

ОБ ЭКОНОМИКЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Зарубина А.В. (1), Тихомиров А.В. (2)

Аннотация: Экономика охраны здоровья складывается в отношениях товарообмена, будь то с финансовым участием социального государства или без такового. В сфере охраны здоровья объектом товарообмена являются товары, работы, услуги медицинского назначения, обращающиеся по поводу здоровья. Созданием этих благ результирует правильная организация микроэкономики отрасли (медицинского дела), а эта правильность обеспечивается должной организацией государством отраслевой макроэкономики, охраны здоровья в стране. Для государства важно, что вкладываемые им в охрану здоровья средства находят должное отражение в улучшении здоровья граждан. И смысл сбора и перераспределения этих средств в казне – польза для человека в меру потребностей его здоровья. Это не пациентоориентированность деятельности учреждений здравоохранения, это – пациентоцентрированность деятельности государства в сфере охраны здоровья.

Brief: The health care economy develops in the relations of benefit exchange, whether with the financial participation of the welfare state or without it. In the field of health care, the object of benefit exchange is good, work, services of medical meaning. The creation of these benefits results in the correct organization of the microeconomics of the industry (medical business), and this correctness is ensured by the proper organization by the state of branch macroeconomics, health care in the country. It is important for the state that the funds invested by it in health care are duly reflected in improving the health of citizens. And the meaning of collecting and redistributing these funds in the treasury is the benefit for a person to the extent of his health needs. This is not a patient-oriented activity of state clinics, it is a patient-centered activity of the state in the field of health care.

Ключевые слова: макроэкономика сферы охраны здоровья, микроэкономика медицинского дела, пациентоцентрированность охраны здоровья

Key words: macroeconomics of health care, microeconomics of medical business, patient-centered health care

(1) Зарубина Анна Витальевна, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Социологии и социогностики охраны здоровья Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко

(2) Тихомиров Алексей Владимирович, доктор медицинских наук, кандидат юридических наук, профессор кафедры Социологии и социогностики охраны

Как известно, под экономикой понимается хозяйственная деятельность, в результате которой непрерывно воспроизводятся блага, обеспечивающие жизнедеятельность людей¹.

Предмет экономики – совокупность общественных отношений, складывающихся в системе производства, распределения, обмена и потребления благ, обеспечивающих жизнедеятельность людей.

Результат хозяйственной деятельности имеет форму товара (вещи, работы, услуги, информации и т.д.).

Хозяйственная деятельность создает валовый внутренний продукт (ВВП), который в результате товарообмена потребляется вовне экономики.

Производство ВВП и его потребление – суть противоположные процессы, так или иначе связанные с товарообменом.

Товарообмен состоит в обмене товарами с переходом права на них во встречных отношениях: каждый получатель приобретаемого блага лишается права на отчуждаемое благо.

Не является хозяйственной (экономической) деятельность, результат которой не обладает товарной формой: это, например, деятельность государства, власти, бюрократии (чиновничества).

Экономику создают материальные блага, обращающиеся в отношениях товарообмена и представляющие взаимный, встречный интерес для его участников.

Отношения товарообмена складываются, в частности, по поводу некоторых нематериальных благ, образующих такой интерес.

В сфере охраны здоровья объектом товарообмена являются товары, работы, услуги медицинского назначения, обращающиеся по поводу здоровья (далее – медицинские предоставления²).

Собственно, потому они и являются медицинскими, что оказывают (и предназначены оказывать влияние) на здоровье.

Здоровье при этом товаром (объектом товарообмена) не является и являться не может нигде никогда ни в каких случаях.

¹ Экономическая теория: Учебник / Под общ. ред. акад. В.И. Видяпина, А.И. Добрынина, Г.П. Журавлевой, Л.С. Тарасевича. М.: ИНФРА-М, 2003, С.15.

² здесь и далее не имеются в виду предоставления нетоварного свойства, осуществляемые властью (сервисы МФЦ) и государством в целом (в том числе, в порядке социального обеспечения – пособия, выплаты, льготы)

Будучи благом в индивидуальной принадлежности гражданина, здоровье не отчуждается и не передается никаким иным образом кому бы то ни было, в том числе государству, власти, бюрократии (чиновничеству).

Единственным ориентиром, детерминирующим деятельность по поводу здоровья с результатом как в товарной, так и в нетоварной форме, является само здоровье.

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

Приведенные аксиомы не меняют суть в зависимости от географии страны, политического строя и степени конституционной социальности государства.

В странах, где конституция не определяет государство социальным, охрана здоровья предоставлена исключительно законодательному регулированию экономики.

В этом случае охрана здоровья происходит в обществе без участия государства: граждане сами – напрямую или через посредников – оплачивают медицинские предоставления.

Если же это социальное государство, оно принимает на себя функции социального страхования.

Целью социального государства в этом случае является восполнение финансовой несостоятельности граждан с целью выравнивания их возможностей пользоваться наравне с остальными благами, которые иначе становятся им не доступными [1].

Это достигается в налоговой (сбор целевых обязательных взносов) и в бюджетной (перераспределение) сферах для последующего размещения их среди товаропроизводителей и поставщиков услуг.

Размещение собранных в обществе и обращенных в государственную собственность средств может происходить по-разному, но:

- во-первых, государство всегда возвращает их обратно в общество;
- во-вторых, в порядке обычных расчетов за приобретение товаров, работ, услуг;
- в-третьих, в форме договора в пользу третьих лиц (граждан, потребителей, пациентов).

К регулятивной функции государства добавляются фискальная и платежная функции.

Действительно, охрана здоровья происходит в обществе, а не в государстве; целевые сборы осуществляются не ради присвоения государством, а ради перераспределенного возврата к их плательщикам; государство не вступает с гражданами в товарные отношения.

Задача социального государства состоит в обеспечении эффективности охраны здоровья в обществе и, если государство взяло на себя роль модератора в сборе, перераспределении и доведении платежей до товаропроизводителей и поставщиков услуг в сфере охраны здоровья, то этот процесс подчинен именно целям охраны здоровья граждан, а не целям оправдания участия в нем бюрократии (чиновничества).

Изложенное позволяет сформировать наиболее общее представление об охране здоровья в мире в целом как о макроэкономике формализованной (наличием профильного ведомства социального государства) или не формализованной отрасли.

Однако, является государство социальным или не является, медицина функционирует в любой стране.

Охрана здоровья медицине не требуется – она нужна обществу, в интересах которого действует государство.

И организация охраны здоровья в стране не тождественна организации медицинского дела.

В не являющимся социальным государстве в отсутствие организации охраны здоровья организация медицинского дела, тем не менее, существует [3].

Организация охраны здоровья и организация медицинского дела достигают соответствия друг другу лишь при условии баланса экономических интересов.

Инструментом охраны здоровья является управление средствами оплаты медицинских предоставлений гражданам в соответствии с отраслевой социальной политикой государства.

Инструментом медицинского дела является организация самих медицинских предоставлений гражданам того содержания и объема, которые подлежат оплате за счет средств казны социального государства или любого иного плательщика.

Для целей организации медицинского дела не имеет значения, кто оплачивает медицинские предоставления гражданам: не будет централизованного плательщика – оплачивать их будут другие.

Для целей организации охраны здоровья государство потому и выступает централизованным плательщиком в пользу граждан, чтобы снять с них – зачастую неподъемное – бремя оплаты медицинских предоставлений.

Поэтому если организация охраны здоровья ориентирована на достижение целей социальной политики, то организация медицинского дела – на экономический результат производства и реализации медицинских предоставлений гражданам.

Политика социального государства в сфере охраны здоровья состоит в умении организовывать беспроblemное получение гражданами нужных для их здоровья экономических благ.

Созданием этих благ результирует правильная организация микроэкономики отрасли (медицинского дела), а эта правильность обеспечивается должной организацией государством отраслевой макроэкономики, охраны здоровья в стране.

В разных странах по-разному организована микроэкономика медицинского дела.

Там, где государство позиционирует себя социальным, оно организывает макроэкономику отрасли, причем со своим участием – тоже по-разному.

Вопрос лишь в том, собака при этом виляет хвостом или хвост собакой³.

Именно в этом комплексном контексте единственно и можно рассматривать место экономики в сфере охраны здоровья.

Так, под экономикой отечественного здравоохранения объективно следует понимать: подчинение медицины государству (здравоохранению); совмещение в формате здравоохранения финансирования и оказания медицинской помощи; интеграция организации медицинского дела в уклад организации здравоохранения; круговорот бюджетных средств от казны до учреждений здравоохранения; бюджетная сфера потребления и закрытый оборот поступлений из казны (сейчас – в программах ОМС опосредуемый частными квази-страховщиками).

Иными словами, трафик средств государственной казны до учреждений здравоохранения через посредство внебюджетных фондов ОМС выдается, во-первых, за дистанцирование от бюджетного процесса; во-вторых, за экономику; в-третьих, за отраслевую альтернативу частной медицине (почему-то до сих пор именуемой нередко частной системой здравоохранения).

Но в этом трафике не происходит того, что конституирует товарообмен, т.е. смены собственности обмениваемых товаров: и продукция учреждений здравоохранения, и средства ее оплаты имеют единую публичную, государственную принадлежность.

В отсутствие товарообмена не приходится говорить об услугах учреждений здравоохранения и их оплате по программам ОМС, как и вообще об отраслевой экономике с участием учреждений здравоохранения⁴.

³ wag the dog, часть английской поговорки, используемой в политике, экономике, психологии и пр. и обозначающей инверсию управления

⁴ Учреждения здравоохранения реализуют услуги в отношениях товарообмена (со сменой принадлежности на объекты отчуждения) только вовне программ ОМС (например, при оказании «платных» услуг, конституционность которых весьма сомнительна).

Действительно, либо экономика (производство или создание ВВП), либо бюджетная сфера (потребление или использование ВВП).

Экономика охраны здоровья складывается в отношениях товарообмена, будь то с финансовым участием социального государства или без такового.

В отличие от учреждений здравоохранения товарообмен в отрасли формируют частные клиники, для которых неважно, кто оплачивает оказываемые ими гражданам услуги – государство, страховщик и т.д. либо сами граждане.

От государства зависит многое и вне зависимости от того, оплачивает оно предоставления частных клиник гражданам или не оплачивает: законодательные регулятивы, административный контроль их исполнения и судебные санкции за неисполнение.

Но если государство принимает участие в отраслевом товарообмене в качестве плательщика в пользу граждан, то – на стороне этих граждан, а, следовательно, при одинаковом дистанцировании от клиник в качестве поставщиков оплачиваемых государством услуг.

И положение государства в качестве плательщика (в том числе через опосредующие механизмы) в этом случае ничем не отличается от положения любых иных плательщиков (страховщиков, благотворителей и т.д.).

Наконец, как для любого другого плательщика в пользу бенефициаров-получателей услуг, для государства важно, что вкладываемые им средства в оплату этих услуг находят должное отражение в улучшении их здоровья.

Тем самым признаками экономики охраны здоровья в целом являются следующие:

- пациент как носитель средств финансирования охраны его здоровья вне зависимости от их источника;
- единая равноудаленность субъектов медицинской деятельности от источников финансирования;
- правовое единство статуса плательщика;
- согласованное корректное законодательство, административное (надзор) и судебное правоприменение;
- социальная (медицинская) эффективность экономической деятельности в отрасли.

Безусловно, есть отличия в экономике охраны здоровья социального и не социального государства.

Поскольку государство, не позиционирующее себя социальным, не участвует финансами в сфере охраны здоровья и в целом в социальной сфере, постольку риски состоятельности в оплате медицинской помощи ложатся на граждан, которые оказываются перед выбором, платить самим по случаю возникновения болезни, травмы, отравления или прибегнуть к услугам гражданского (рискового) страхования [2].

Вместе с тем отсутствие финансового патернализма государства сказывается высокой требовательностью самих граждан к эффективности как товарных (медицинских), так и финансовых (страховых) институтов.

Это достигается высоким уровнем развития медицинской юриспруденции, государственного надзора и правосудия в таких странах.

Тем самым по случаю заболевания гражданин рискует поступиться крупными средствами, но по случаю ненадлежащего финансирования или неадекватного медицинского ведения риски куда больших потерь ложатся на его контрагентов – страховщиков и клиники.

В целом экономику охраны здоровья несоциального государства характеризуют следующие признаки:

- бремя любых платежей лежит на самих гражданах;
- отсутствие социального страхования восполняется рисковым страхованием;
- отсутствие спекуляций на публичном происхождении платежей сказывается соответствием высоких цен на медицинскую помощь высокими компенсациями за пренебрежение волей правообладателя и причинение вреда здоровью.

Следует отметить, что даже в государствах, традиционно не относящиеся к числу социальных, происходит дрейф конвергенции в сторону последних.

Так, даже в США наряду с традиционно надзорным ведомством U.S. Food and Drug Administration (FDA) сформировалось подобие профильного министерства U.S. Department of Health and Human Services (HHS), в которое ObamaCare включает FDA, а так же CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services), NIH (National Institutes of Health), CDC (Centers for Disease Control and Prevention) - всего 11 операционных структур, 8 из которых - часть PHS (Public Health Service)⁵.

Это – механизм обеспечения по преимуществу публичного (надзорно-контрольного и научно-исследовательского) интереса в сфере охраны здоровья, но все же – в части Medicare & Medicaid Services – и финансового свойства социального обеспечения.

Что же касается свойств экономики охраны здоровья социального государства, то она характеризуется, прежде всего, расстановкой приоритетов, соответствующих потребностям общества.

Экономика охраны здоровья социального государства складывается в отношениях *в связи* с осуществлением хозяйственной деятельности *по поводу* здоровья граждан, каждого отдельного из них.

⁵ HHS.gov/ Организационная структура HHS. Режим доступа: <https://www.hhs.gov/about/agencies/orgchart/index.html> (дата обращения 26.12.2022)

Это не деятельность государства в связи с оказанием медицинской помощи гражданам в учреждениях здравоохранения.

Это деятельность государства по поводу оказания медицинской помощи гражданам бесплатно за счет средств государственной казны и других поступлений.

К субъектам оказания такой помощи – вне зависимости от того, за счет средств государственной казны или других поступлений она оказывается – государство вырабатывает соответствующие требования, равные для всех из них, притом, что все из них являются равноудаленными от государства.

Именно для целей размещения между равноудаленными от государства субъектами оказания медицинской помощи оно аккумулирует в казне и перераспределяет обязательные целевые взносы (налоги).

И смысл сбора и перераспределения этих средств в казне – польза для человека в меру потребностей его здоровья.

Это не пациентоориентированность деятельности учреждений здравоохранения, это – пациентоцентрированность деятельности государства в сфере охраны здоровья.

Не «деньги идут за пациентом», а пациент является носителем предназначенных ему средств государственной казны – ему, а не учреждению здравоохранения, за которым он закреплен.

Это значит, что пациент – не крепостной; он волен обращаться в любую клинику, расплачивается с которой за полученную им медицинскую помощь в персонализированных размерах социальное государство за счет средств казны.

При этом собранные и перераспределенные в пользу пациентов средства государственной казны до времени востребованности должны «работать», чтобы не терять стоимость, покупательную способность.

Поэтому экономике охраны здоровья социального государства вкратце свойственны следующие смыслы:

- налоги на социальные нужды = деньги в казне «на передержке»;
- размещение целевых средств в гражданском обороте;
- обращение целевых средств, во-первых, опосредованно; во-вторых, на индивидуальные нужды по необходимости; в-третьих, «работающий» пассив – на воспроизводство.

Главное, на что направлена деятельность государства – это социальный результат, т.е. зависящий от адекватности медицинской помощи уровень качества жизни каждого из пациентов.

Поэтому экономика охраны здоровья – это механизм согласования интересов в трафике финансирования медицинской помощи, позволяющий конвертировать экономический результат деятельности каждой клиники в надпороговый уровень качества жизни каждого из пациентов (социальный результат).

Список литературы:

1. Забралова О. С. Социальное государство: понятие, сущность и виды // Актуальные проблемы российского права. 2022; 17(6): 21–31. DOI: 10.17803/1994-1471.2022.139.6.021-031.
2. Омеляновский В.В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2014; 3: 22-34.
3. Хафизов М.Г. Обзор международного опыта процессно-ориентированного управления медицинской организацией на примере клиники Мэйо (США) // Менеджер здравоохранения. 2017; 6: 43-50.