

Юсуфов Михаил Михайлович

аспирант кафедры философии и социологии
Краснодарского университета МВД России
тел. (918) 419-15-07

**СОЦИАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ
ЧАСТНОПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
(ОПЫТ США)**

Аннотация:

Автором изучена частнопредпринимательская деятельность в здравоохранении на примере США, где частная деятельность медицинских работников практически вытеснила государственное здравоохранение. Однако ситуация в ближайшее время может поменяться: уже созданы государственные программы медицинской помощи, оказывающие услуги малоимущим гражданам, и планируется ввести общее социальное медицинское страхование.

Ключевые слова:

медицинские услуги, врачебная практика, система здравоохранения, страхование, граждане, денежные средства, пациент.

Yusufov Mikhail Mikhailovich

post-graduate student of the chair of
philosophy and sociology,
Krasnodar University of Russian Ministry of
Internal Affairs
tel. (918) 419-15-07

**SOCIAL COMPONENTS OF
PRIVATE-ENTREPRENEURIAL
ACTIVITY IN PUBLIC
HEALTH SERVICES
(EXPERIENCE OF USA)**

The summary:

The author it is studied частнопредпринимательская activity in public health services on an example of the USA where private activity of medical workers has practically forced out the state public health services. However the situation can exchange in the near future: the government programs of medical aid rendering services to needy citizens are already created, and is planned to enter the general social medical insurance.

Keywords:

medical services, medical practice, public health services system, insurance, citizens, money resources, the patient.

Частнопредпринимательская система здравоохранения полностью подчинена интересам рынка, и в основе деятельности большинства медицинских учреждений лежат коммерческие принципы. Здравоохранение финансируется главным образом за счет интересов населения, медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе. При этом здравоохранение является не только видом медицинской деятельности, но и бизнесом: врач продает медицинские услуги, а пациент их покупает. Медицинская услуга является таким же товаром, как и другие потребительские блага.

Медицинская помощь населению, как правило, оказывают частнопрактикующие врачи, которые ведут прием в своих частных кабинетах и получают плату за свой труд непосредственно от пациентов или через страховую компанию. Кабинет, приемная, оборудование, инструменты – все это личная собственность врача. Работодатель и работник, руководитель и исполнитель совмещаются в одном лице. Творческие мотивы и профессиональные обязательства дополняются экономическими стимулами.

Даже в формальном отношении врач частной практики не является наемным работником. Действуя на договорной основе, он обладает определенной автономией: может оговаривать перечень оказываемых услуг, работать по совместительству в больнице, набирать помощников и оплачивать их труд.

Однако, работая в одиночку, врач не в состоянии обеспечить комплексное обследование и лечение, консультации у врачей-специалистов. В последние годы получила распространение система групповой практики, когда в одном помещении принимают больных несколько врачей, в том числе врачи-специалисты. Групповая практика позволя-

ет врачам совместно приобретать дорогостоящее оборудование, нанимать сестринский персонал.

Цены на медицинские услуги растут очень быстро, значительно обгоняя цены на потребительские и другие услуги. Поэтому жители с частнопредпринимательской системой здравоохранения предпочитают страховаться, затрачивая на приобретение страховых полисов частных страховых компаний в среднем более 10% чистого дохода семьи. Таким образом объем и качество медицинской помощи определяются денежными средствами, которые пациент может израсходовать. Люди с плохим состоянием здоровья и высокой вероятностью заболевания обычно страхуются на большую сумму и могут рассчитывать на оплату более значительных счетов за лечение.

Именно эта зависимость объема медицинской помощи от размера взноса, т.е. от платежеспособности человека, отличает частное медицинское страхование, при котором каждый платит за себя, от социального, при котором действует принцип общественной солидарности.

Преимущественно частнопредпринимательская система здравоохранения характерна для Соединенных Штатов Америки

Система здравоохранения США – страны с наиболее выраженными капиталистическими отношениями и рыночной экономикой – сложилась в условиях свободного рынка. Профессиональные медицинские ассоциации имели огромную власть, не допуская государственного вмешательства. В стране применяется два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. Групповым страхованием охвачено 74% рабочих и служащих частного сектора экономики и 80% государственного сектора. За счет средств этого вида страхования оплачивается более трети медицинских услуг, прежде всего самых дорогих – больничных и почти половина внебольничной врачебной помощи.

В стране более 2000 страховых медицинских компаний. Из них две наиболее крупные, занимающиеся страхованием преимущественно больничной и внебольничной помощи – «Синий крест» и «Синий щит». В США нет единого добровольного медицинского страхования. Есть разные его виды на больничную помощь, амбулаторную, врачебную, сестринскую, хирургическую и др. Даже если застраховаться на все виды медицинской помощи, это не гарантирует стопроцентной оплаты за медицинскую помощь: часть выплат все равно должно нести застрахованный.

Стоимость медицинского обслуживания растет быстрыми темпами, и реальный объем и доступность медицинской помощи для большинства граждан сокращаются: они оплачивают $\frac{3}{4}$ стоимости услуг частнопрактикующих врачей, полностью оплачивается лечение у стоматологов, приобретение лекарств, очков, протезов и послебольничный уход на дому. Особенно высоки расходы, связанные с госпитализацией и проведением сложных операций.

Из федерального бюджета, бюджетов штатов, местных органов управления финансируются принятые в 1965 г. программы «Медикэр» и «Медикэйд».

«Медикэр» – это единая общегосударственная программа медицинской помощи для престарелых граждан и потерявших трудоспособность. Программа предусматривает выплату пенсий по инвалидности в течение двух и более лет, обязательное страхование пожилых людей на случай госпитализации; им предоставляется больничное и послебольничное обслуживание, уход на дому, место в хосписе. Вторая часть программы предполагает дополнительное добровольное страхование, по условиям которого государство покрывает 80% стоимости лечения, а остальные 20% оплачивают сами пациенты. Программа «Медикэр» обеспечивает страховку для 13% населения страны.

«Медикэйд» – государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10% населения. Программа «Медикэйд» субсидируется федеральным правительством, но регулируется законами штатов. Семья имеет право на получение льгот по программе «Медикэйд», если ее доход ниже определенного уровня, устанавливаемого каждым штатом. Малоимущим людям предоставляется бесплатная медицинская помощь по программе «Медикэйд», если они имеют детей, или они являются беременными, слепыми, нетрудоспособными, или людьми пожилого возраста. И все же около 60% тех, кто живет ниже официального уровня бедности, не охвачены программой. «Медикэйд» покрывает расходы на профилактическое лечение, лечение острых заболеваний и долговременную медицинскую помощь. Реализация программы требует больших финансовых затрат в связи с тем, что растет число малоимущих граждан, нуждающихся в бесплатной помощи.

Даже после введения в действие программ «Медикэр» и «Медикэйд» значительная часть населения США, граждане, не вошедшие в категории престарелых и малоимущих, в течение долгого времени не могла позволить себе медицинскую помощь в полном объеме. Начиная с 60-х гг. все большее распространение получили «Организации по поддержке здоровья». По сути эти организации являются страховыми компаниями, работающими в условиях жесткой конкуренции по различным схемам. Они занимаются страхованием преимущественно по основным видам внебольничной, наиболее массовой помощи. Интересной является новая концепция, по которой работают эти организации – «управляемая медицинская помощь». Поскольку организации, поддерживающие здоровье, являются плательщиками за все виды медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, посредством правильного менеджмента им удается снизить расходы – за счет проведения профилактики, лечения в амбулаторных условиях вместо стационарных, избегание неэффективных и неоправданных назначений. Эти организации пользуются поддержкой многих общественных ассоциаций, местной администрации и спонсоров; они обслуживают уже более 35 млн граждан США.

Расходы на здравоохранение в США превышают 14% от ВВП; сумма, выделяемая ежегодно на эти цели, достигла 1000 млрд долларов (более 3000 долларов на человека). При этих высочайших расходах показатели здоровья населения относительно невелики. Продолжительность жизни белого населения меньше, чем в большинстве европейских стран; что же касается чернокожих американцев, то показатели продолжительности их жизни сравнимы со странами Восточной Европы. При том что медицина США является передовой в мире, 15% населения страны не имеет возможности пользоваться ее услугами, а еще 15% застрахованы неадекватно.

Таким образом, огромные расходы на здравоохранение в США не приносят адекватных результатов, проблема доступности медицинской помощи остается нерешенной. В связи с этим всеми признано, что американская система здравоохранения нуждается в реформации.

В настоящее время США делает решительный шаг в сторону социального страхования в медицине, которое в предстоящие годы призвано стать основой всей системы здравоохранения страны.

Медицинским здравоохранением, которое обеспечит примерно одинаковое обслуживание как самых богатых, так и самых бедных, будет охвачено все население. Участвовать в оплате предоставляемых услуг будут все застрахованные. Часть расходов понесут предприниматели. Источники бюджетного финансирования пока окончательно не определены.

Реформа не ликвидирует свободную практику врачей. Однако те из них, которые будут обслуживать застрахованных, должны стать участниками одного из страховых пулов, в которые будут объединены независимые частные компании. При этом не исключено, что врачи из системы всеобщего медицинского страхования будут переведены на зарплату, прямо не связанную с доходами от обслуживания пациентов. Тем не менее большинство врачей высказываются в поддержку реформ, так как издержки при существующем порядке в виде бюрократических проволочек, уязвимости перед частными страховыми компаниями и судебными исками пациентов, дороговизны больничных коек стали перевешивать прежние достоинства свободной врачебной практики.