



ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО (ОНКОЛОГИЧЕСКОГО) УЧРЕЖДЕНИЯ КАК СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© А. П. Карицкий

ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России

Резюме. Анализ экономики здравоохранения в последнее время востребован и актуален в силу становящейся все более насущной необходимости в реструктуризации и выборе приоритетов в этом пограничном разделе медицины. В статье на примере ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава РФ рассматриваются сильные и слабые стороны моделей систем здравоохранения, в том числе и в варианте так называемой переходной экономики. В настоящее время НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова можно назвать учреждением национальной системы здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего обязательного медицинского страхования. В этой модели здравоохранения государство обязывает работодателей и самих граждан отчислять часть доходов на медицинскую страховку, а производителей медицинских услуг обеспечить население медицинской помощью, в том числе и при посредничестве страховых организаций в рамках ОМС. Внедрение данной модели позволило обеспечить граждан полноценной медицинской помощью при выраженном сокращении затрат (до 8–12 % валового внутреннего продукта). В большинстве медицинских учреждений медицинская помощь «бесплатная», следовательно, чтобы поддержать рыночное равновесие при увеличении спроса на услугу, вводятся «листы ожидания», лечению подвергаются больные с «приоритетными» заболеваниями, часто появляются жалобы на недружелюбное отношение к пациентам. Идеальная же система здравоохранения должна предоставлять медицинские услуги в неограниченном объеме без страховых взносов, вычетов или долевого участия при полной свободе выбора врача. Общей проблемой для всех систем, затрагивающей в немалой степени и функционирование онкологических учреждений, является неопределенность роли государства и вовлечения каждого из участников (государство, страховые компании, поставщики медицинских услуг) в реализацию различных потенциальных функций и задач здравоохранения.

Ключевые слова: НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова; здравоохранение; модели здравоохранения; экономика здравоохранения.

MAIN IMPROVEMENT ORGANIZATIONS OF FEDERAL SPECIALIZED (ONCOLOGIC) INSTITUTE AS A UNIT OF HEALTH SYSTEM

© A. P. Karitsky

N. N. Petrov Oncology Research Institute, Saint Petersburg, Russia

Abstract. Recently economic analysis of health care is demanded and actual due to becoming more and more urgent need for restructuring and a choice of priorities for this boundary section of medicine. In the article are considered strong and weaknesses of health system models, including in option of a so-called transitional economy on the example of federal N. N. Petrov Research Institute of Oncology. Now the N. N. Petrov Research Institute of Oncology can call establishment of national health system with state regulation of programs of general obligatory medical insurance. In this model of health care the state obliges employers and citizens to deduct part of the income on the health insurance, and producers of medical services to provide the population with medical care, including with mediation of insurance companies within obligatory medical insurance. Introduction of this model allowed to provide citizens with full medical care at the expressed reduction of expenses (to 8–12 % of gross domestic product). In the majority of medical institutions medical care is “free”, therefore, to maintain market balance at increase in demand for service, “waiting lists” are entered, patients with “priority” diseases are exposed to treatment, often there are complaints to the unfriendly attitude towards patients. The ideal health system has to provide medical services in unlimited volume without insurance premiums, deductions

or individual share at a full freedom of choice of the doctor. Common problem for all systems, mentioning in no small measure functioning of oncologic establishments, is uncertainty of a state role and involvement of each of participants (the state, insurance companies, suppliers of medical services) in realization of various potential functions and problems of health care.

Key words: N.N. Petrov Research Institute of Oncology; health care; health system models; health care economy.

Здравоохранение — это отрасль деятельности государства, задачей которой, в первую очередь, является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения ради сохранения и повышения уровня здоровья жителей страны [4]. Оценивая различные модели систем здравоохранения, следует, прежде всего, принимать во внимание особенности экономики здравоохранения и, соответственно, изучать экономические и организационные отношения, возникающие между людьми и отдельными государственными и негосударственными структурами в процессе осуществления профессиональной медицинской деятельности и достижения ее основных целей. Для лучшего понимания проблемы следует сначала познакомиться с используемой при этом терминологией.

Простая экономическая модель включает в себя три основные составляющие, а именно: спрос, предложение и цену. Рыночную экономику можно рассматривать как бесконечное взаимодействие спроса и предложения, где предложение отражает количество товаров, которое продавцы готовы представить к продаже по данной цене в данное время [3].

На рисунке 1 показано, что кривая спроса убывает в силу того, что при снижении цен приобретает большее количество товара (а), в то время как кривая предложения может возрасти, поскольку предоставляющие товар охотнее будут его продавать по высоким ценам (б). Точка пересечения этих параметров называется *равновесной ценой* и представляет собой цену, при которой спрос равен предложению.

На изменение спроса в сфере здравоохранения влияют такие не ценовые, но важные факторы, как демографические изменения в структуре населения, уровень его доходов, появление воспроизведенных лекарственных средств (дженериков) с меньшей стоимостью, экономическая политика правительства, определенная «мода» на медицинские услуги (пластические операции) и т. д.

Предложение — это то количество товара, которое может дать производитель по определенной цене за определенный период времени. Закон предложения — экономический закон, согласно которому величина предложения товара на рынке увеличивается при прочих равных условиях (издержки производства, инфляционные ожидания, качество товара) с ростом его цены.

На предложение оказывают влияние совершенствование медицинского оборудования и техники, появление новых медицинских услуг, увеличение числа медицинских работников и т. д., что в совокупности приводит к формированию законов рыночного ценообразования, схематически представленных на рисунке 2.

Рыночные отношения в здравоохранении также подчиняются этим законам [5]. Спрос в экономике здравоохранения — это то количество медицинских услуг, которое желает и может приобрести пациент по определенной цене. При снижении цены на услуги пациент, как правило, хочет приобрести больше услуг — спрос увеличивается. Закон спроса означает то, что по низкой цене покупатели готовы приобрести больше товара, чем по высокой.

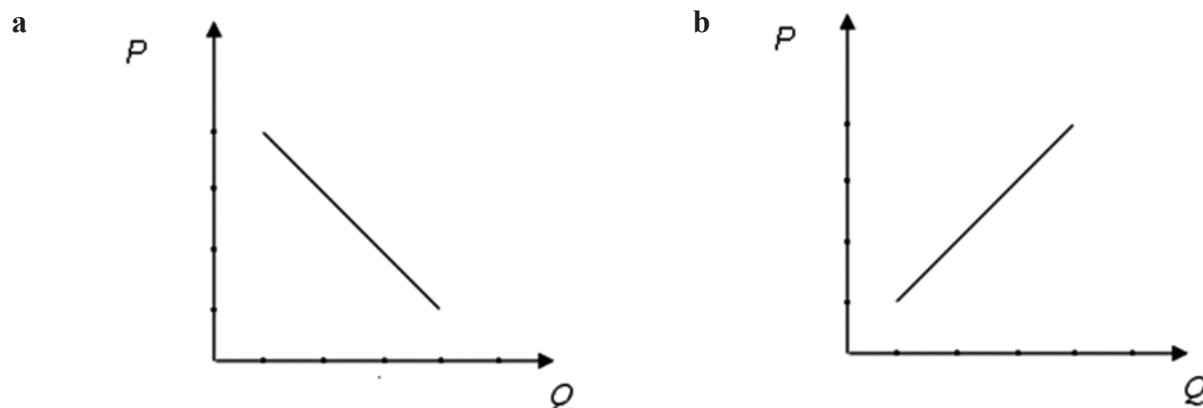


Рис. 1. Графики спроса (а) и предложения (б): P (price) — цена, Q (quantity) — количество товара [3]

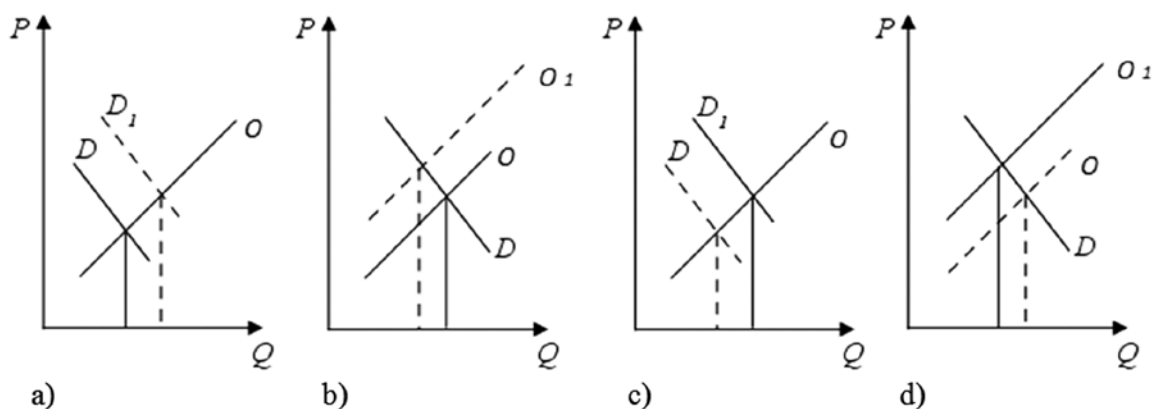


Рис. 2. Точка равновесия спроса и предложения: D (demand) — спрос, O (offer) — предложение, D, D_1 — спрос до и после изменения; O, O_1 — предложение до и после изменения. Увеличение спроса ведет к росту цены и расширению предложения (a); уменьшение предложения ведет к повышению цены и сокращению спроса (b); уменьшение спроса ведет к падению цены и сокращению предложения (c); увеличение предложения ведет к падению цены и расширению спроса (d) [3]

Этот экономический закон используется и с целью реструктуризации и выбора приоритетов в сфере здравоохранения. Переход на рыночные отношения, несомненно, сказывается на экономике здравоохранения. Государство оказывается неспособным полностью обеспечить финансирование здравоохранения, что ставит его на «коммерческие рельсы», т. е. приводит к коммерциализации охраны здоровья населения [2].

Система здравоохранения в каждой стране — это следствие совокупного воздействия конкретных условий, национального характера, экономики, культуры и политики страны, которые не могут быть универсальны и в силу этого разнообразны. Экстраполяция одной системы из страны в страну невозможна без учета этих факторов, однако преобладание определенных черт и факторов имеет место.

Существующие в мире модели здравоохранения различаются степенью вмешательства государства, источниками финансирования, формой собственности производителей медицинских услуг, широтой охвата населения программами государственной поддержки. Используя перечисленные принципы, можно выделить три экономические формы организации здравоохранения: *государственную* (модель Семашко или Бевериджа), *муниципальную* (система Бисмарка) и *частную* (рыночную, предпринимательскую). Некоторые авторы выделяют, помимо основных, еще и промежуточные (в том смысле, что они используют отдельные элементы основных) модели, например, «южную» (Греция, Португалия и др.), «скандинавскую» (социал-демократическую), либеральную, консервативную корпоративную (Япония) и др. [1, 2, 5].

Основателем государственной системы здравоохранения в России по праву можно считать Николая Семашко, который в начале XX века сформулировал основные принципы данной модели: единая организация и централизация системы здравоохранения; равная доступность здравоохранения для всех граждан; первоочередное внимание детству и материнству; единство профилактики и лечения; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения. Принципы советской системы Н. А. Семашко переняли многие страны. За рубежом система государственного (национального) здравоохранения получила название по имени лорда Бевериджа, который в 1942 г. провозгласил основные параметры системы: «богатый платит за бедного, здоровый — за больного». По сей день этот принцип используется в национальной системе здравоохранения Великобритании, России и других стран.

Государственная система здравоохранения ориентирована на централизованный механизм формирования отрасли, развитие лечебной сети осуществляется в соответствии с государственными нормативами по штатам и заработной плате; лекарственное обеспечение организовывается на основе госзаказа и фондового снабжения. Все медицинские услуги финансирует государство (принцип «единого плательщика»). Оно руководит оказанием медицинской помощи и оплачивает ее. Правительство разрабатывает общий бюджет на нужды здравоохранения.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова» является учреждением, относящимся к государственной системе здра-

вохранения, управленческой структурой которой является Министерство здравоохранения РФ. Как и все государственные учреждения, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова — это юридическое лицо, осуществляющее свою деятельность в соответствии с актами законодательства РФ и нормативными правовыми актами Минздрава РФ.

Четкая централизованная система управления здравоохранением существовала до 90-х гг. прошлого века. В начале 90-х гг. с децентрализацией власти появилась необходимость в фундаментальном реформировании (возможно, полной перестройке) данной экономической модели охраны здоровья. Актуальными стали вопросы о приоритетах в сфере здравоохранения, источниках финансирования и о рыночном равновесии с целью достижения экономической формулы «предложение равно спросу».

На первый план в новых рыночных отношениях вышли такие недостатки бюджетной модели, как ослабленное стимулирование развития диагностики и лечения онкологических заболеваний, медленный рост качества оказания медицинской помощи, использование методик на основе старых медицинских технологий, нормирование медицинских услуг, ограничение свободы выбора врача пациентом. Предпосылками реформирования национальной системы здравоохранения стали рост затрат на систему здравоохранения, порождающих дефицит бюджета, увеличение налогового бремени, создание очередей на госпитализацию («листы ожидания»), нормирование услуг в сфере медицинской помощи, развитие рыночных отношений (рыночные цены, свобода выбора потребителя, конкуренция).

На смену четкой бюджетной модели пришли кратко упоминавшиеся выше «промежуточные» системы охраны здоровья граждан. Исторически, одной из первых систем государственного медицинского страхования была немецкая, введенная в Германии канцлером Отто Бисмарком. Названная в его честь, она представляла собой закон о страховании рабочих по случаю болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости. В России принцип «здоровье — капитал» использовался в 20-е гг. XX в. в заводской медицине и был направлен на повышение роста производительности труда и снижение экономических потерь (трудопотерь).

Причинами появления страховой медицины можно считать неопределенность в организации медицинской помощи, т.е. невозможность четкого планирования расходов семей на здравоохранение и непредсказуемость затрат (что в особенности ка-

сается онкологической помощи). Финансирование при такой системе осуществляется из различных источников: это и государственные средства за счет налогообложения, и средства обязательного медицинского страхования (ОМС), а также средства добровольного медицинского страхования (ДМС), и личные средства граждан. Долевой размер источников финансирования контролируется государством. Эти взносы, как правило, являются разновидностью налога на зарплату и выплачиваются в соответствующий фонд¹. Нормирование медицинских услуг и длинные очереди являются недостатком подобной социально-страховой модели здравоохранения.

Экономическая нестабильность способствовала появлению в сознании людей утверждения, что получение качественной медицинской помощи стало их частной проблемой. Соответственно, одним из вариантов моделей здравоохранения стала предпринимательская или частная система, преимуществами которой являются высококвалифицированная медицинская помощь, отлаженная система подготовки медицинских кадров, скоординированная методология научных исследований и т.д. К недостаткам такой системы следует отнести принцип «гонорар—услуга», что приводит к неадекватному назначению медицинских процедур и лекарственных средств, значительному разбросу стоимости в разных учреждениях, причем рост уровня затрат на здравоохранение не всегда соответствует росту качества медицинских услуг. Чистая предпринимательская модель вызывает недовольство населения и, как правило, приводит к реорганизационным мероприятиям с введением системы страхования.

В настоящее время в России используются как государственная, так и частная модели страхования граждан. Существует перечень медицинских услуг, которые финансирует государство, а дополнительные медицинские услуги больные оплачивают самостоятельно или покрывают расходы полисами добровольного медицинского страхования.

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова осуществляет свою деятельность, используя несколько моделей здравоохранения: государственное здравоохранение (высокотехнологичная медицинская помощь — ВМП, бюджетное финансирование), страховую (территориальный фонд ОМС, добровольное медицинское страхование) и внебюджетную деятельность (платные медицинские услуги).

¹ Об организации страхового дела в Российской Федерации. Федеральный закон от 27.11.1992 г. № 4015-1-ФЗ (ред. от 21.07.2005) // Материалы информационно-правовой системы «Консультант+».

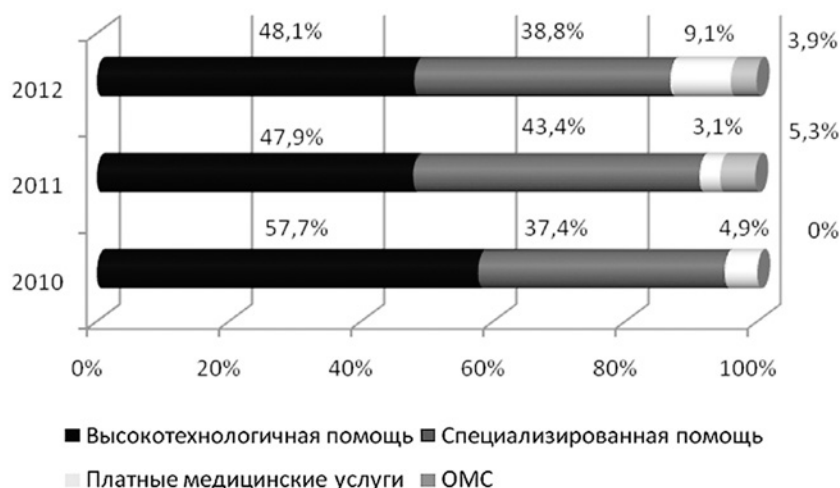


Рис. 3. Виды медицинской помощи, дифференцированные по используемым моделям

За недавние три года около половины пациентов, лечившихся в Институте, получили высокотехнологичную медицинскую помощь (рис. 3), которая оказывалась за счет средств федерального бюджета на основании государственного задания, формируемого Министерством здравоохранения России в соответствии с потребностями, заявленными региональными органами управления здравоохранения. В конце каждого года регионы представляли в Министерство здравоохранения РФ заявки о необходимом количестве квот для оказания ВМП больным в предстоящем году. Медицинские центры, оказывающие высокотехнологичную помощь, в свою очередь, представляют в Министерство здравоохранения РФ информацию о технологических возможностях учреждений по количеству приема пациентов.

Специализированную медицинскую помощь третьего уровня по перечню, утвержденному Правительством РФ, получили около 40% пациентов. Платными услугами воспользовались около 10% больных, причем на рисунке 3 хорошо видно увеличение доли таких пациентов в 2 раза по сравнению с 2010 г. и в 3 раза — по сравнению с 2011 г.

С 1 января 2011 г. вступил в силу закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который учитывает недостатки предыдущего закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (принят 28 июня 1991 года № 1499-1). Закон предусматривает включение в базовую программу обязательного медицинского страхования с 2015 г. высокотехнологичной медицинской помощи². Начиная с 2011 г., лечение по полису ОМС в Институте получили 4–5% больных (рис. 3), и доля подобных пациентов продолжает увеличиваться.

В таблице 1 показана этапность переходной экономики на примере НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с учетом возможных перспектив развития этой модели.

Основой для существования современной системы здравоохранения в России является целый

² Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ // Материалы информационно-правовой системы «Консультант+».

Таблица 1

Этапы перехода НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова от государственной к рыночной социальной и социально-страховой экономике

| Тип модели | Вчера (государственная) | Сегодня (переходная) | Завтра | |
|----------------------------|---|--|--|--|
| | | | рыночная | страховая |
| Принцип | Медицинская услуга — общественное благо | Медицинская услуга — затраты, необходимые для поддержания здоровья | Медицинская услуга — товар, который может быть куплен или продан | Медицинская услуга — общественное благо, которое должно контролировать государство |
| Принадлежность предприятия | Государственная собственность | Государственная собственность | Многообразие форм собственности (государственная, частная) | Государственная собственность |

Таблица 1 (Продолжение)

| Тип модели | Вчера (государственная) | Сегодня (переходная) | Завтра | |
|---|---|---|---|---|
| | | | рыночная | страховая |
| Источник финансирования | Государственный бюджет | Государственный бюджет, ОМС, ДМС, личные средства | Частное страхование, личные средства, социальные программы | ОМС, ДМС, государственный бюджет, личные средства, общественные фонды |
| Контроль за эффективностью расходования средств | Государство в лице Министерства здравоохранения | Государство в лице Министерства здравоохранения, частные и государственные страховщики | Частные страховщики | Государство, частные и государственные страховщики |
| Распределение ресурсов | Централизованное распределение всех ресурсов здравоохранения | Централизованное распределение всех ресурсов здравоохранения, участие предприятия в распределении доходов | Цивилизованные рыночные отношения с сохранением государственного регулирования и централизованной директивной системы планирования деятельности государственных учреждений здравоохранения в виде государственного задания и субсидий | Централизованное распределение всех ресурсов здравоохранения, участие предприятия в распределении доходов |
| Планирование деятельности | Централизованная директивная система планирования деятельности | Сочетание централизованной директивной системы планирования деятельности в виде государственного задания (ВМП) и субсидий, расширение права на оказание платных медицинских услуг, создание условий для рыночной конкуренции между субъектами хозяйствования различных форм собственности | Свободное предпринимательство с использованием индикативного планирования с сохранением государственного регулирования и централизованной директивной системы планирования деятельности государственных учреждений здравоохранения в виде государственного задания и субсидий | Сочетание централизованной директивной системы планирования с расширением права на оказание платных медицинских услуг, создания условий для рыночной конкуренции между субъектами хозяйствования различных форм собственности с использованием индикативного планирования |
| Ценообразование и регулирование цен на медицинские услуги | Централизованная система установления фиксированных цен (тарифов) на государственные и платные медицинские услуги | Централизованная система установления фиксированных цен (тарифов) на государственные медицинские услуги. Либерализация цен на платные медицинские услуги | Свободное формирование цен на основе спроса и предложения с сохранением государственного регулирования и централизованной директивной системы планирования деятельности государственных учреждений здравоохранения в виде государственного задания и субсидий | Централизованная система установления фиксированных цен (тарифов) на государственные медицинские услуги. Либерализация цен на платные медицинские услуги |
| Доступность медицинского обслуживания | Всеобщая доступность | Всеобщая доступность | Зависит от платежеспособности пациентов, социальные программы | Программы ОМС |
| Использование новых технологий | Отсутствие стимулирующих факторов, замедленное внедрение новых технологий | Спрос порождает предложение (спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий) | Большие инвестиции вкладываются в научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы | Спрос порождает предложение (спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий) |
| Права потребителей медицинских услуг | Отсутствие прав у потребителя медицинских услуг в выборе врача и учреждения | Свободный выбор врача и учреждения | Свободный выбор врача и учреждения | Расширение прав потребителя медицинских услуг в выборе врача и учреждения здравоохранения |

ряд законодательных актов.^{3,4,5} Сегодня в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья рассматриваются три модели систем здравоохранения. Статья 12 «Основ» гласит, что «к государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации». Финансирование осуществляется из государственного бюджета.

В Статье 13 отмечается: «К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и ор-

ганизации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления. Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации».

Наконец, в Статье 14 говорится: «К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления».

Совершенствование нормативно-правовой базы создает предпосылки для развития здравоохранения. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ вводит в обращение понятия субъектов и участников ОМС, приводит принципы распределения финансовых потоков, дает трактовку новой формы хозяйственных отношений «государственный заказ», описывает единые правила страхования на всей территории страны и т. д.⁶

В настоящее время НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова можно назвать учреждением национальной системы здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего обязательного ме-

³ Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12.12.1993. Действующая редакция (на 1.1.2009) — В редакции указов Президента РФ № 20 от 9 января 1996 г., № 173 от 10 февраля 1996 г., № 679 от 9 июня 2001 г., № 841 от 25 июля 2003 г., Федеральных конституционных законов № 1-ФКЗ от 25 марта 2004 г., № 6-ФКЗ от 14 октября 2005, № 2-ФКЗ от 12 июля 2006, № 6-ФКЗ от 30 декабря 2006, № 5-ФКЗ от 21 июля 2007, Законов РФ о поправке к Конституции РФ № 6-ФКЗ от 30 декабря 2008 и № 7-ФКЗ от 30 декабря 2008 // Материалы информационно-правовой системы «Консультант+».

⁴ О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2011 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Приказ Минздравсоцразвития России № 1248н от 31 декабря 2010 г. // Материалы информационно-правовой системы «Консультант+».

⁵ Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Материалы информационно-правовой системы «Консультант+».

⁶ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ // Материалы информационно-правовой системы «Консультант+».

дицинского страхования. В этой модели здравоохранения государство обязывает работодателей и самих граждан отчислять часть доходов на медицинскую страховку, а производителей медицинских услуг обеспечить население медицинской помощью, в том числе и при посредничестве страховых организаций в рамках ОМС [6]. Внедрение данной модели позволило обеспечить граждан полноценной медицинской помощью при выраженном сокращении затрат (до 8–12 % валового внутреннего продукта).

В большинстве медицинских учреждений медицинская помощь «бесплатная», следовательно, чтобы поддержать рыночное равновесие при увеличении спроса на услугу, вводятся «листы ожидания», лечению подвергаются больные с «приоритетными» заболеваниями, часто появляются жалобы на недружелюбное отношение к пациентам. Идеальная же система здравоохранения должна предоставлять медицинские услуги в неограниченном объеме без страховых взносов, вычетов или долевого участия при полной свободе выбора врача [6].

На наш взгляд, сегодня к основным тенденциям развития мирового здравоохранения и принципам его модернизации можно отнести следующие:

1. Хозяйственный механизм организации должен сочетать в себе бюджетное финансирование, использование страховых взносов, перевод отдельных видов медицинской помощи на платную основу.
2. Роль государства в сохранении экономической стабильности, регулировании рынка должна возрасти. Государство должно отвечать за оптимальное распределение ресурсов для удовлетворения спроса.
3. Экономически выгодными становятся скрининговые обследования, основанные на выявлении заболевания в начальных стадиях, при которых уровень расходов на лечение и уровень инвалидизации значительно снижаются.
4. Предоставление социальной защиты, льгот определенным слоям населения по пользованию медицинскими услугами должно реализовываться бесплатно за счет бюджетного финансирования.
5. Насущной задачей является совершенствование тарифной политики.
6. Интеграция лечебных учреждений в единую систему с четкой маршрутизацией пациентов и возможностью поэтапного лечения представляется весьма значимой и оправданной.

7. Сочетание нескольких моделей здравоохранения, возможно, приведет к созданию универсальной модели для России.

Каким путем «пойдет» НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и будет ли использоваться бюджетно-страховая или бюджетно-рыночная модель покажет время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко Н.И. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы. Экономика здравоохранения. 1997; 1: 250.
2. Кичанов Н.Б. Реформирование здравоохранения. М.: ГРАНТЪ, 2000; 350.
3. Липсиц И.В. Экономика. М.: Вита-Пресс, 2006; 320.
4. Лисицын Ю.П. История медицины: краткий курс. М.: ГЭОТАР Медиа, 2010; 304.
5. Поляков И.В., Зеленская Т.М., Ромашов П.Г., Пивоварова Н.А. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений: учеб. пособие. СПб., 1997; 247.
6. Таранова А.М. Актуальные вопросы организации обязательного медицинского страхования. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000; 250.

REFERENCES

1. Gerasimenko N.I. Reforma zdravookhraneniya: nekotorye itogi i perspektivy. [Healthcare system reform: summing up and planning prospects]. Ekonomika zdravookhraneniya. 1997; 1: 250. (in Russian).
2. Kichanov N.B. Reformirovanie zdravookhraneniya. [Healthcare system reform]. M.: GRANT, 2000; 350. (in Russian).
3. Lipsits I.V. Ekonomika. [Economics]. M.: Vita-Press, 2006; 320. (in Russian).
4. Lisitsyn Yu.P. Istoriya meditsiny: kratkiy kurs. [History of medicine: short manual]. M.: GEOTAR Media, 2010; 304. (in Russian).
5. Polyakov I.V., Zelenskaya T.M., Romashov P.G., Pivovarova N.A. Ekonomika zdravookhraneniya v sisteme rynochnykh otnosheniy: ucheb. posobie. [Economics of healthcare in market relationship system: a textbook]. SPb, 1997; 247. (in Russian).
6. Taranova A.M. Aktual'nye voprosy organizatsii obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya. [Actual issues of obligatory medical insurance organization]. M.: Federal'nyy fond OMS, 2000; 250. (in Russian).

◆ Информация об авторе

Карицкий Андрей Петрович — канд. мед. наук, главный врач ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: Kulevadoc@yandex.ru.

Karitsky Andrey Petrovich — MD, Head of N.N. Research Institute of Oncology. N.N. Petrov Oncology Research Institute. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russia. E-mail: Kulevadoc@yandex.ru.