нейшего развития производительных сил и повышения степени обобществления сельскохозяйственного производства.

Исходным пунктом процесса обобществления в сельском хозяйстве следует считать национализацию земли, которая привела к установлению общественной формы собственности на нее. В свою очередь, обобществление земли объективно порождает необходимость обобществления и самого труда. На первых этапах развития сельскохозяйственной кооперации общественный характер производства обусловлен участием многих лиц в совместном процессе труда. Реальный общественный характер средства производства приобретают лишь тогда, когда материально-техническая природа исключает их потребление отдельными изолированными производителями. Зрелость обобществления определяется как материально-техническими условиями производства, так и степенью развитости производственных отношений.

Обобществление охватывает, без сомнения, весь воспроизводственный процесс. Но уровень его далеко не одинаков в производственной сфере и сфере распределения, обмена и потребления. При достаточно развитом общественном характере производства, проявляющемся в концентрации и специализации, кооперировании и комбинировании, интеграции производственных процессов, не всегда наблюдается адекватное соответствие обобществления в других воспроизводственных фазах. Поэтому одной из важных социально-экономических проблем развития обобществления является установление одинакового уровня на всех воспроизводственных стадиях. Это значит, что процесс обобществления должен совершенствоваться комплексно. Так, например, коллективные формы оплаты и стимулирования труда являются прогрессивным направлением для дальнейшего повышения обобществления производства. Процессы обобществления в области отношений распределения, обмена и потребления являются не только зеркальным отражением данного процесса в производстве, но и стимулами развития последнего. Неодинаковый же уровень обобществления в различных производственных звеньях ведет к формированию обособленности предприятий, противопоставлению их интересов.

Особенности сельского хозяйства как отрасли народного хозяйства необходимо учитывать в современных условиях, когда осуществляются структурная перестройка экономики, переход предприятий на полный хозяйственный расчет, самокупаемость и самофинансирование производства, формируются новые организационные формы производства.

¹ Ленин В. И. Полн. собр. соч. Т. 1. С. 177.

² Там же. С. 328.

³ Там же. Т. 27. С. 425.

⁴ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 24. С. 273.

⁵ Ленин В. И. Полн. собр. соч. Т. 44. С. 9.

Л. П. ЕРМАЛОВИЧ, М. Л. ФИРИСАНОВА
**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Здоровье населения — одна из важнейших социальных проблем любого государства. От уровня работы по поддержанию здоровья трудящихся, профилактики заболеваний зависят успехи и неудачи в экономике, науке и культуре. КПСС всегда уделяла проблемам здравоохранения пристальное внимание. Новые перспективы развития здравоохранения открыл XXVII съезд КПСС. Решения съезда нацеливают на последовательное сокращение тяжелого физического и малоквалифицированного труда, на улучшение санитарно-гигиенических условий и техники безопасности, на ускоренное обновление производственного аппарата, механизацию, автоматизацию и электронизацию производства. Ставится задача достигнуть к 2000 году научно обоснованных норм рационального потребления, обеспечить практически каждую семью отдельной квартирой. Охране и укреплению здоровья служат и экономические мероприятия, направленные на оздоровление природы. Социальная политика партии в области здравоохранения находит конкретное выражение в переходе к диспансеризации населения, имеющей конечной целью создание единой диспансерной системы здравоохранения и осуществление широких мер медицинской и социальной профилактики.

Характеризуя экономическую роль здравоохранения, К. Маркс подчерки-

вал, что «труд врача и учителя не создает непосредственно фонда, из которого они оплачиваются, хотя их труд входит в издержки производства того фонда, который вообще создает все стоимости, а именно в издержки производства рабочей силы»¹. На современном этапе в связи со все возрастающей индустриализацией производства услуг, ростом его фондовооруженности стираются социально-экономические границы между сферой материального производства и сферой производства услуг.

Совершенствование здравоохранения является одним из условий ускорения социально-экономического развития социалистического общества. Интенсификация производства, изменение характера труда в сторону его большей автоматизации предъявляют повышенные требования к физическим и нервно-психическим ресурсам человека. В этих условиях затраты на здравоохранение являются частью общих издержек, которые общество должно нести, чтобы производить больше потребительных стоимостей.

Большое значение для совершенствования системы здравоохранения имеет использование общественных фондов потребления. Назначение общественных фондов потребления состоит в решении с их помощью социально-экономических задач: участие в обеспечении расширенного воспроизводства рабочей силы и содержание нетрудоспособных членов общества. Осуществление этих задач возможно лишь на общегосударственной основе, за счет общегосударственных ресурсов и под общегосударственным контролем. Общественные фонды потребления (в части фонда для совместного потребления) как особое экономическое явление существуют в платной и бесплатной формах.

Расширение бесплатных услуг должно происходить по мере общего подъема производства материальных и нематериальных благ. Вместе с тем формы предоставления личных услуг во многом зависят от уровня общественного сознания, конкретных целей социально-экономической политики государства, а также от традиций. В этой связи реальные условия, в которых наша страна приступает к решительному ускорению социально-экономического развития, позволяют объяснить необходимость создания в предстоящие годы разветвленной сети платных услуг, в том числе на основе использования индивидуального труда. У отраслей бесплатного обслуживания складываются с бюджетом односторонние связи: бюджет финансирует деятельность этих отраслей, не пополняя за их счет свои доходы. Такой характер взаимоотношений сдерживает развитие бесплатных отраслей. Этим и объясняется «остаточный» принцип выделения средств на развитие нематериальной сферы, в том числе здравоохранения.

В настоящее время на здравоохранение расходуется около 15 % ресурсов, распределяемых через общественные фонды потребления. Из них 90,8 % идет на содержание лечебно-профилактических учреждений, причем большая часть затрачивается на учреждения, оказывающие лечебную помощь². Растут вложения в здравоохранение. Так, за 1960—1986 годы выплаты и льготы из общественных фондов потребления Белорусской ССР выросли с 774 до 5326 млн. руб., в том числе расходы на здравоохранение и физическую культуру со 159 до 701 млн. руб.³ Каждый год система здравоохранения пополняется тысячами новых медицинских работников, открываются тысячи новых больниц, поликлиник. И в то же время государство от временной или постоянной нетрудоспособности работающих несет огромные потери — почти треть бюджета, или 90 млрд. руб.⁴ В связи с заболеванием и уходом за больными детьми ежедневно не выходит на работу около 4 млн. человек. Ежегодно из-за болезней теряется более миллиарда рабочих дней. В 1985 году в стране выплачено пособий по временной нетрудоспособности на сумму 7,3 млрд. руб., т. е. почти 1,3 % национального дохода. Потери рабочего времени в связи с временной нетрудоспособностью в 8—10 раз превышают непроизводительные потери из-за простоев, прогулов, невыхода на работу с разрешения администрации⁵. Результат этих потерь — недопроизводство национального дохода.

Проблемы совершенствования здравоохранения одними призывами не решить. Надо искать пути, которые помогут вскрыть все имеющиеся резервы. И выход здесь в том, чтобы перейти от административных методов хозяйствования к экономическим. Это означает расширение применения бюджетного хозрасчетного финансирования. Примером может служить деятельность МНТК «Микрохирургия глаза». Объем доходов МНТК устанавливается, исходя из норматива затрат на одного больного, прошедшего курс лечения. Расчетный показатель — количество офтальмологических операций различной степени сложности, выполненных с применением поточной технологии. Определены категории сложности операций и соответственно опла-

ты. МНТК получил твердый государственный заказ на 1987 год — выполнить 37 тыс. операций, что позволило бы получить доход в сумме 9235,8 тыс. руб. Фактически за год было выполнено 44,6 тыс. операций. Примененный в медицине хозрасчет дал убедительный конечный результат: вылечено значительно больше, чем планировалось пациентов меньшим количеством персонала, фонд зарплат увеличился, производительность труда росла опережающими темпами.

Экономические методы управления здравоохранения связаны также с привлечением в него средств населения. Советское здравоохранение пока не может охватить бесплатными услугами все потребности человека, связанные с сохранением его здоровья. Активное привлечение денежных средств населения позволит в большей мере удовлетворить спрос на медицинскую помощь повышенного качества, мобилизовать дополнительные ресурсы на модернизацию и развитие здравоохранения. Проблема платности медицинской помощи дискуссионна. Возникает вопрос: «Нравственно ли зарабатывать деньги на несчастье?» Анализ использования заработанных средств показывает, что большая их часть расходуется на заработную плату врачам, среднему и младшему медперсоналу, на закупку современного медицинского оборудования, а также на ремонт помещений, содержание транспорта. Значит, все заработанные средства используются на расширенное воспроизводство доброкачественных медицинских услуг.

Безусловно, одной из важнейших социальных гарантий социализма является бесплатность здравоохранения, но в то же время вопрос о платности снимать пока рано. Конечно, когда речь идет о лечении в больницах, о хирургическом вмешательстве, что является дорогостоящей услугой, то только государство может оплатить эти расходы (например, стоимость одной операции на сердце — 3500 руб.). Но когда речь идет о повышенном комфорте медицинского обслуживания, и у больного есть для этого средства, то почему бы его не предоставить. При этом, разумеется, основной, гарантированной остается бесплатная медицинская помощь.

В настоящее время хозрасчетные подразделения в здравоохранении еще не получили широкого распространения, хотя они являются одним из важных резервов по более полному удовлетворению потребностей в медицинских услугах. Одной из популярных форм хозрасчета в здравоохранении становится бригадная форма организации и оплаты труда. Она позволяет, во-первых, улучшить качество обслуживания меньшим числом младшего медицинского персонала, во-вторых, решить саму проблему нехватки этого персонала. Члены бригады выполняют дополнительный объем работы и доплату распределяют между собой, с учетом коэффициента трудового участия каждого члена бригады.

Большую роль в совершенствовании здравоохранения может сыграть и расширение самостоятельности руководителей медицинских учреждений в использовании денежных средств, что также является своеобразным принципом хозрасчета. Стоит также шире использовать и такой источник финансирования здравоохранения, как средства хозрасчетных промышленных, торговых и иных предприятий. Каждое предприятие должно быть заинтересованным в снижении заболеваемости своих работников и нести ответственность за состояние их здоровья. Если каждое предприятие будет выделять часть собственных средств специально на эти нужды, привлекать средства фонда социально-культурного развития на улучшение условий труда и быта своих работников, то, безусловно, улучшатся и его экономические показатели. Правда, не каждое предприятие в состоянии выделять достаточные средства на здравоохранение, поэтому ставится вопрос о централизации денежных средств в руках местных Советов, т. е. о создании территориального фонда.

Говоря о переходе на экономические методы управления отраслью, нельзя не коснуться вопроса оценки деятельности учреждений здравоохранения, т. е. показателей их работы. В практике здравоохранения получила широкое распространение ориентация на количество принятых больных, а не на качество оказываемых медицинских услуг. Финансирование по «числу коек» также не стимулирует эффективное использование стационара, увеличивает сроки пребывания в больнице. Уменьшения сроков обследования и своевременной выписки из стационара можно добиться, если в основу оценки положить не «койко-день», а количество госпитализированных и вылеченных за месяц больных. Финансирование медучреждения также должно зависеть от этого показателя, что позволит экономно расходовать выделенные средства и материально стимулировать работу медицинского персонала.

В оценке деятельности врача должен быть выход на конечный результат — качественно вылеченный больной. Когда применяется такой критерий оценки деятельности врача, то улучшается деятельность и всего лечебного учреждения. Так, в Минской клинической больнице № 5 с апреля 1982 года была изменена система планирования показателей использования коечного фонда. В основу учета показателей здесь положили: оборот койки; число госпитализированных; среднее число дней занятости койки в год; число «койко-дней» на плановый период. Финансирование, т. е. расходы планировались не на «койко-день, а на больного, что позволило обеспечить лекарствами всех пациентов. Медицинский персонал получал доплату в размере 10—20 % месячного должностного оклада, если увеличивался оборот коек. В результате применения новой системы планирования длительность лечения в больнице № 5 к 1984 году по сравнению с 1981 сократилась на 10,6 %, а в других больницах города за это время — всего лишь на 2,3 %.

При введении этой системы показателей очень важно обеспечить четкий контроль за качеством лечения. Если же больные поступают в лечебное учреждение повторно, то это должно отражаться на заработной плате медицинских работников, ибо первичное лечение было проведено некачественно.

Перевод здравоохранения на хозрасчет преследует цель создать действенные стимулы для развития отрасли и в конечном счете эффективно увеличивать основное богатство социалистического общества — здоровье человека.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 26. Ч. 1. С. 150.

² См.: Общественные науки и здравоохранение. М., 1987. С. 114.

³ См.: Народное хозяйство Белорусской ССР в 1986 г. Минск, 1987. С. 169.

⁴ См.: Аргументы и факты. 1987. № 9. С. 6.

⁵ См.: Царегородцев Г. И. Социальные условия и здоровье населения // Советское здравоохранение. 1987. № 11. С. 4.