

УДК 338.46

Р.Л. Кодзоков

Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, Нальчик,
email: rasulk@list.ru

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ НОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

Ключевые слова: экономика здравоохранения, модели здравоохранения, экономические отношения, расходы на здравоохранение, реформы здравоохранения, безусловный базовый доход, новая экономическая реальность, цифровые технологии.

Статья посвящена актуальному вопросу становления новых экономических отношений в здравоохранении по поводу формирования и использования ограниченных ресурсов в условиях сложившихся в отрасли трендов, требований новой реальности и демографических процессов. Показано практическое исчерпание потенциала ресурсного обеспечения во всех традиционных моделях развития здравоохранения. Главная цель исследования заключается в поиске наиболее эффективной в современных условиях формы интеграции всех разнообразных ресурсов. В качестве таковой предлагается рассмотреть теоретические принципы безусловного базового дохода в условиях, когда по итогам многолетних реформ не удалось изменить общие параметры недостаточного выделения средств для опережающего развития здравоохранения и противоречивой сложившейся гибридной модели его функционирования. На основе определения необходимых и достаточных условий практической реализации рассматриваемых принципов предлагается перевести государственные трансферты в здравоохранение в форму безусловного базового дохода с последующим целевым распоряжением данными средствами гражданами. Перспектива непосредственного контроля граждан над всеми ресурсными потоками приведет к оптимизации расходов на здравоохранение и повышению эффективности их использования.

R.L. Kodzokov

Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov, Nalchik, email: rasulk@list.ru

HEALTH ECONOMICS: THE NEED FOR NEW RELATIONSHIPS

Keywords: healthcare economics, healthcare models, economic relations, healthcare costs, healthcare reforms, unconditional basic income, new economic reality, digital technologies.

The article is devoted to the topical issue of the formation of new economic relations in healthcare regarding the formation and use of limited resources in the context of the prevailing trends in the industry, the requirements of the new reality and demographic processes. The practical exhaustion of the resource supply potential in all traditional models of healthcare development is shown. The main purpose of the study is to find the most effective form of integration of all diverse resources in modern conditions. As such, it is proposed to consider the theoretical principles of unconditional basic income in conditions when, following the results of many years of reforms, it was not possible to change the general parameters of insufficient allocation of funds for the advanced development of healthcare and the contradictory hybrid model of its functioning. On the basis of determining the necessary and sufficient conditions for the practical implementation of the principles under consideration, it is proposed to transfer state transfers to healthcare in the form of unconditional basic income with subsequent targeted disposal of these funds by citizens. The prospect of direct control of citizens over all resource flows will lead to optimization of health care costs and increase the efficiency of their use.

В настоящее время в мировой практике организации здравоохранения активно используются несколько наиболее зарекомендовавших себя экономических основ, прошедших проверку историей и современными вызовами.

Прежде всего, следует отметить принципы так называемой бисмарковской системы, известной еще с конца XIX века, в которой удалось относительно органично интегрировать экономические

основы здравоохранения с элементами социального развития. Система базировалась на многосторонних отношениях работников, работодателей, страховых учреждений, контролирующих товариществ и государства, обеспечивающих как аккумуляцию необходимых взносов, так и их эффективное использование. При этом главным источником ресурсов были взносы работников и работодателей, что в определенной мере ограничи-

вало доступ медицинской помощи для малообеспеченных.

На основе полного доминирования государственного бюджетного финансирования была построена советская система здравоохранения, идентифицируемая как модель Семашко. На государственной основе гарантировалось предоставление бесплатной медицинской помощи для всех без исключения слоев и категорий населения. Главное отличие модели заключалось в централизации ресурсов на общенациональном уровне и их использовании посредством функционирования единого министерства здравоохранения. Соответственно и недостатки системы проистекали от ограниченности государственного финансирования и особенно его приоритетов, что на практике относительно здравоохранения и ряда социальных направлений получило название остаточного принципа.

В дальнейшем развитие здравоохранения, вплоть до наших дней, осуществлялось в контексте перманентного поиска оптимального соотношения экономических и социальных слагаемых, что на практике выражалось через приоритеты интеграции частных и государственных ресурсов в разнообразных формах. Первой такой характерной практической реализацией была британская система Бевериджа, которую необходимо оценивать с позиций формирования всеобщей системы социального обеспечения. Подавляющее число клиник и больниц создавалось и функционировало на основе государственного финансирования, в том числе через страховой бюджет, что обеспечивало население базовой бесплатной медициной. В систему были включены работодатели, осуществляющие профессиональное страхование, и работники посредством личного дополнительного страхования. Одновременно активно развивался частный сектор медицины.

На наш взгляд, самым главным с экономических позиций развития здравоохранения в системе Бевериджа было формирование всеобщих государственных основ, пусть и ограниченных количественно. Эта всеобщность медицинской помощи эффективно усиливалась частными ресурсами и частными

учреждениями. Получалась системная многоуровневая конструкция для формирования экономических отношений, которая оказывается востребованной и в настоящее время.

Поэтому практически все последующие национальные модели здравоохранения экономически основывались на разных по параметрам, но общих по принципам интеграции частных, корпоративных и государственных ресурсах. Различия в основном состояли в приоритетах – базового государственного страхования, ломбардного социального обеспечения, корпоративно-частного взаимодействия и т.п. В целом создавались разнообразные пространства экономических отношений в сфере здравоохранения, в которых участвовали три основные стороны.

Вместе с тем, развитие новых цифровых технологий и формирование современной новой реальности объективно поставили вопрос о необходимости и новых экономических отношений.

Цель исследования

Системная цель исследования в данной статье заключается в научном поиске наиболее эффективных в условиях новой экономической реальности форм и способов интеграции всех ограниченных производственных ресурсов здравоохранения. На основании последних с объективной необходимостью должны сформироваться новые экономические отношения, которые станут основой стратегического развития отрасли, что также органически входит в цель исследования.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы материалы по структуре и дифференциации расходов на здравоохранение в контексте динамики валового внутреннего продукта (ВВП). Особое внимание уделялось поиску эффективных решений проблемы выработки общественного консенсуса относительно спроса на медицинские услуги и их фактическим предложением.

Основы методологии представлены системным подходом, в котором были дополнительно интегрированы различные виды анализа – сравнительный,

статистический, экспертный, функциональный и др. В результате стало возможным выйти на проблемы ограниченности прежних принципов организации здравоохранения и обоснования приоритетных направлений формирования новых экономических отношений.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно современным подходам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сторонами экономики медицины являются: государства (в лице их органов и агентств на всех уровнях здравоохранения), граждане (прямо или через множество ассоциативных организаций), а также медицинские учреждения (как поставщики соответствующих услуг непосредственно или через профессиональные и сетевые организации) [14].

При этом, в последние годы все больше внимания уделяется проблеме обеспечения населения всеобщим охватом услугами здравоохранения (ВОУЗ) с соответствующим дополнением многих сопряженных социальных программ. Однако в целом формируемый приоритет сталкивается с весьма выраженным противоречием в рыночных процессах. Дело в том, что с одной стороны необходимым важнейшим практическим условием системного развития экономики здравоохранения является баланс между спросом и предложением медицинских услуг как формы реализации интересов основных сторон – населения, государства и медучреждений [15].

С другой стороны, главное противоречие возникает в процессах объективного движения потоков ограниченных производственных ресурсов – от населения и государства к поставщикам медицинских услуг. Концентрируясь у последних, ресурсы используются по естественным рыночным законам с приоритетом интересов организаций и учреждений отрасли. Поэтому интересы населения как главного потребителя и ряда социальных партнеров и структур оказываются на втором плане.

Пока способов преодоления данного противоречия в теории не найдено и внимание в основном сосредоточено на общих параметрах, выделяемых

для отрасли ресурсов в практике социально-экономического развития, как правило, в процентах к валовому внутреннему продукту. В целом, с начала текущего столетия наблюдается рост удельного веса расходов на здравоохранение во всем мире (см. рис. 1).

По данным рисунка 1 видно, что при общей тенденции к росту текущих расходов на здравоохранение наблюдается существенное различие между группами стран, характеризующееся полуторакратными значениями. Еще более значительная дифференциация наблюдается в наиболее развитых странах так называемой группы двадцати (G-20) (см. рис. 2).

Данные страны были нами выбраны исходя из того, что G-20, как известно, аккумулирует в совокупности порядка двух третей населения планеты, трех четвертей мировой торговли и четырех пятых мирового ВВП. При этом в лидирующей по расходам на здравоохранение США показатель превышает 17 процентов, а в замыкающей Индонезии – только 3 процента. Но в большей части стран на здравоохранение используется более 8 процентов национального ВВП.

Поэтому в совокупности ресурсы, направляемые в здравоохранение – это достаточно значительная часть мирового ВВП, которая является объектом для формирования соответствующего пространства экономических отношений. В это пространство интегрировано практически все население, работодатели и государства. При этом в данном пространстве наблюдается наиболее активная динамика по критериям экономического роста.

В одном из недавних докладов ВОЗ отмечалось, что расходы на здравоохранение в целом растут более высокими темпами и достигли уровня в 10 процентов глобального ВВП. Однако по критериям ранее отмеченного ВОУЗ охват населения медицинскими услугами последовательно расширяется, но недостаточными темпами. Если в 2000 году этот показатель составлял 47 процентов, то к 2020 году достиг уровня в 67 процентов. Этих темпов недостаточно, чтобы выйти на требуемую отметку в 80 процентов к 2030 году [5].

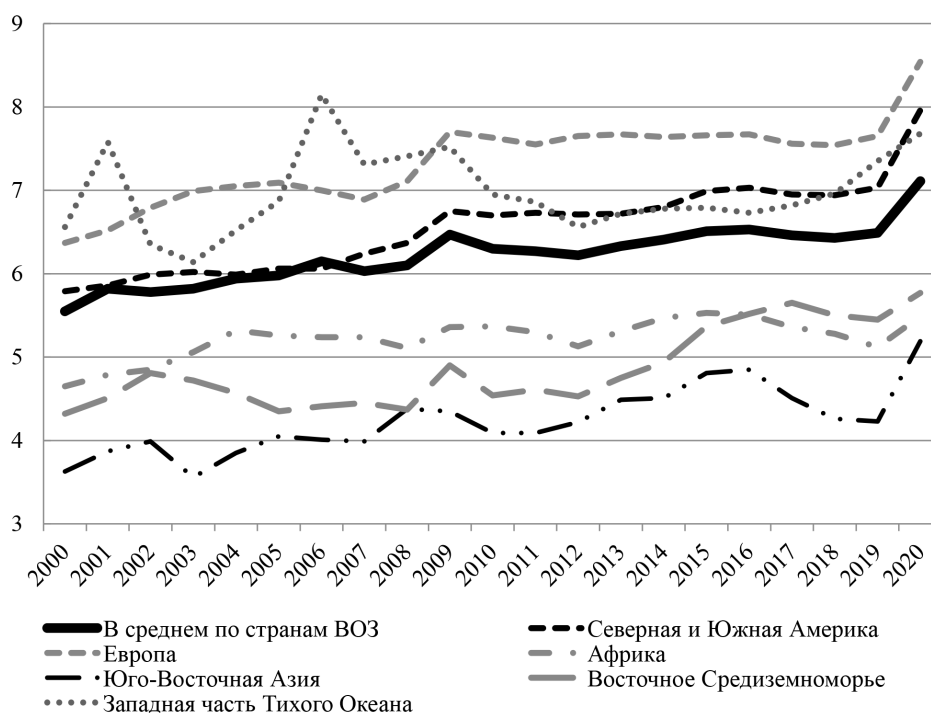


Рис. 1. Текущие расходы на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта по регионам Всемирной организации здравоохранения

Примечание: составлен автором по: World Health Organization. The Global health observatory. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). – URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)) (дата обращения: 06.07.2023).

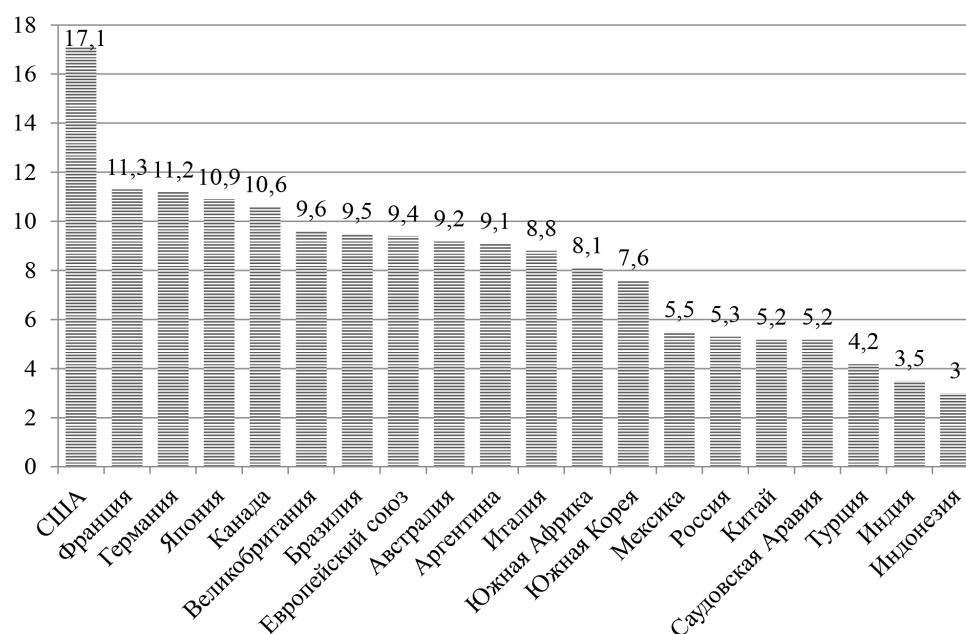


Рис. 2. Расходы на здравоохранение в процентах к ВВП в странах-членах G-20 к 2020 году

Примечание: составлен автором по данным: Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение. Всемирная организация здравоохранения: Глобальные расходы на здравоохранение к 2020 году. – URL: <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure> (дата обращения: 30.05.2023).

Таблица 1

Структура расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2000-2020 гг., в процентах

	Государственные трансферты	Взносы на социальное медицинское страхование	Собственные средства граждан	Взносы на добровольное медицинское страхование	Другие источники
2000	58,63	0,73	30,21	3,26	7,17
2001	57,33	0,71	30,79	4,72	6,45
2002	57,51	0,79	31,21	4,15	6,34
2003	57,35	0,75	33,28	4,27	4,20
2004	58,03	0,74	33,81	3,58	3,72
2005	58,01	3,13	31,93	3,19	3,73
2006	53,52	8,21	31,13	3,88	3,19
2007	54,66	7,40	31,45	3,62	2,81
2008	51,50	11,13	31,55	3,25	2,52
2009	50,15	11,92	34,58	2,76	0,59
2010	51,04	10,34	35,33	2,69	0,60
2011	43,66	18,99	34,19	2,58	0,57
2012	45,41	18,30	33,40	2,45	0,44
2013	43,85	18,54	34,83	2,42	0,37
2014	43,71	18,07	35,83	2,05	0,33
2015	38,11	20,61	38,65	2,30	0,34
2016	34,92	22,03	40,48	2,25	0,32
2017	34,84	22,24	40,49	2,15	0,27
2018	37,84	21,61	38,31	2,00	0,23
2019	39,71	21,44	36,57	2,03	0,24
2020	54,61	15,94	27,76	1,51	0,18

Примечание: таблица составлена автором по: World Health Organization. Global Health Expenditure Database. – URL: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (дата обращения 17.06.2023).

По нашему мнению, поиск эффективных предпосылок решения проблемы выработки консенсуса между спросом на медицинские услуги и их реальным предложением является одним из современных глобальных вызовов. Соответственно с позиций теории следует сосредоточить внимание в области формирования новых экономических отношений между участниками процесса. А с позиций практического развития – в области цифровых технологий, которые могут обеспечить современное воплощение

этих новых экономических отношений. Эффективная интеграция отмеченных направлений исследования и разработок объективно составляет уникальность данного подхода.

В полной мере это относится и к современному российскому здравоохранению. В последние десятилетия отечественное здравоохранение как отрасль национальной экономики претерпело существенные изменения.

Сформировавшись в советское время как централизованная бюджетная госу-

дарственная сфера, отрасль отличалась финансированием по так называемому остаточному принципу, что во многом определяло ее недостаточный уровень развития. С началом рыночных реформ в функционирование здравоохранения внедрялись обязательное медицинское страхование (ОМС), децентрализованные принципы управления, образование новых финансовых потоков на частном и муниципальном уровнях. За девяностые годы в определенной мере удалось трансформировать исключительно бюджетные основы в частично рыночные, когда до трети ресурсов стало поступать через частные расходы населения. При этом в целом совокупные расходы из государственного бюджета и взносов на ОМС сократились более чем на 40% по сравнению с начальным 1991 годом при полуторакратном увеличении уровня смертности и сокращении ожидаемой продолжительности жизни.

Следующее десятилетие также оказалось временем реформ в здравоохранении, в течение которого были предприняты структурные изменения с введением врачей общей практики, повышением автономности медучреждений и значительным сокращением их численности. Кроме того, многие мероприятия были интегрированы в рамках реализации с 2006 года национального проекта «Здоровье». Реформирование российского здравоохранения получило дальнейшее развитие с принятием в 2010 году нового закона об обязательном медицинском страховании. В ходе реализации его требований был установлен новый порядок страхования, исходящий от строгого определения прав и обязанностей участников и их исполнения через систему федерального и территориальных фондов ОМС. Затем последовало предоставление права медицинским госучреждениям на оказание платных услуг при одновременном их объединении в крупные организации. Однако оценки этого этапа реформирования среди ученых и специалистов оказались весьма противоречивыми. Единственно в чем имеет место общее согласие – это признание низкого уровня российских расходов на здравоохранение в структуре использования ВВП [7].

В частности, это хорошо видно на ранее представленном рисунке 2.

Кроме того, оказалась завышенной в ожиданиях и роль Национального проекта «Здравоохранение» по причинам ограниченного совокупного финансирования. Ресурсы, выделенные в ежегодном исчислении на рассматриваемый проект в реалиях современного ВВП существенно меньше его одного процента. А при последующем продлении сроков исполнения проекта вплоть до 2030 года – общая ежегодная сумма становится менее одной десятой процента, что на макроэкономическом уровне решающего влияния не оказывает [4].

В целом, общая динамика в части изменения структуры расходов на здравоохранение в процессе реформ последних десятилетий в нашей стране отражена в таблице 1.

Главной особенностью является практическое формирование нового системного источника ресурсов для развития здравоохранения – взносов на социальное медицинское страхование в законодательно определенных процентах от фонда заработной платы, которые организационно возложены на работодателей. При этом, практически сошли на нет другие источники финансирования.

Противоречивой является динамика государственных трансфертов, которые после выраженного сокращения в 2020 году практически вернулись к исходным значениям. Конечно, тут явно просматривается фактор пандемии, но официальная статистика пока по постпандемийным годам не представлена. Также надо учитывать, что значительное сокращение государственных трансфертов в период 2000-2016 гг. в структуре расходов на здравоохранение происходило на фоне их существенного количественного роста с 2011 года (см. рис. 3).

В итоге, оказывается достаточно сложным определить, какую систему здравоохранения удалось сформировать в нашей стране. При всей активности государственного финансирования и повышения роли взносов на медицинское страхование, изменить общие параметры относительно недостаточного выделения средств для опережающего развития здравоохранения не удалось.

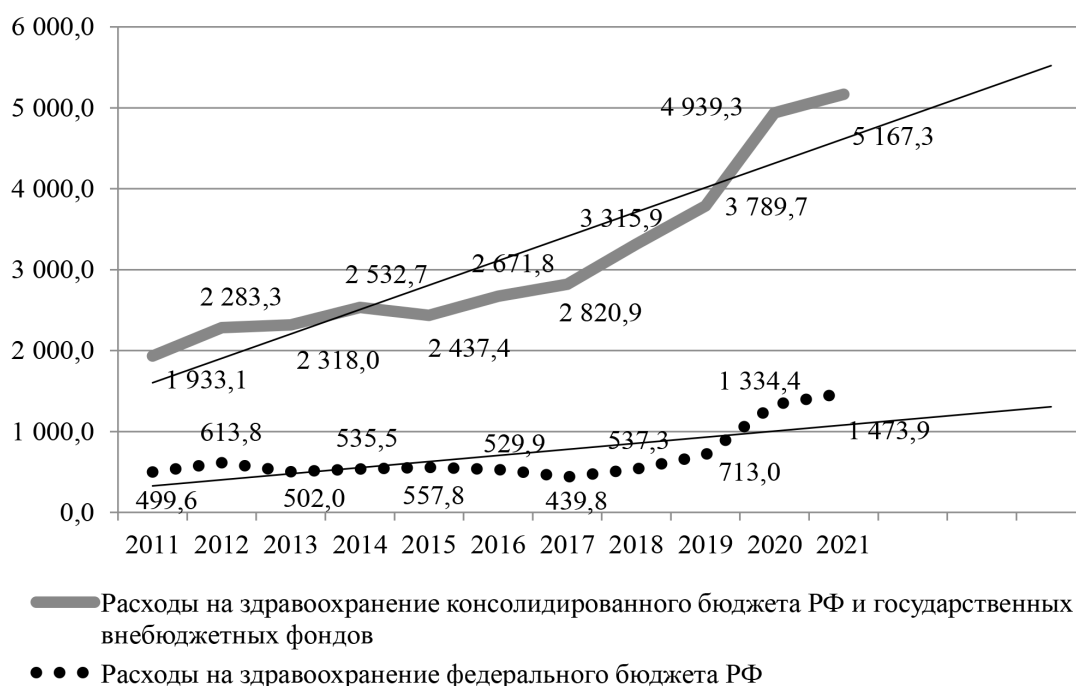


Рис. 3. Динамика государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2011-2021 гг., млрд. руб.

Примечание: составлен автором по данным Федерального казначейства: URL: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzheto/konsolidirovannyj-byudzheto/> (дата обращения: 05.06.2023).

В этом отношении более реальной оказывается оценка, когда экономическая модель здравоохранения признается социально страховой на этапе формирования финансовых ресурсов и гибридной, с сочетанием преимуществ бюджетной и страховой систем, на этапе оплаты медицинских услуг [13].

Наряду с этим необходимо учитывать относительно низкую оценку итогов многолетнего реформирования населением и профессиональным сообществом, что следует рассматривать как фактор воздействия на принимаемые решения. Исследования, проведенные с участием руководства Комитета Государственной Думы по охране здоровья [10], в качестве исходных положений отмечали критическое отношение к рассматриваемым итогам реформирования большинства пациентов и практикующих врачей. По совокупности социологических исследований отмечалось, что почти шестьдесят процентов

россиян не удовлетворены состоянием дел в медицине и более половины дают негативную оценку в целом. При этом выделяется тенденция смещения более качественной медицинской помощи в платные структуры, практически недоступные для большинства граждан, в то время как три четверти населения пользуются услугами государственных поликлиник и больниц. Только около 10-15 процентов населения по различным критериям дают хорошие оценки.

Еще более жесткими оказываются представители медицинского сообщества, среди которого две трети оценивали ситуацию в медицине как плохую и неудовлетворительную. Среди специалистов с большим стажем (более 20 лет) с таким мнением три четверти. При этом основные проблемы специалисты связывают прямо с экономической ситуацией – низкая оплата труда, недостаточное финансирование отрасли и большие нагрузки.

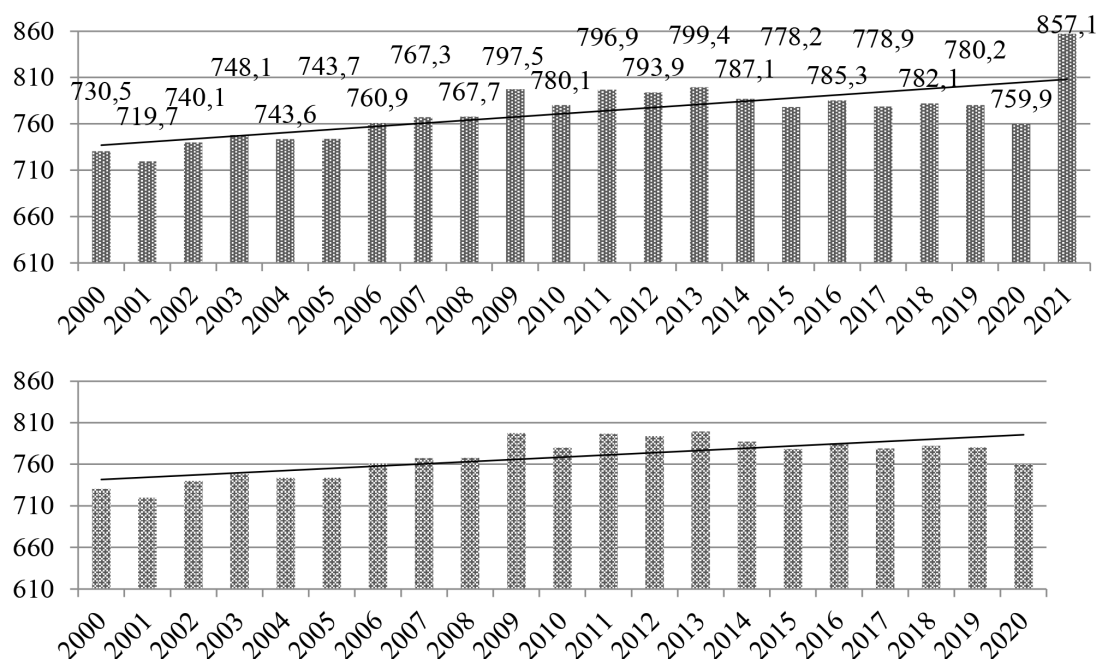


Рис. 4. Динамика заболеваемости населения Российской Федерации по всем видам болезней в 2000 – 2021 гг. в расчете на 1000 человек населения и линейные тренды 2000-2020 и 2021 гг.

Примечание: составлен автором по данным Федеральной службы государственной статистики РФ – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 30.06.2023).

В последние десятилетия реформ российского здравоохранения общая заболеваемость населения имела тенденцию к росту основных показателей (см. рис. 4). При этом относительно резкий рост показателя в последний год практически не отражается на линейном тренде. Данный факт, пусть и косвенно, но является дополнительным подтверждением недостаточной эффективности проводимых мероприятий.

В научной литературе существуют различные оценки чисто экономической неэффективности расходов на здравоохранение в России. В частности приводится со ссылкой на ВОЗ оценка, что от 40 до 60 процентов финансовых вложений оказываются неэффективными. Несмотря на широкое использование этой оценки, каких-либо доказательных аргументов фактически не приводится. Поэтому в данном случае, на наш взгляд, можно ограничиться общим выводом Счетной палаты РФ – «Проведенным

анализом с учетом сводной оценки по критериям эффективности системы ОМС установлено, что российская система ОМС функционирует недостаточно эффективно» [6].

Вышеизложенное дает достаточное основание для вывода о том, что существующие экономические отношения в рамках развития мирового и отечественного здравоохранения и инструменты интеграции ресурсов в определенной мере исчерпали свой потенциал. Давнее противоречие социального содержания и рыночных форм по-прежнему сохраняет свое значение и крайности в подходах. Так в классической теории указывалось, что здоровье, наряду с рядом других социальных характеристик человека, представлено в общественной жизнедеятельности двояко – в качестве цели и средства ее достижения. Поэтому они не имеют адекватных рыночных форм, а, следовательно, не продаются и не покупаются. Т.е., здоровье как бы выведено из сферы коммерции

и торговли. В то же время, поддержка данной характеристики сопряжена с определенными, а порой весьма значительными, затратами, которые естественно становятся прямой составляющей издержек, которые реализуются в практической деятельности людей. В этом случае необходимыми являются рыночные оценки и устремления.

В настоящее время в отмеченном контексте сформировались две противоположные позиции ученых и специалистов. С одной стороны, опираясь, кроме всего прочего, на опыт советской экономики, исходным моментом развития здравоохранения с организационной точки зрения признается недопустимость денежной оценки здоровья и деятельности, связанной с его поддержанием и сохранением. Поэтому изучение проблемы здоровья предусматривается в предметной области медико-биологических и социальных наук.

Вместе с тем, в современных условиях, когда здравоохранение превратилось в один из наиболее значимых секторов национальной экономики и является одним из крупнейших работодателей, его в национальном воспроизводстве стало невозможно рассматривать исключительно посредством медицинских и социальных наук. Поэтому достаточно широко, пусть и не в абсолютном восприятии, но все больше признается за здоровьем статус экономической категории со всеми последующими выводами. В основном это осуществляется не прямым путем, а косвенно через материальные затраты на укрепление, поддержание и восстановление здоровья, что имеет конкретные рыночные ценовые и финансовые характеристики.

В крайней трактовке делается вывод о необходимости профессиональной осведомленности практических врачей в вопросах цен, финансирования, страхования применительно как к государственной, так и к частной медицине. Врач оказывается перед необходимостью наряду с обеспечением качества медицинской помощи учитывать расходы на оказание услуг и обеспечивать эффективнее функционирование организации. При этом про-

блема как системно интегрировать эти два направления, изначально предполагающие острый конфликт интересов, практически не рассматривается.

Наряду с этим, ситуация в части перспектив развития отечественной экономики здравоохранения обостряется по ряду причин, связанных как с формированием новой экономической реальности, так и с объективными демографическими процессами.

В первом случае, речь идет о следующих основных компонентах новой реальности – снижение уровня доверия в международных экономических отношениях по причинам утраты прежней роли золотого стандарта и критическим нарастанием долговых обязательств из-за сжатия резервной роли основных валют. Это обусловило расширение практики использования национальных валют, а также появление альтернативных центров концентрации многосторонних обязательств при децентрализации финансовых отношений с появлением большого количества новых финансовых инструментов.

В такой нормальности резко усилились требования технологического суверенитета, экономической безопасности, укрепления социальной справедливости. Применительно к отечественному здравоохранению в Итоговом аналитическом докладе по результатам прошлогоднего Петербургского международного экономического форума (ПМЭФ-2022) подчеркивалось требование создания основ суверенной медицины.

Во втором случае усиливается воздействие фактора новой мировой демографической реальности. Непосредственно в российских условиях речь идет о необходимости перехода от констатации остроты демографического развития к оценке его социальных и экономических последствий [1].

Именно в последнем контексте на недавнем Петербургском международном экономическом форуме (ПМЭФ-2023) особое внимание было уделено вопросам системного взаимодействия здравоохранения и социальной защиты в связи с явным трендом старения населения и формированием,

так называемой, серебряной экономики. Согласно официальным прогнозам ожидается, что в ближайшее десятилетие доля населения возраста 65 лет и старше превысит уровень в 20 процентов. При этом согласно опросам главная проблема у этого поколения в настоящее время не столько здоровье, сколько бедность и низкие пенсии. Соответственно в части научных исследований ставится вопрос – как отвечать на этот вызов и интегрировано перенастраивать систему здравоохранения и социальную сферу [8].

Поэтому, по нашему мнению, в целом для дальнейшего развития здравоохранения требуется формирование нового пространства экономических отношений. Наиболее адаптивным вариантом, с учетом всех вышеизложенных факторов новой реальности и накопленных противоречий развития здравоохранения, являются теоретические принципы использования концепции безусловного базового дохода.

На принципы безусловного дохода специалисты предлагали выводить сквозную, то есть стратегическую, социальную политику, прежде всего, в образовании и здравоохранении, используя специфические формы его реализации по целевым, потребительским и другим критериям [12].

Дополнительным аргументом становятся возможности его реализации с использованием цифровых технологий. Отчасти на этот момент уже обращалось внимание в научной литературе при рассмотрении проблем функционирования человеческого капитала в новых условиях [3]. и вопросов перспективного развития системы образования [11].

Многовековая идея базового дохода только в настоящее время, благодаря цифровым финансовым технологиям, обретает практически реальные контуры. Прежде всего, по причинам выхода его содержания на новый уровень, когда невозможно оперировать исключительно простыми прямыми выплатами денежных средств. Идея расширяется возможностями при безусловном выделении средств их эффективным целевым использованием в условиях децентрализуемых

финансов и формируемой суверенной медицины.

Практические преимущества отмеченного подхода к безусловному доходу с позиций развития социальной сферы вообще и здравоохранения в частности, потенциально превышают существующие ныне опасения его использования по причинам экономических мотиваций и возможного противоречия с налоговыми системами [2].

Так, например, при интеграции ресурсов здравоохранения и принципов безусловного базового дохода более 70 процентов современных расходов на здравоохранение в РФ (см. табл. 1) могут перейти к населению как главному их распорядителю. Это на практике реально новые экономические отношения в отрасли и социальной сфере.

Выводы

Таким образом, в развитии здравоохранения сформировалась потребность нового интегрирующего подхода в ресурсном обеспечении, который потенциально реализуется в безусловном доходе и его целевом предназначении для формирования соответствующих экономических отношений. Для этого сложились как необходимые (требования новой реальности, нехватка ресурсов и демографические процессы), так и достаточные (цифровые технологии и требования суверенизации медицины) предпосылки. Возможности непосредственного контроля граждан над потоками практически всех ресурсов отрасли приведет к новому состоянию дел в области оптимизации расходов на здравоохранение и повышению эффективности их использования.

Прежде всего, это отразится на состоянии противоречивого соотношения спроса и предложения на медицинские услуги и их фактическом предоставлении населению, что на сегодняшний день является острой проблемой развития здравоохранения. Соответственно сформируются новые экономические отношения между всеми участниками рассматриваемых процессов в отрасли.

Библиографический список

1. Вишневский А.Г., Елизаров В.В., Мкртчян Н.В. Демографическое настоящее и демографическое будущее России. М., 2020. 66 с.
2. Капелюшников Р.И. Универсальный базовый доход: есть ли у него будущее? М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. (Серия WP3 «Проблемы рынка труда»). 52 с.
3. Касаева Т.В. Ресурс здоровья в функционировании человеческого капитала: теория и практика. Пятигорск: ГОУ ВПО ПГЛУ, 2010. 198 с.
4. Национальные проекты: ключевые цели и ожидаемые результаты. Правительство России, 2019 [Электронный ресурс]. URL: <http://static.government.ru/media/files/p7nn2CS0pVhvQ98OOwAt2dzCIAietQih.pdf> (дата обращения 25.05.2023).
5. Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге 2021 г. Резюме. Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк. 2022. 11 с. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/data/monitoring-universal-health-coverage> (дата обращения: 28.06.2023).
6. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 30 марта 2021 года. М.: Счетная палата Российской Федерации, 2021. 57 с.
7. Перхов В.И., Люцко В.В. Макроэкономические расходы на здравоохранение в России и за рубежом // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 2. С. 334-344.
8. ПМЭФ-2023. Пространство «Здоровое общество». Старение населения как один из ключевых вызовов национальной системы здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://forumspb.com/programme/healthy-life/105457/> (дата обращения: 29.06.2023).
9. Подольский В.А. Социальное государство в Великобритании: формирование и функционирование // Государственное управление. Электронный вестник. 2022. Вып. № 90. С. 183-197. DOI: 10.24412/2070-1381-2022-90-183-197.
10. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. М.: Издание Государственной Думы, 2019. 80 с.
11. Татуев А.А., Лебедев А.В. Экономика знаний – ориентир для реформы системы высшего образования // Финансы и кредит. 2010. № 29 (413). С. 59-63.
12. Татуев А.А., Починков Н.Б. Сфера услуг: грядущие системные вызовы // Социальная политика и социология. 2021. Т. 20, № 1 (138). С. 22-34. DOI: 10.17922/2071-3665-2021-20-1-22-34.
13. Шишкин С.В. Является ли страховой российской системой обязательного медицинского страхования? // Вопросы экономики. 2022. № 8. С. 32-47.
14. Effective Health System Governance for Universal Health Coverage UHC [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1 (дата обращения: 07.06.2023).
15. Strategizing national health in the 21st century: a handbook, 2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/strategizing-national-health-in-the-21st-century-a-handbook> (дата обращения: 15.06.2023).