

В.Э. ТАНКОВСКИЙ, Н.Г. ШАМШУРИНА

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ: ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

ТАНКОВСКИЙ Владимир Эдуардович - кандидат медицинских наук Института кардиологии и профилактической медицины Минздрава РФ им. А.Л. Мясникова. ШАМШУРИНА Нина Григорьевна - кандидат экономических наук, доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения факультета последипломного образования Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко.

Известно, насколько социальное здоровье населения зависит от самочувствия отдельных граждан. Однако наиболее ясно это, казалось бы, общее положение иллюстрируют данные из социологии медицины. Возьмем такую конкретную медицинскую отрасль, как офтальмология. В ней, как, впрочем, и в других сферах медицины, положение современных лечебных учреждений является критическим. Причинами этого выступают: недостаточное бюджетное финансирование; невозможность территориальных фондов обязательного медицинского страхования компенсировать этот дефицит бюджетных средств; низкая покупательная способность населения, что затрудняет получение нужного дохода от коммерческой деятельности организаций здравоохранения и ряд других. Интересно проанализировать сложившуюся социальную ситуацию на конкретном примере офтальмологии и предложить некоторые пути решения существующих проблем.

Тромбоз ретинальных вен занимает около 60% среди острой сосудистой патологии органа зрения. В последние годы отмечен рост тромбических поражений, особенно у молодой работоспособной части населения. В рамках данного исследования было проанализировано социально-экономическое положение 107 больных, перенесших тромбоз вен сетчатки. Пациенты были сгруппированы по ряду признаков, которые отражены в следующих таблицах:

Таблицы 1-4 говорят, что при данном заболевании преобладают лица старше 55 лет (77,6%). Доход выше среднего имеют 18,7% больных. Это означает, что 81,3% лиц имеют доход средний и ниже среднего. Главным источником дохода является заработная плата. По данным Госкомстата РФ на декабрь 1994 г. она составляла 103,9 долл. США (или 463500 руб.). Номинальная среднемесячная заработная плата в Российской Федерации имеет общую тенденцию к росту. Так, в первом полугодии 1996 г. она составила 741000 рублей. При этом цена медицинской услуги по данному заболеванию также имеет тенденцию к росту: так, в декабре 1994 г. - январе 1995 г. она составляла 3356878 рублей, а в I полугодии 1996 г. - уже 5035317 рублей. Также нужно учесть, что в государственном секторе работает подавляющее большинство пациентов (69,2%), где доходы значительно ниже, чем в частном

Таблица 1

Высшее образование - 38 чел. (35,5%)

Возраст	41-45	46-50	51-55	56-60	61-70
Работающие	4	6	2	7	
Работающие на пенсии				9	10

Доход: выше среднего - 15 чел.
 средний - 21 чел.
 ниже среднего - 2 чел.

Место работы:
 государственный сектор - 26 чел.
 частный сектор - 12 чел.

Таблица 2

Среднее образование - 24 чел. (22,4%)

Возраст	41-45	46-50	51-55	56-60	61-70
Работающие	6	4	1	1	
Работающие на пенсии	-	-	-	3	11

Доход: выше среднего - 3
 средний - 18
 ниже среднего - 3

Место работы:
 государственный сектор - 17

Таблица 3

Пенсионеры (неработающие) -32 чел. (29,9%)

Возраст	51-55	56-60	61-70	71 и старше
Образование:				
высшее			8	4
среднее		4	14	2

Доход: выше среднего - 2
 средний - 8
 ниже среднего - 22

Таблица 4

Инвалиды - 13 чел (12,1%)

Возраст	46-50	51-55	56-60	61 и старше
Работающие	2	1		
Неработающие			4	6

Образование: высшее - 1
 среднее - 12

Доход: выше среднего - 0
 средний - 3
 ниже среднего - 10

Государственный сектор - 2
 Частный сектор - 1

секторе экономики. Анализ статистических данных свидетельствует о том, что подавляющему большинству пациентов платная медицинская помощь по данному виду заболевания недоступна. Недоступна, несмотря на то, что часть расходов берет на себя государство. Лечение тромбозов вен сетчатки стоит сегодня, по нашим расчетам, 950 долл. При этом известно, что государственные расходы на душу населения в России составляют в год 23 долл. (в США те же расходы составляют 220 долл., а в Японии - 242 долл.) ("Международная маркетинговая служба"). Расходы в 23 долл. на душу населения в условиях постоянного роста общего уровня цен: в том числе роста цен на услуги в здравоохранении, являются недостаточными, что делает необходимым изыскивать дополнительные средства на лечение больных, особенно при экстренных и неотложных состояниях.

Откуда же могут появиться эти дополнительные средства? Самым лучшим решением данной проблемы авторы считают лечение в кредит. По приведенным выше данным 61% пациентов способны работать и возместить затраты на лечение, поскольку принадлежат к работающей части населения. Счет, предъявленный лечебным учреждением, может оплачивать не сам пациент, а работающие члены его семьи, с которыми может заключаться договор предоплаты. Таким образом, лечебное учреждение может выступить своеобразным банком, который регулирует финансовые отношения между пациентами и ЛПУ.

Лечение пациента может оплачиваться на условиях предоплаты со стороны организаций, предприятий из фонда социального развития коллектива, а также профсоюзной организацией.

Кредитором может выступить и предприятие, которое заключает с работником договор на оплату его лечения с дальнейшим возмещением данным работником затрат лечебного учреждения из будущих доходов.

Решение проблемы может заключаться и в расширении сети добровольного медицинского страхования. Правда, для этого необходим общий рост доходов населения.

Имеется в виду, что страховая компания может выступить в роли кредитора. Отношения между лечебным учреждением, пациентом и страховой компанией могут строиться также на договорной основе.

Следующее, что можно предложить, это перестройка взаимоотношений территориальных фондов и лечебных учреждений. Сегодня в системе обязательного медицинского страхования территориальные фонды фактически выступают независимыми кредитно-финансовыми учреждениями под патронажем государства. Система ОМС помогает организации здравоохранения компенсировать затраты по заработной плате, начислениям на нее, на медикаменты и питание больного. Остальные затраты должно компенсировать государство. Когда этого не происходит, территориальные фонды, представляющие систему ОМС, могут выступить в роли накопителя долгов лечебных учреждений по затратам на отопление, электроэнергию и др. В этом случае территориальный фонд ОМС выступает кредитором лечебного учреждения, он защищает интересы данного лечебного учреждения и, находясь под патрона-

жем государства, легче решает финансовые проблемы. Особенно это важно, когда речь идет об оплате помощи экстренным и неотложным больным.

До сих пор речь шла о взаиморасчетах работающего населения с лечебными структурами. Если коснуться проблемы оплаты лечения неработающему населению, то здесь более значительную роль должен играть Пенсионный фонд. Как известно, 28% от фонда оплаты труда всех предприятий, учреждений, организаций поступает в этот фонд ежемесячно. Во всем мире пенсионные фонды выступают организациями высокой кредитоспособности. В наших условиях можно было бы предложить такую схему: из 12% подоходного налога выделить 1% на оказание медицинской помощи населению, при этом 1%, уплачиваемый каждым гражданином РФ из своей зарплаты в пенсионный фонд (помимо 12% подобного налога), может также стать дополнительным источником финансирования системы здравоохранения. В этом смысле Пенсионный фонд, формируемый из общего фонда оплаты труда, и другие названные средства могли бы стать источником еще одной структуры - общенационального фонда здравоохранения. Накопления этого фонда формировались бы двумя путями: 1% из 28%, поступающий в Пенсионный фонд от ФОТ предприятий, учреждений, организаций, 1% из подоходного налога. Интересен эксперимент, проводимый в Китае: если больного поместили в больницу, сделали операцию, а денег на личном счете для этого не хватило, то все расходы, превышающие 5% месячного заработка, оплачиваются из общенационального фонда здравоохранения. Оптимальный вариант - когда лечение оплачивают и труженик (а пенсионер - бывший труженик), и наниматель, и государство. Может быть, предложенная схема расходования пенсионных денег на здравоохранение является спорной, однако бесспорным является то, что Пенсионный фонд должен играть в условиях складывающихся рыночных отношений все более заметную роль.