведенная продукция на промышленном предприятии и снижение национального дохода на уровне народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека в трудоспособном возрасте. Причем, косвенные экономические потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости. По данным американских авторов, на долю прямых экономических потерь приходится около 10% общего экономического ущерба из-за болезней, а около 90% составляют косвенные потери. Проведение различных медицинских оздоровительных мероприятий, нацеленных на снижение уровня заболеваемости, например, вакцинация всего населения или только детей против инфекционных заболеваний, профилактика травматизма, профилактические осмотры с целью раннего выявления заболеваний, диспансеризация определенных контингентов и т.д. уменьшают экономический ущерб вследствие заболеваний. Таким образом, разница между экономическим ущербом вследствие заболеваемости до и после проведения активных медицинских оздоровительных мероприятий и определяет **экономический эффект** здравоохранения.

Необходимо иметь в виду, что достижение определенного экономического эффекта не всегда свидетельствует о получении экономической эффективности. Дело в том, что проведение любых оздоровительных мероприятий (будь то вакцинация населения или профилактика травматизма, диспансеризация или проведение профилактических медицинских осмотров) требует определенных затрат денежных средств. Иногда эти затраты превышают экономический эффект, полученный от снижения уровня заболеваемости населения. Поэтому кроме определения экономического эффекта рассчитывается также экономическая эффективность. Экономическая эффективность – это соотношение экономических выгод, полученных при проведении медицинских мероприятий, т.е. экономического эффекта, и затрат на эти мероприятия. При этом нас интересует: какой экономический эффект получен на 1 рубль затрат.

**Экономическая эффективность** – тот положительный вклад (прямой или косвенный), который вносит здравоохранение путем улучшения здоровья населения (рабочей силы) в рост производительности труда, расширение и развитие общественного воспроизводства, увеличение национального дохода.

**Экономический эффект** – разница между результатами экономической деятельности и затратами на нее.

**Экономическая эффективность** определяется соотношением эффекта (результата) и затрат. Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением, когда важнейшей проблемой становится достижение максимального результата при минимальных затратах.

В определенных случаях медицинские мероприятия могут быть невыгодны экономически, но их проведение оправдано высоким медицинским и социальным эффектом. Примером может служить применение аппарата

«искусственная почка». Общество, государство вкладывает в здравоохранение, в осуществление профилактики, диагностики, лечения и реабилитации определенные средства. Больших затрат требуют содержание и обслуживание нетрудоспособных по состоянию здоровья граждан, общество несет экономические потери в связи с заболеваемостью, временной нетрудоспособностью по состоянию здоровья, травматизмом, временной нетрудоспособностью в связи с уходом за больными и карантинном, стойкой нетрудоспособностью (инвалидностью), преждевременной смертью. Эти экономические потери можно выразить в денежных единицах, т. е. оценить экономический ущерб, который наносят обществу перечисленные негативные явления, связанные со здоровьем и здравоохранением. Так, экономический вклад здоровья в экономику США оценивается на уровне около 10% от ВВП, т. е. в сотни миллиардов долларов.

Общество, государство вкладывают средства в осуществление социальных и медицинских мероприятий с целью улучшить здоровье населения, предотвратить экономический ущерб и добиться экономической эффективности деятельности служб здравоохранения. Результат (или экономический эффект) от проводимых мероприятий отражен в понятии предотвращенный экономический ущерб.

**Предотвращенный экономический ущерб** - разница между величиной экономического ущерба (экономических потерь), полученного до и после проведенных мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, в том числе на снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, преждевременной смерти, при запущенных тяжелых заболеваниях и т. д. Формула определения предотвращенного экономического ущерба может быть представлена следующим образом:

$$\text{ПЭУ} = \text{ЭУ}_1 - \text{ЭУ}_2,$$

где ПЭУ – предотвращенный экономический ущерб (результат, эффект);

ЭУ<sub>1</sub> - экономический ущерб до проведения мероприятий;

ЭУ<sub>2</sub> - экономический ущерб после проведения мероприятий.

В свою очередь экономическая эффективность определяется как отношение экономического ущерба (результата) к затратам. Для расчета экономической эффективности в системе здравоохранения используется формула:

$$\text{ЭЭ} = \frac{\text{ПЭУ}}{\text{Затраты}},$$

где ЭЭ – экономическая эффективность;

ПЭУ – предотвращенный экономический ущерб (результат, эффект);

Затраты – стоимость мероприятий по улучшению здоровья населения, выраженная в денежных единицах.

Таким образом, здравоохранение является «рентабельной» отраслью народного хозяйства, хотя бы в переносном смысле этого слова, так как несмотря на то, что непосредственно медицинские работники не занимаются производством материальных благ, но руками своих пациентов они участвуют в увеличении национального дохода.

В связи с тем, что экономика здравоохранения основана на рациональном использовании имеющихся ресурсов и получении максимального результата (эффекта), в центре внимания при проведении экономического анализа всегда находится анализ экономической эффективности системы здравоохранения в целом, деятельности отдельных ее отраслей и подотраслей, учреждений, подразделений, специалистов, а также отдельных программ и мероприятий в сфере здравоохранения.

Главной проблемой изучения экономики здравоохранения является наиболее рациональное использование имеющихся у здравоохранения ресурсов: денежных, материальных, кадровых, - достижение максимального результата при минимальных затратах. Для реализации данной задачи очень важно умение правильно проводить экономический анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения.

В организации медицинской помощи населению особое место занимают стационары. Это наиболее капиталоемкий сектор здравоохранения, он потребляет основную (до 2/3) часть текущих расходов на здравоохранение, в стационарах сосредоточены, главным образом, основные формы здравоохранения. У нас, как и во всем мире, стационарная помощь является наиболее дорогостоящим видом медицинской помощи. Вот почему при решении конкретных вопросов экономики здравоохранения является очень важным экономический анализ деятельности стационаров.

**Экономическая оценка деятельности стационара** (как и любого другого ЛПУ) проводится по следующим основным направлениям:

- использование основных фондов;
- использование медицинской техники;
- использование персонала;
- анализ финансовых расходов;
- использование коечного фонда.

Для анализа использования основных фондов необходимы данные годового отчета по форме № 5.

**Основные фонды** – это средства труда, длительное время используемые в лечебных и хозяйственных целях: здания, лифты, мебель, аппаратура и т.д. (основные фонды, выраженные в стоимостном значении, называют основными средствами). В составе основных фондов выделяют активную часть (аппараты, приборы, специальная медицинская техника, т.е. то, что активно используется в лечебно-диагностическом процессе) и пассивную часть (здания, сооружения, передаточные устройства), соотношение которых примерно составляет 20 и 80%. К показателям использования основных фондов относят: фондовооруженность труда (т.е. соотношение стоимости фондов и среднегодовой численности работников), фондоотдачу (соотношение числа лечившихся и стоимость



основных фондов), фондоемкость (соотношение стоимости фондов и числа лечившихся) и ряд других (коэффициент выбытия, обновления, износа, накопления, годности и пр.).

К показателям использования *медицинской техники* относят коэффициент календарного обслуживания (соотношение номинального времени, т.е. времени возможного использования оборудования, и календарного – числа дней в году), коэффициент сменности (соотношение фактически и максимально возможных часов работы оборудования). Могут рассчитываться плановая и фактическая загрузка оборудования; отдельно – показатели для дорогостоящего оборудования и пр.

Контроль за степенью использования *персонала* можно осуществлять с помощью таких показателей, как:

- число работников, приходящихся на 100 коек (в том числе отдельно врачей, среднего медперсонала);
- укомплектованность штатов всех категорий;
- коэффициент совместительства (особенно внешнего).

При анализе *финансового состояния* учреждения необходимо, во-первых, проанализировать источники финансирования (соотношение бюджетных средств, средств по медицинскому страхованию, полученных от оказания платных услуг, по договорам и т.д.). Далее анализируется структура расходов: доля средств, расходуемых на заработную плату, питание, медикаменты и прочее. Может рассчитываться также относительная экономия заработной платы. Для учреждений негосударственной собственности важное значение имеет соотношение собственных и заемных средств, коэффициент абсолютной ликвидности активов, ресурсоотдача, рентабельность авансируемого и собственного капитала, финансовый цикл и другие.

Для анализа *использования коечного фонда* стационаров используют две группы показателей: 1-я группа – это стоимостные показатели работы стационаров и 2-я группа – это показатели использования коечного фонда. К стоимостным показателям работы больницы относятся:

- 1) стоимость содержания больничной койки в течение года;
- 2) стоимость содержания одного больного в течение суток или стоимость одного койко-дня;
- 3) стоимость содержания одного больного в течение всей длительности пребывания больного в стационаре. Последний стоимостный показатель является наиболее интегрированным и важным в настоящее время.

На уровне этих показателей действует большое число различных факторов, причем эти факторы действуют в разных направлениях, что и необходимо учитывать при экономическом анализе.

Прежде всего, необходимо отметить влияние на стоимостные показатели профиля стационара. Давно и твердо установлено, что все стоимостные показатели в отделениях узкого профиля выше, чем в общетерапевтических или общехирургических отделениях. Более высокие стоимостные показатели в специализированных и, тем более, в узкоспециализированных отделениях связаны, прежде всего, с тем, что именно специализированные отделения

нуждаются в первую очередь в техническом оснащении – в специальной медицинской аппаратуре, оборудовании, технике. В специализированных отделениях, как правило, выше расходы на медикаменты, на содержание персонала.

Второй фактор, влияющий на стоимостные показатели – мощность стационара. Следует отметить, что влияние мощности стационара на стоимостные показатели неоднозначно. Дело заключается в том, что с увеличением мощности стационара до определенного числа коек стоимостные показатели снижаются, а при дальнейшем увеличении числа коек – начинают расти. Так, если принять стоимость содержания одной больничной койки в стационаре на 100 коек за 100%, то в больнице на 150 коек эта стоимость составит 80%, в больнице на 250 коек – 75%, а в больнице на 300 коек – 71% от стоимости содержания койки в год в больнице на 100 коек. Однако в больнице на 400 коек стоимость содержания койки в год уже выше, чем в больнице на 300 коек, а с дальнейшим увеличением числа коек стоимостные показатели работы больницы неуклонно растут.

Однако следует иметь в виду, что повышение стоимостных показателей с увеличением мощности больницы является с экономической точки зрения вполне целесообразным, т.е. более крупные больницы имеют более высокую экономическую эффективность, по сравнению со стационарами меньшей мощности и особенно маломощными больницами (до 300 коек). Во-первых, в крупных стационарах можно организовать специализированную и узкоспециализированную помощь, что в настоящее время в значительной мере определяет уровень квалификации медицинской помощи. Во-вторых, в крупных стационарах возможно оснащение новым современным, часто дорогостоящим, оборудованием и медицинской техникой, которые в крупных стационарах могут быть и более рационально использованы. В-третьих, в более крупных стационарах более рациональны текущие расходы, в структуре которых, так называемая, активная часть (расходы на зарплату персонала, медикаменты и оборудование) заметно больше, чем в стационарах меньшей мощности. И, наоборот, на долю пассивной части расходов (хозяйственные расходы, питание, белье) приходится в структуре меньший процент, чем в маломощных больницах.

О более высокой экономической эффективности крупных больниц свидетельствует изучение распределения и использования основных фондов стационаров. В расчете на 100 коек стоимость активных основных фондов в больнице на 1200 коек в 2,5 раза больше, чем в больнице на 450 коек.

Третий фактор, влияющий на стоимостные показатели, - это объем работы. Все расходы на содержание койки или нет (это питание, медикаменты) и «независимые», т.е. расходы, которые идут на койку вне зависимости от наличия на ней больного (зарплата персонала, хозяйственные расходы и т.д.). Если койка в течение года выполнила свой план, то стоимость одного койко-дня будет ниже, чем в тех случаях, когда койка «прогуливает», пустует какое-то время сверх того времени, что предусмотрено по плану (т.е. для городской койки более 25 – 30 дней). Вот почему стационары заинтересованы в более полном использовании коечного фонда.

В настоящее время показатель стоимости одного койко-дня утратил свою былую значимость, так как на первый план в экономическом анализе деятельности больницы выступает **показатель стоимости содержания одного больного за все время пребывания его в стационаре**. Именно этот показатель принят за основу при финансовом обеспечении стационаров. Уровень стоимости содержания больного в стационаре, в свою очередь, зависит от стоимости одного койко-дня и средней длительности пребывания больного в стационаре.

Ко второй группе экономических показателей деятельности больницы относятся показатели использования коечного фонда:

- 1) среднее число дней работы койки в году;
- 2) средняя длительность пребывания больного в стационаре;
- 3) оборот койки;
- 4) среднее время простоя койки.

Наиболее важным интегрированным показателем является оборот койки, т.е. число больных, пролеченных на одной койке за год. Этот показатель, с одной стороны, находится в прямой зависимости от среднего числа дней работы койки в году, а, с другой стороны, в обратной зависимости от средней длительности пребывания больного в стационаре. Ясно, что, чем меньше средняя длительность пребывания больного в стационаре, тем больше оборот койки в больнице.

Одним из сложных и до конца нерешенных вопросов экономики здравоохранения является вопрос о форме расчета с больницей за пролеченного больного.

Для оплаты стационарной помощи используются следующие способы:

1. **По смете расходов** на основе договора стационара со страховщиком под согласованные объемы помощи. Данный способ оплаты на этапе перехода к ОМС позволяет обходиться небольшими административными расходами, но такой способ, как правило, не создает стимулов к интенсификации деятельности больниц.

2. Оплата фактических расходов на госпитализацию каждого пациента на основе детальной калькуляции издержек по **фактически оказанным услугам**, Этот способ стимулирует увеличение количества услуг каждому пациенту, что приводит к неограниченному росту расходов и создает сложности из-за необходимости обработки большого объема экономической информации.

3. Оплата **по числу фактически проведенных пациентом койко-дней** на отделении стационара. При этом возможна раздельная оплата койко-дня и не вошедших в его стоимость специфических услуг (операции, сложные диагностические исследования и пр.) Необходимо рассчитать заранее стоимость одного койко-дня в профильном отделении больницы. Этот способ позволяет сократить объем обрабатываемой экономической информации, но вместе с тем, ведет к удлинению (часто искусственно) сроков госпитализации и усложняет контроль за реальным объемом медицинской помощи.

4. Оплата **по средней стоимости лечения одного больного на профильном отделении** стационара (т.е. за пролеченного больного). Этот способ ведет к сокращению сроков лечения и объемов помощи при отсутствии стимулов к сокращению общих расходов.

5. Оплата за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с принятой классификацией. Это весьма трудоемкий способ, так как необходима большая подготовительная работа, подготовленный персонал и большой объем обрабатываемой специальной информации. Одним из вариантов этого способа является оплата случаев госпитализации по КСГ (клинико-статистическим группам), широко применяемая в США и странах Западной Европы.

6. **Глобальные бюджеты** для больниц – это совокупные платежи одной строкой, установленные заранее для покрытия расходов на определенные услуги в течение определенного периода времени (например, в течение года). Глобальные бюджеты ограничивают рост цен на услуги и количества услуг и допускают определенную гибкость при использовании средств в установленных бюджетных границах. По истечении предусмотренного периода времени бюджетные излишки могут удерживаться учреждением и использоваться по необходимости; остальные расходы должны покрываться больницей из других источников. Поставщик должен оставаться в рамках принятого бюджета, корректируя либо цену услуг или расходы на услуги, либо объем услуг.

Все способы оплаты стационарной оплаты кроме финансирования по смете расходов, предусматривают прямую зависимость дохода ЛПУ от объемов его деятельности, и потому они по сути прогрессивнее простого сметного финансирования.

Одна из важных задач современного здравоохранения – перевод с использованием экономических рычагов ряда объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарах, в более удобное и экономичное звено – поликлиники. Немаловажное значение при этом имеет форма расчета с поликлиниками.

Для оплаты амбулаторной медицинской помощи возможны следующие варианты:

1. Финансирование **по смете расходов**, суть которого заключается в авансировании медицинских услуг на основе анализа текущих затрат предыдущего периода. Это традиционный для государственной системы здравоохранения способ финансирования.

2. Финансирование **по подушевому принципу** (на одного прикрепленного к данному поставщику медицинских услуг с учетом полово-возрастной структуры и других параметров, влияющих на потребление медицинской помощи). За счет полученных средств оплачиваются собственные расходы, а также услуги сторонних поставщиков специализированной амбулаторной помощи.

3. **Гонорарный способ**, т.е. оплата конкретных медицинских услуг (посещений к врачу, выписки рецептов, лабораторных исследований, специальных манипуляций) по установленным тарифам на каждую услугу.

4. Оплата **законченных случаев амбулаторного обслуживания**, заранее классифицированных по некоторым признакам (трудозатраты, тяжесть случая, общие расходы). При этом каждая группа законченных случаев оплачивается по согласованному в установленном порядке тарифам.

Однако не все случаи в поликлинике являются законченными. В ряде случаев лечение в поликлинике является лишь одним из этапов лечения, после которого

пациент направляется в стационар, в диспансер или другие ЛПУ. Поэтому возникают сложности при определении тарифов.

5. Оплата **случаев поликлинического обслуживания** (СПО) по сути устраняет все недостатки предыдущего способа. Тарифы на СПО учитывают профиль подразделения, в котором оказаны услуги, степень сложности и законченности СПО. Целесообразно учитывать и аккредитационную категорию подразделения.

6. Оплата **за врачебное посещение** (в том числе прием врача и назначение лечебно-диагностические услуги). Этот способ требует больших трудозатрат на заполнение талонов амбулаторного пациента и последующую обработку счетов.

В отличие от первых двух, последние три способа оплаты амбулаторной помощи обеспечивают прямую зависимость доходов медицинской организации от объемов ее деятельности, в то время как два первых способа позволяют лишь косвенно влиять на работу медицинских служб (через применение экономически оптимальной системы оплаты труда персонала).

Важным направлением исследования экономики здравоохранения является **изучение и совершенствование форм хозяйствования**. При этом основной задачей такого совершенствования является создание механизма материальной заинтересованности медицинских работников в конечных результатах труда. В этой связи следует остановиться на особенностях хозяйственного механизма в здравоохранении.

Хозяйственный механизм как подсистема способа производства включает очень многие процессы: способ присвоения средств производства и материальных благ, цель производства, взаимодействие между производительными силами и системой производственных отношений, способ организации экономической жизни (т.е. совокупность инструментов, форм, методов организации производственного процесса) и т.д.

Возможны две модели хозяйственного механизма:

1) преимущественно административная система управления;

2) система управления, основанная на экономических методах

хозяйствования.

Вторая модель появилась в отечественном здравоохранении в конце 80-х годов и получила название нового хозяйственного механизма (НХМ).

Внедрение НХМ в здравоохранение преследовало следующие цели:

- стимулирование инициативы трудовых коллективов через механизмы увеличения их самостоятельности;

- ускорение развития материально-технической базы за счет собственных ресурсов;

- обеспечение нацеленности работы на достижение высоких конечных результатов – укрепление здоровья населения страны;

- активизацию усилий самих граждан в формировании и укреплении своего здоровья.

Общая направленность перестройки хозмеханизма заключалась в переходе от преимущественно административных методов к экономическим методам руководства, к управлению интересами через интересы, в расширении

демократических начал в управлении, т. е. самоуправления, более полном использовании новых форм хозяйствования, передового опыта работы органов и учреждений здравоохранения. НХМ предусматривал изменения в планировании, финансировании и стимулировании труда.

Третьим кругом вопросов, составляющих предмет экономики здравоохранения, являются **вопросы, связанные с финансовыми аспектами деятельности учреждений, оказывающих медицинскую помощь.**

В частности, это вопросы финансового обеспечения ЛПУ (среди них сравнительно новыми являются такие, как финансирование здравоохранения в условиях медицинского страхования, возможности кредитования, включая такие из них, как ссуды, лизинг, факторинг, выпуск и приобретение ценных бумаг).

К кругу финансовых вопросов относятся вопросы формирования заработной платы и тесно связанные с ними вопросы ценообразования в здравоохранении (сущность, виды цен, механизм их формирования, методы ценообразования), а также проблемы бухгалтерского учета и отчетности, налогообложения.

Переход всей экономики, в том числе здравоохранения, на **рыночные отношения** породил еще одно направление развития экономики здравоохранения. Рынок выражает отношения, объективно складывающиеся между людьми по поводу свободного выбора устанавливаемых экономических связей в рамках действующих законов. В здравоохранении понятие рынок включает в себя целую систему отдельных элементов, взаимосвязанных рынков: рынок лекарственных препаратов, рынок труда медицинского персонала, рынок научных медицинских разработок, рынок медицинского оборудования и техники, рынок ценных бумаг (последний элемент имеет место только при развитом рынке), рынок страховых услуг.

В основе механизма рынка – взаимоотношение таких категорий как спрос, предложение, цена, а основными принципами являются взаимовыгодность, возмездность, эквивалентность.

Особое значение в здравоохранении имеет рынок медицинских услуг, экономической особенностью которых является то, что они носят индивидуальный характер, воплощаются в человеке (потребителе услуг), неотделимы от производителя. Результат и возможная цена услуги далеко не всегда предсказуемы и, более того, взаимосвязаны.

Совокупность сведений о развитии рыночных отношений (включая процесс планирования, управление разработкой изделий и услуг, ценовой политикой и т. д.) с целью удовлетворения потребностей как отдельных индивидуумов, так и их групп, общества в целом составляют сущность такого раздела экономики и практической деятельности как **маркетинг.**

С развитием рыночных отношений в здравоохранении, наряду с государственными, появились другие виды предприятий, оказывающих медицинские услуги: хозяйственные товарищества (полные и товарищества на вере); хозяйственные общества (с ограниченной и дополнительной ответственностью; закрытые и открытые акционерные общества); производственные кооперативы; лица, занятые индивидуальным

предпринимательством (предприниматель без образования юридического лица). В практику работы медицинских учреждений вошли такие понятия, как **приватизация, коммерциализация**. Каждый из перечисленных терминов сам по себе весьма многогранен.

Конечной целью всей экономической деятельности является удовлетворение многообразных потребностей населения, в том числе потребностей в товарах и услугах здравоохранения, в здоровье. Очень важным при этом является учет материальных потребностей общества и экономических ресурсов и экономических ресурсов или средств для производства товаров и услуг медицинского назначения.

В области здравоохранения это означает, что потребности населения в товарах и услугах для сохранения и укрепления здоровья, для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации достаточно велики и продолжают расти, а финансовые и материально-технические ресурсы государства для их удовлетворения недостаточны, поэтому поиск дополнительных ресурсов – важнейшая задача экономики. Решать эту задачу мы должны, исходя из возможностей рыночной экономики.

Рыночная экономика – совокупность хозяйственных отношений в обществе, регулируемых рыночным механизмом. В рыночной экономике координация хозяйственной жизни и управление ею осуществляется через систему рынков, цен, прибылей и убытков в условиях действия конкуренции.

Эта система сама определяет, что производить (решают покупатели, голосующие своими деньгами), как производить (решают производители, стремящиеся получить большой доход), для кого производить (решают в пользу тех, кто располагает большим доходом). В результате достигается эффективное использование ограниченных ресурсов, оптимальные структурные пропорции и объем производства товаров и услуг, выбирается такой способ производства, который обеспечивает минимизацию издержек и максимальные прибыли; распределение и обмен созданного продукта между различными группами осуществляется в соответствии с получаемыми доходами. Поэтому необходимость вмешательства государства в экономическую жизнь, в регулирование и контроль ее либо вообще отсутствует, либо мала. Однако чистой рыночной экономики, где автоматически достигается эффективное решение основных экономических проблем, в принципе не существует. Это абстрактная модель организации экономической жизни общества. В реально существующей рыночной экономике возникает ряд отклонений от абстрактной модели, которые связаны с появлением и функционированием различного рода монополий, деформирующих процесс рыночного ценообразования; затруднениями в свободном перемещении капиталов и трудовых ресурсов; инфляцией, искажающей действие рыночного механизма; цикличностью экономического развития; перепроизводством; безработицей, превышающей естественный уровень; с ошибками в определении конъюнктуры рынка, в том числе из-за отсутствия полной и достоверной экономической информации.

Кроме того, в обществе есть целый ряд проблем, которые «чистая» рыночная экономика в принципе не может решить. Это комплекс социальных

проблем (образование, культура, здравоохранение, содержание безработных, поддержка малоимущих и т. п.), охрана природы, развитие фундаментальных наук. Поэтому для координации хозяйственной жизни и управления ею используются не только механизмы рынка, но и государственное регулирование через такие инструменты, как налоги и правительственные расходы (расходная часть бюджета), денежно-кредитная политика, регулирование доходов, социальная, антимонопольная и внешнеэкономическая политика. Наиболее эффективно решаются перечисленные выше проблемы в странах с социальной (социально-ориентированной) рыночной экономикой. Примерами широкого участия государства в обеспечении стабильной экономической жизни являются Швеция, Япония, Южная Корея. В Швеции правительство столь энергично осуществляет перераспределение доходов, что уровень налогообложения составляет более 50 % валового национального продукта, за счет этого проводится активная социальная политика. Однако вмешательство государства в экономическую жизнь возможно лишь до определенного предела, за которым экономика перестает быть «рыночной». Правительство в условиях рыночной экономики лишь устанавливает правила экономического поведения институтов и отдельных индивидов, но в саму экономическую их деятельность не вмешивается, не нарушает звенья рыночного механизма, предоставляя возможность именно ему в основном определить цены и направления использования ресурсов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 353-357.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 460-463.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. для студ./Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. –М.: 2003. –С.430-440.
4. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – СПб.: 2000. -С. 722-731.
5. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство/Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина, К. А. Отдельнова и др. Под ред. Ю. П. Лисицына – М.: 1999. – С.618-624, 639-641.
6. Вялков А. И., Райзберг Б. А., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под ред. А. И. Вялкова. –М.: 2002. –С. 8-50.
7. Экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под общ. ред. А. В. Решетникова. – М.: 2003. – С. 7-22.
8. Управление здравоохранением: Учебник / Под. Ред. В. З. Кучеренко. – М.: 2001. –С.
9. Экономика здравоохранения: Учебное пособие / Под. Ред. В. З. Кучеренко. – М.: 1996. –С.20-31.



10. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. – М.: 1984. –С. 544-558.
11. Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта. –М.: 1984. –С. 294-303.
12. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. –М.; 2003. –С. 7-25.
13. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения: Учебное пособие. –М.: МЦФЭР, 2004. –С. 3-41.
14. Гаджиев Р. С. Экономика здравоохранения: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – С.9-29.
15. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 489-517.
16. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения учебник: в 2т/под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –Т.2. –С. 9-20.
17. Основы экономики здравоохранения/под ред. Н.И. Вишнякова. – 4-е изд. –М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 13-37.
18. Общественное здоровье и здравоохранение/О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 229-265.
19. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. И доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.
20. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период»
21. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
22. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).