

Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Экономическая безопасность здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. – № 6. - С.23-32.

Развитие экономики под воздействием рыночных механизмов обусловило появление новой самостоятельной функции государства – защита экономической безопасности.

Понятие экономической безопасности обычно относится к стране в целом как часть национальной безопасности. Экономическая безопасность страны объединяет совокупность условий и факторов, обеспечивающих независимость национальной экономики, ее устойчивость и способность к обновлению и самосовершенствованию (1). Она более уязвима в переходный период и в период кризисов, чем в период стабильности.

Как известно, страну в целом представляют государство и общество. В свою очередь, общество складывается из производителей и потребителей товаров, работ, услуг. Именно товарообмен, происходящий в обществе, представляет собой экономику страны. Государство также участвует в таком товарообмене, покупая товары, работы, услуги для своих нужд или оплачивая их в пользу общества.

В рамках экономической безопасности страны можно условно выделить экономическую безопасность государства (и муниципальных образований) и экономическую безопасность общества, территориальную (зональную, региональную, локальную) экономическую безопасность, безопасность экономики различного уровня – макро- (страны), мезо- (рынка или совокупности рынков) и микро- (хозяйствующих субъектов) и т.д. В любом случае объектом экономической безопасности (и исследования ее состояния) на соответствующем уровне являются экономические отношения, т.е. кругооборот доходов и расходов, продукции и экономических ресурсов, включая производственные фонды, инфраструктуру, которая формирует среду жизнедеятельности общества, и потенциал развития.

Лишь единичные работы посвящены экономической безопасности отдельной отрасли народного хозяйства (2), и только производственной отрасли – туристической индустрии. Так, исследованы виды и составляющие безопасности; варианты проявления факторов риска в их пороговых значениях в различных аспектах отношений государства, представителей туристического бизнеса, общества и личности.

Важнейшей проблемой характеристики экономической безопасности является определение ее основных критериев. Критерии как признаки, на основании которых производится соответствующая оценка, определение, классификация, отражают ценностные ориентиры различения альтернатив, объектов и их характеристик.

Критерием экономической безопасности может быть минимум совокупного ущерба экономическим отношениям и интересам их участников.

Критерием экономической безопасности является такой признак состояния экономических отношений, по которому производится ее оценка по соответствующим показателям.

Показатель – это доступная наблюдению и измерению характеристика изучаемого объекта, указатель хода процесса или состояния объекта наблюдения в виде качественных или количественных характеристик, а применительно к экономической безопасности – ориентирующий экономический показатель, измеритель, позволяющий в определенной степени предвидеть, в каком направлении следует ожидать развития экономических процессов.

Основными могут являться следующие показатели экономической безопасности государства: потребление важнейших видов продовольствия; обеспеченность товарами длительного пользования; динамика производства; состояние финансово-бюджетной и кредитной системы; дефицит бюджета; обеспеченность финансовыми ресурсами важнейших государственных нужд, расчетная дисциплина; государственный внутренний и внешний долг; встроенность в мировую экономику; доля иностранной собственности в национальном богатстве; развитость рыночных структур; структура собственности, степень завершенности процесса передела национального имущества, доля собственников в общей численности населения; активность населения; криминогенная обстановка (4).

Для экономической безопасности важное значение имеют не сами показатели, а их пороговые значения, т.е. предельные величины, отклонение значений которых свидетельствует о препятствиях нормальному ходу развития различных элементов воспроизводства, о формировании негативных, разрушительных, деградационных тенденций. Такие показатели в пороговых значениях служат индикаторами экономической безопасности.

Анализ экономической безопасности объекта должен опираться на набор индикаторов, который позволит выявить и оценить грядущие угрозы, а также реализовать необходимый комплекс программно-целевых мер по снижению их уровня.

Угроза – это возможная опасность или опасность на стадии перехода из возможности в действительность. Это категория рисков. Те или иные факторы риска могут проявиться или не проявиться реализацией соответствующей угрозы, обладая свойствами случайности и вероятности.

Экономической безопасности страны в целом свойственен следующий ряд основных внутренних угроз (3): все большее сосредоточение национальных богатств в собственности криминалитета; усиление криминализации различных секторов рынка; близкое к криминальному искажение процессов приватизации с противоправным участием должностных лиц; мошенничество в кредитно-финансовой сфере; просчеты в управлении государственной собственностью; непоследовательный и противоречивый характер налоговой политики государства; коммерциализация средств массовой информации на фоне слабого законодательного обеспечения; противоречивость и уязвимость законодательной базы, создающие трудности даже для юристов-профессионалов; отсутствие надлежащей уголовно-правовой защиты правомерного предпринимательства; расширение криминального бизнеса; нестабильность в правовой и правоохранительной

сферах; коррупция и организованная преступность; недостаточная роль государства в защите интересов субъектов экономики.

Существуют внешние экономические факторы, совокупное действие которых формирует один из фундаментальных источников угроз экономической безопасности страны (3): значительная внешняя задолженность, отсутствие целостной нормативной базы регулирования экономической деятельности, зависимость от импорта, неразвитость инфраструктуры поддержки отечественного экспорта, утрата освоенных рынков сбыта, утечка интеллектуальной собственности и кадров за рубеж, вывоз за рубеж валюты и сырья и др.

По приведенному множеству показателей требуется проведение анализа состояния объекта (ранжирование), балльная оценка "узких" мест и влияющих факторов, разработка сценариев выхода из ситуаций проявления угроз в зависимости от избранного подхода с оценкой рисков и использованием компенсационных ресурсов и всего компенсационного потенциала в целом.

Экономическая безопасность социальной сферы в целом и здравоохранения в частности ранее не была предметом исследований. Это объясняется традиционным отнесением социальной сферы к числу непроизводственных и ее бюджетным устройством. В той мере, в какой социальная сфера была ограждена от экономики, вопрос ее экономической безопасности не стоял постольку, поскольку был частью вопроса экономической безопасности государства.

В современных условиях в той мере, в какой в социальной сфере стали реализовываться услуги, она перестала быть непроизводственной. Там, где существует выпуск и оплата продукции (услуг), товарообмен, есть экономика, рынки, продавцы и покупатели.

В социальной сфере в целом и в здравоохранении в частности сходятся интересы равно государства как плательщика в пользу общества, потребителей и товаропроизводителей. Тем самым это и вопрос экономической безопасности государства и муниципальных образований, и экономической безопасности общества, и территориальной экономической безопасности, и безопасности макро-, мезо- и микроэкономики в социальной сфере.

Экономическая безопасность здравоохранения как часть экономической безопасности социальной сферы нуждается в иных подходах к изучению и организации, чем туристическая или иная индустрия как часть реальной экономики, свободной от интересов государства в качестве плательщика в пользу общества. А специфика здравоохранения предъявляет особые требования к экономической безопасности отрасли, дополнительные к таковым, общим для социальной сферы в целом.

Объектом экономической безопасности здравоохранения является кругооборот доходов и расходов, продукции и экономических ресурсов, включая производственные мощности, инфраструктуру потребительской среды и потенциал развития экономических отношений в отрасли.

В той мере, в какой социальный эффект (здоровье граждан) является следствием экономической деятельности товаропроизводителей в здравоохранении, критерием экономической безопасности отрасли является, во-первых, минимум ущерба товаропроизводителям, потребителям и плательщику в их пользу – государству; во-вторых, максимум социальной эффективности экономической деятельности товаропроизводителей; в-третьих, максимум экономической эффективности каждой единицы отдачи на каждую единицу вложений.

Показатели, характеризующие экономическую безопасность здравоохранения и тенденции ее изменения, условно можно разделить на три группы.

Показатели первой группы могут использоваться для оценки текущего состояния экономического потенциала отрасли и происходящих кратко- и среднесрочных процессов.

Показатели второй группы направлены на выявление и ранжирование долговременных факторов дестабилизации экономики здравоохранения.

Наконец, показатели третьей группы должны характеризовать состояние наличных отраслевых потенциалов предупреждения и компенсации ущерба.

Для определения пороговых значений этих показателей (индикаторов) применительно к экономической безопасности здравоохранения необходимо выяснить основные условия функционирования экономической системы отрасли и наиболее важные характеризующие их показатели; факторы ее дестабилизации; возможности проявления различных угроз и пути их предотвращения и поддержания стабильности.

Таким образом, теория экономической безопасности в масштабах страны уже достаточно проработана и вполне применима к отдельной отрасли равно реальной экономики и социальной сферы. Однако, во-первых, между отраслями реальной экономики и отраслями социальной сферы существуют значимые различия, проявляющиеся в содержании их экономической безопасности. Во-вторых, велика специфика отраслей социальной сферы, сказывающаяся различиями в функциональной организации их экономической безопасности. В-третьих, рыночно-бюджетная двойственность отраслей социальной сферы предопределяет структурную неоднородность организации их экономической безопасности.

Все это воплощается в экономической безопасности здравоохранения.

1. Содержание экономической безопасности здравоохранения.

Экономическая безопасность здравоохранения складывается из экономической безопасности государства, общества и личности, товаропроизводителей в здравоохранении.

1.1. Экономическая безопасность государства в здравоохранении.

Экономическую безопасность государства в здравоохранении определяют его интересы в экономических отношениях в отрасли.

Поскольку в настоящее время в части финансирования государством здравоохранение относится к бюджетной сфере, постольку в этой части оно представлено и финансовыми институтами (обязательного медицинского

страхования, ОМС), и институтами практического здравоохранения (учреждениями здравоохранения) в неразрывной связи с публичными институтами (органами управления здравоохранением). И плательщиком (в лице фондов ОМС), и получателем (в лице учреждений здравоохранения) является государство, которому принадлежат как такие финансовые средства, так и сами эти институты. Распределение в бюджетном процессе этих средств между получателями в рамках единой принадлежности не формирует кругооборот доходов и расходов, продукции и экономических ресурсов, т.е. объект экономической безопасности. Подобное распределение не обеспечивает экономичность затрат и соответствие вложений получаемой отдаче, как в случае эквивалентного товарообмена.

Что же касается частной медицины, то в экономических отношениях на рынке интересы государства в качестве плательщика не представлены. Между тем именно в этих отношениях складывается кругооборот доходов и расходов, продукции и экономических ресурсов, т.е. объект экономической безопасности.

Но выступая в качестве плательщика в пользу граждан, государство получает дополнительный инструмент регулирования – финансовый. Управляя потоками финансирования, государство имеет возможность привлечения товаропроизводителей туда, где по тем или иным причинам обнаружился дефицит в тех или иных медицинских услугах. Тем самым функция плательщика в пользу общества порождает дополнительную функцию государства – финансового регулирования, которую оно в настоящее время неосновательно не использует на рынке и не может использовать в бюджетном процессе в здравоохранении.

Поскольку государство на рынке в отрасли осуществляет лишь нормативно-регулятивную и надзорно-контрольную, но не финансово-регулятивную функцию, постольку этот рынок предоставлен такой самоорганизации, которая ориентирована исключительно на извлечение прибыли безотносительно социального эффекта, который должна породить экономическая деятельность в здравоохранении. Иными словами, складывается ситуация такого перекоса в рыночных экономических отношениях в отрасли, при котором товаропроизводители лишены стимулов заботиться об эквиваленте стоимости своей продукции требуемой плате за нее – в финансовом предоставлении они заинтересованы больше, чем во встречном фактическом, из-за чего такой товарообмен также лишен свойств подлежащего защите объекта экономической безопасности здравоохранения. По существу, это деятельность по взиманию платежей, не обеспеченных встречным товарным эквивалентом.

Отсюда следует, что интересы государства в здравоохранении состоят в экономичности затрат казны, в соответствии делаемых финансовых вложений получаемой отдаче, в обусловленности экономической деятельности в отрасли достижением социального эффекта. Именно при таких условиях экономические отношения подлежат защите в качестве объекта экономической безопасности здравоохранения.

Но тогда нетоварная организация здравоохранения (существующее государственное и муниципальное здравоохранение), как и не обеспечиваемая встречным товарным эквивалентом деятельность по взиманию платежей (нынешняя частная медицина), являются угрозой экономической безопасности здравоохранения.

Мерой преодоления такой угрозы является освоение государством функции финансового регулирования, т.е. такого управления средствами финансирования здравоохранения, которое нацелено на достижение заранее запланированной отдачи от их размещения в экономике отрасли – экономически-эквивалентной и причинно-следственно ориентированной на получение соответствующего социального эффекта.

Поскольку государство осуществляет функцию финансового регулирования в здравоохранении одновременно с функцией плательщика в пользу общества, постольку его интересам в минимизации затрат сопутствует необходимость удовлетворить интересы товаропроизводителей в отрасли.

Без удовлетворения интересов товаропроизводителей в рентабельности производства, в расширенном воспроизводстве экономическая эффективность, имеющая следствием социальный эффект, невозможна. Поэтому государство вынуждено обеспечить удовлетворение этих интересов – это его пассивная цель.

Вместе с тем активная цель государства заключается в минимизации собственных затрат на оплату медицинских услуг. Единственным способом сделать такие платежи экономичными является влияние на сокращение издержек товаропроизводителей, себестоимости оказываемых ими гражданам и оплачиваемых за счет казны медицинских услуг – тогда их цена становится управляемой, а неосновательное увеличение в ней добавленной стоимости – легко устанавливаемым.

Тем самым наряду с функциями плательщика в пользу граждан и финансового регулирования в здравоохранении государство приобретает функцию сокращающего влияния на себестоимость оплачиваемых за счет казны медицинских услуг.

Таким образом, экономическая безопасность государства в здравоохранении состоит в обеспечении устойчивости осуществления им функций плательщика в пользу граждан, финансового регулирования в отрасли и сокращающего влияния на себестоимость оплачиваемых за счет казны медицинских услуг.

1.2. Экономическая безопасность общества и личности в здравоохранении.

Интересы общества и личности в здравоохранении – это не интересы государства в отношении «здоровья населения». Здоровье граждан – это не «общественное здоровье». Здоровье каждого является объектом его прав, а не объектом управления, распоряжения или дозволения со стороны государства, структур здравоохранения и (или) обязательного медицинского страхования. Общественное здоровье составляет совокупность индивидуального здоровья обладателей прав на него.

Каждый сам распоряжается своим здоровьем и не вправе делегировать полномочия в отношении своего здоровья кому бы то ни было, в том числе плательщику за оказываемые медицинские услуги или органам управления здравоохранением, в том числе органам надзора. Общественное здоровье является совокупной частноправовой, а не публично-правовой категорией. Плательщик за оказываемые гражданам медицинские услуги или органы управления здравоохранением, в том числе органы надзора, а также учреждения здравоохранения не вправе присваивать какие бы то ни было полномочия в отношении здоровья граждан, даже руководствуясь насущной необходимостью или текущей целесообразностью.

Это право граждан, защищаемое правовыми средствами (ст.430 в контексте ст.150 ГК РФ), в том числе в порядке интеграции в экономические отношения возмездного оказания услуг (ст.779 ГК РФ), не обеспечивается средствами организации здравоохранения. В настоящее время пациент (гражданин, потребитель) находится вне механизма оплаты оказываемых ему и оплачиваемых за счет средств казны медицинских услуг. В таких обстоятельствах исполнитель медицинских услуг (учреждения здравоохранения) ориентирован на требования плательщика (государства), но не на потребности – и уж тем более не на изъявление воли – пациента.

Пациент как обладатель неэкономических интересов, чтобы иметь возможность их удовлетворить, никак не интегрирован в экономические отношения по поводу своего собственного здоровья. Его права и свободы поставляются в зависимость от того, как складываются отношения между плательщиком и исполнителем медицинских услуг. Отсюда, например, происходит отсутствие у пациента возможности получить медицинские услуги там, где он хочет, а не там, куда его относит принцип участковости или ареал действия страховой медицинской организации.

Учреждения здравоохранения объективно заинтересованы не в том, чтобы удовлетворить потребности пациента, а в том, чтобы больше получить, даже в ущерб этим потребностям. Отсюда происходят, например, повсеместные приписки в существующей системе обязательного медицинского страхования. Отсюда и множась случаи отказа в медицинской помощи или ее оказания в недостаточном объеме в учреждениях здравоохранения – «нам за это не платят!».

Отсюда угрозой экономической безопасности здравоохранения является сохранение существующей схемы исключения граждан из механизма оплаты за счет средств казны оказываемых им медицинских услуг, и лишь включение пациента в механизм оплаты этих услуг ставит его в положение участника экономических отношений, защищаемых государством в рамках экономической безопасности здравоохранения.

Это возможно, во-первых, только если носителем платежей за счет средств казны в свою пользу является сам пациент; во-вторых, если он свободен в обращении в любые медицинские организации, а не только в учреждения здравоохранения; в-третьих, если платежи производятся по мере

возникновения его потребности, а не по мере их прохождения в бюджетном процессе плательщика (государства).

Мерой преодоления такой угрозы является, во-первых, наделение граждан платежным документом, единым на всей территории страны, которым они вправе расплачиваться в медицинских организациях за оказываемые им за счет средств казны медицинские услуги. Во-вторых, такой мерой является вынесение механизма оплаты медицинских услуг за пределы бюджетного процесса в сферу частноправовых отношений – это придает платежному механизму государства в пользу общества необходимую мобильность, устраняя неспешность бюджетного прохождения подобных платежей. В-третьих, такой мерой является создание принадлежащего государству банка, аккумулирующего средства казны на эти цели, специализирующегося на такого рода платежах и производящего их медицинским организациям по обращениям граждан на основании соответствующего платежного документа.

Тем самым достигается решение многоплановой задачи приобщения общества к участию в экономических отношениях в его пользу государства с товаропроизводителями в здравоохранении.

Таким образом, экономическая безопасность общества и личности в здравоохранении заключается в создании и сохранении устойчивости механизмов интеграции граждан в экономические отношения по поводу их индивидуального здоровья.

1.3. Экономическая безопасность товаропроизводителей в здравоохранении.

Товаропроизводители в здравоохранении являются теми, кто производит материальные блага, создание которых оплачивается за счет средств казны и которые потребляются гражданами. Такими материальными благами являются товары, работы, услуги медицинского назначения. Способность товаропроизводителей создавать и отчуждать в порядке товарообмена материальные блага в отрасли является условием существования экономики здравоохранения.

В отсутствие у субъектов медицинской деятельности способности к товарообмену они не являются товаропроизводителями. Так, не являются товаропроизводителями практически медицинские работники как не имеющие статуса хозяйствующего субъекта и лишенные легальной возможности взимать плату за предоставления (услугами также не являющиеся). Не являются товаропроизводителями бюджетные учреждения здравоохранения, производящие медицинские услуги, но не отчуждающие их, поскольку товарообмена не происходит, если и плательщиком за них, и собственником самих учреждений здравоохранения выступает государство.

Категорирование субъектов экономической деятельности и их соотношение в отрасли, структура экономики здравоохранения достаточно подробно раскрыты ранее (5).

Учреждения здравоохранения в настоящее время в качестве потребителей средств казны подменяют граждан, не становясь получателями этих средств в качестве товаропроизводителей – в обмен на создаваемую продукцию.

Продукция (медицинские услуги) создается учреждениями здравоохранения (включая ценообразование) в административном режиме, а ее оплата производится в квази-частнопровом режиме (в порядке обязательного медицинского страхования). В результате учреждения здравоохранения не зарабатывают, а приходят нормированные поступления из бюджетно-внебюджетных источников по статьям доходов, и нормировано их распределяют по статьям расходов. Отсутствие товарообмена сказывается отсутствием необходимости у учреждений здравоохранения расходы строить по доходам.

К числу товаропроизводителей в настоящее время относятся лишь частные медицинские организации. Однако именно они лишены причастности к оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

Непричастность граждан, с одной стороны, и частных медицинских организаций, с другой стороны, к оплате медицинских услуг за счет средств казны, а также положение получателя бюджетных средств, с третьей стороны, создают для учреждений здравоохранения режим иждивенчества, исключающий необходимость конкурентного выживания.

Частные медицинские организации в силу относительной малочисленности и разности осуществляемой деятельности также не создают конкурентную среду и не испытывают ее давления. Из-за этого цены на медицинские услуги в частной медицине лишены противовесов и формируются без опоры на рыночную конъюнктуру. Государство не участвует в регулировании цен частной медицины доступными мерами финансовых интервенций.

Тем самым средства казны обращаются там, где товарообмен отсутствует (в бюджетной среде учреждений здравоохранения), а там, где товарообмен существует (в частной медицине), средства казны, чтобы служить инструментом финансового регулирования, не обращаются.

Между тем экономическая безопасность товаропроизводителей в здравоохранении напрямую зависит от платежеспособного спроса, точнее – от финансовой состоятельности плательщика. Если плательщиком за медицинские услуги выступает только сам потребитель, любые изменения его платежеспособности в таком случае сказываются изменением обращаемости в медицинские организации. Когда это обусловлено повышением спроса на медицинские услуги, во вред интересам общества это не идет, только на пользу – здоровья много не бывает. Но когда потребность высока, а гражданин не в состоянии оплатить медицинские услуги – это явно противоречит интересам общества.

Ситуацию не спасает нынешняя альтернативная возможность прибегнуть к услугам бесплатного здравоохранения, поскольку уже давно они оказываются за плату – зачастую и более высокую, чем в частной медицине – непосредственно врачам учреждений здравоохранения.

В интересах общества – ликвидация института учреждений здравоохранения с превращением их в товаропроизводителей и создание

такого режима финансирования товаропроизводителей, при котором всегда находился бы плательщик в пользу нуждающегося в медицинской помощи гражданина.

Ликвидация института учреждений здравоохранения с превращением их в товаропроизводителей встречает немало трудностей. Основная из них связана с неизбежной приватизацией закрепленного за учреждениями здравоохранения государственного (или муниципального) имущества в случае их преобразования в существующем виде. Приватизация объектов здравоохранения является угрозой экономической безопасности отрасли, поскольку не исключает смены их назначения в последующем.

Решением вопроса является разведение юридической судьбы субъектов и объектов здравоохранения в случае реорганизации учреждений здравоохранения (9). Превращение учреждений здравоохранения в частные медицинские организации любых организационно-правовых форм (партикуляризация) и сохранение предварительно изъятого у них имущества в государственной (муниципальной) собственности позволяет устранить разнородность института товаропроизводителей, с одной стороны, и создать восстанавливающий системность отрасли парк объектов здравоохранения, предоставляемых товаропроизводителям в аренду (30), с другой стороны.

В интересах государства и общества является удовлетворение интересов товаропроизводителей в отрасли. Такие интересы сводятся к обеспечению рентабельности расширенного воспроизводства каждого отдельного товаропроизводителя.

Интересами государства и общества охватывается такая обеспеченность граждан медицинской помощью, при которой они не испытывали бы в ней дефицита независимо от места проживания в стране, от степени ликвидности медицинских услуг, и т.д. Это достигается созданием условий для такого принятого государством в качестве плательщика за медицинские услуги ценообразования на них, при котором на всей территории страны товаропроизводители были бы гарантированы в получении оплаты сходных медицинских услуг в едином размере, а неодинаковая (зачастую несравнимая, как, например, в стоматологии и травматологии) ликвидность медицинских услуг компенсировалась бы надлежащими дотациями.

Тем самым практическое здравоохранение подвергается индустриальной трансформации (т.е. превращению в индустрию охраны здоровья) и полностью переходит на отношения товарообмена, складывающиеся в действительно рыночной среде, конкурирующей за потребителя (8, 22, 25, 26, 27).

Создание такого режима финансирования товаропроизводителей, при котором всегда находился бы плательщик в пользу нуждающегося в медицинской помощи гражданина, обеспечивает социально-ориентированный характер индустриальной трансформации здравоохранения. Это достигается гибкой адаптивной платежной политикой государства в пользу общества и требует, во-первых, сосредоточения всех многочисленных федеральных и территориальных фондов в едином

централизованном фонде; во-вторых, его распределения по безусловным направлениям расходования (фондирование); в-третьих, создания в его пределах фонда специального назначения, расходуемого под условием – возникновения чрезвычайных обстоятельств, географической или динамической необходимости выравнивания обеспечения медицинской помощью и т.п. (16, 17, 19).

Таким образом, экономическая безопасность товаропроизводителей в здравоохранении заключается в достижении и обеспечении устойчивости товарообмена в отрасли, рентабельности товаропроизводителей и адаптивной платежной политики государства в качестве плательщика за медицинские услуги гражданам.

2. Структурная организация экономической безопасности здравоохранения.

Структурная организация экономической безопасности здравоохранения состоит в выявлении угроз по уровням организации экономики здравоохранения.

2.1. Безопасность макроэкономики здравоохранения.

Безопасность макроэкономики здравоохранения в общем виде состоит в преодолении угроз экономическому обороту в сфере охраны здоровья. Таковыми являются все препятствия создания ВВП в отрасли, включая те, которые подменяют создание ВВП его использованием (как в случае с учреждениями здравоохранения). Соответственно, пороки создания государством режима благоприятствования развитию экономического оборота в отрасли создают угрозу экономической безопасности здравоохранения.

2.2. Безопасность мезоэкономики здравоохранения.

Безопасность мезоэкономики здравоохранения в общем виде заключается в преодолении угроз товарным и финансовым институтам и инфраструктуре медицинского рынка. Таковыми являются препятствия для корректного позиционирования и кооперации участников экономического оборота в отрасли. Безопасность мезоэкономики здравоохранения требует надлежащей диверсификации рынка (7, 31), без чего невозможно ясное понимание места в экономическом обороте его участников. Соответственно, пороки структурирования государством товарных отношений в отрасли создают угрозу экономической безопасности здравоохранения.

2.3. Безопасность микроэкономики здравоохранения.

Безопасность микроэкономики здравоохранения в общем виде состоит в преодолении угроз рентабельности товаропроизводителей в отрасли. Таковыми являются препятствия для снижения себестоимости или для повышения цены на результат экономической деятельности товаропроизводителей. Если уровень цен является обстоятельством противопоставления интересов товаропроизводителей и государства как плательщика, то себестоимость продукции – это точка совпадения таких интересов. Соответственно, финансовое влияние государства на снижение себестоимости продукции товаропроизводителей в отрасли выгодно всем, а

препятствующие этому факторы создают угрозу экономической безопасности здравоохранения.

3. *Функциональная организация экономической безопасности здравоохранения.*

Функциональная организация экономической безопасности здравоохранения связывает возможные угрозы с механизмами реакции на их проявление.

3.1. Угрозы экономической безопасности здравоохранения.

Как это изложено выше, в настоящее время угрозу экономической безопасности здравоохранения в общем виде представляют: нетоварная организация здравоохранения (существующее государственное и муниципальное здравоохранение) и не обеспечиваемая встречным товарным эквивалентом деятельность по взиманию платежей (нынешняя частная медицина); сохранение существующей схемы исключения граждан и частных товаропроизводителей из механизма оплаты за счет средств казны медицинских услуг; возможная приватизация объектов здравоохранения.

Перечень внешних угроз экономической безопасности здравоохранения обширен. В основном, он тождествен таковому экономической безопасности любой отрасли народного хозяйства и экономической безопасности страны в целом. Отраслевой особенностью является зависимость специфики здравоохранения от регулятивной, надзорной и платежной политики государства.

Внутренние угрозы экономической безопасности отрасли вытекают из дефектов организации практического здравоохранения. Простое несоответствие отраслевой организации политическим, экономическим и правовым реалиям в стране, которое наблюдается в настоящее время, создает угрозу экономической безопасности здравоохранения. Такую угрозу создает и неосновательное объединение отраслевых институтов, обладающих противоположными интересами – как, например, институтов практического здравоохранения (учреждений здравоохранения) с публичными институтами (органами управления здравоохранением) или с финансовыми институтами (системой обязательного медицинского страхования), равно как искусственная дифференциация нерыночного (учреждений здравоохранения) и рыночного (частных медицинских организаций) сегмента единого института товаропроизводителей в здравоохранении. Такая же угроза исходит из существования и развития теневого оборота в отрасли (внутреннего предпринимательства работников учреждений здравоохранения). Все это приводит к дестабилизации экономики здравоохранения.

Угрозы экономической безопасности здравоохранения могут проявляться в переходный период, в случае реформы, вступления страны в ВТО, общих кризисов, несостоятельности институтов в отрасли (отраслевого кризиса).

В переходный период, который пока не завершен, угрозы экономической безопасности здравоохранения, в основном, связаны с отсутствием основательной, единой и устойчивой идеологии развития отрасли.

В случае реформы угрозы экономической безопасности здравоохранения состоят, как вариант, в саботаже исполнителями реализации соответствующих отраслевых программ подобно тому, как это наблюдалось с пресловутой монетизацией льгот. Кроме того, сама реформа неизбежно приводит к преходящему хаосу, как это было в начале административной реформы, и зачастую к недобросовестным попыткам со стороны отдельных групповых интересов свернуть ее или повернуть в другое русло.

Вступление страны в ВТО влечет возникновение таких угроз экономической безопасности здравоохранения, как наводнение экономики отрасли иностранными товаропроизводителями, резкое возрастание конкуренции и неспособность отечественных товаропроизводителей ее выдержать.

В период общих кризисов угрозы экономической безопасности здравоохранения состоят в сокращении оборотов капиталов и платежеспособности финансовых институтов и потребителей в отрасли, сворачивание производства, падении состояния здоровья граждан и вынуждении государства предпринимать дополнительные финансовые интервенции.

Несостоятельность институтов в здравоохранении носит, как правило, системный характер и таит угрозы экономической безопасности здравоохранения тем, что, в конечном счете, также неизбежно требует дополнительных финансовых интервенций со стороны государства, как это обусловило реализацию национальных приоритетных проектов.

В целом, угрозы экономической безопасности здравоохранения реализуются тогда, когда экономические отношения в отрасли не обладают должной устойчивостью и обнаруживают противоречивость целей, несбалансированность интересов и (или) неэквивалентность товарообмена.

3.2. Показатели состояния экономической безопасности здравоохранения.

Показатели состояния экономической безопасности здравоохранения многофункциональны. Это и показатели экономической безопасности государства, общества и товаропроизводителей в отрасли, и территориальной экономической безопасности здравоохранения, и безопасности отраслевой макро-, мезо- и микроэкономики. Такими могут быть показатели экономического оборота в отрасли, численности субъектов медицинской деятельности, их средней нормы прибыли и рентабельности, цен на медицинские услуги, участия государства в качестве плательщика в себестоимости медицинских услуг, экономической обеспеченности потребностей граждан в медицинских услугах и др.

В общем виде показатели состояния экономической безопасности здравоохранения отражают отсутствие отклонений в нормальном режиме функционирования и развития экономики здравоохранения (таблица 1).

Таблица 1. Характеристика нормального режима функционирования и развития экономики здравоохранения.

Уровень	ЭБ государства	ЭБ потребителей	ЭБ производителей
---------	----------------	-----------------	-------------------

Макро-	соответствие бюджета финансирования практического здравоохранения возможностям казны	соответствие бюджета финансирования практического здравоохранения потребностям граждан	соответствие бюджета финансирования практического здравоохранения потребностям товаропроизводителей
Мезо-	соответствие состояния оборота расходам казны	соответствие состояния оборота потребностям граждан	соответствие состояния оборота потребностям товаропроизводителей
Микро-	соответствие состояния микроэкономики здравоохранения расходам казны	соответствие состояния микроэкономики здравоохранения потребностям граждан	соответствие состояния микроэкономики здравоохранения потребностям товаропроизводителей

Соответствие бюджета финансирования практического здравоохранения возможностям казны означает, что совокупные объективные потребности экономического оборота в отрасли, покрываемые вкладом государства на соответствующих рынках на соответствующих территориях, не создают опасности истощения казны.

Соответствие бюджета финансирования практического здравоохранения потребностям граждан означает, что вложения государства в экономику отрасли не создают опасности не покрыть те совокупные нужды в охране здоровья, которые испытывают граждане.

Соответствие бюджета финансирования практического здравоохранения потребностям товаропроизводителей означает, что вложения государства в экономику отрасли не создают опасности не покрыть те совокупные нужды, которые испытывают товаропроизводители.

Соответствие состояния оборота расходам казны означает, что существующий в отрасли экономический оборот складывается не диспропорционально вложениям государства.

Соответствие состояния оборота в здравоохранении потребностям граждан означает, что экономический оборот в отрасли складывается без опасности пренебрежения потребностями граждан.

Соответствие состояния оборота потребностям товаропроизводителей в здравоохранении означает, что экономический оборот в отрасли не создает опасности сделать непривлекательным участие в нем товаропроизводителей.

Соответствие состояния микроэкономики отрасли расходам казны означает, что характеристики деятельности товаропроизводителей не создают опасности непродуктивного расходования государственных средств финансирования практического здравоохранения.

Соответствие состояния микроэкономики здравоохранения потребностям граждан означает, что характеристики деятельности товаропроизводителей в отрасли не создают опасности недостижения социального эффекта.

Соответствие состояния микроэкономики здравоохранения потребностям товаропроизводителей означает, что характеристики деятельности

товаропроизводителей в отрасли не создают опасности для их рентабельности.

Состояние экономической безопасности здравоохранения нуждается в соответствующем мониторинге, динамическом контроле показателей, для своевременного и адекватного реагирования на возникающие угрозы.

3.3. Компенсационные механизмы реакции на нарушения экономической безопасности здравоохранения.

Чтобы достигнуть необходимого уровня экономической безопасности здравоохранения, требуется создание механизмов компенсации, минимизирующих себестоимость производства медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств казны. Это, по меньшей мере, механизмы компенсации товаропроизводителем стоимости аренды и налоговых платежей, составляющих наибольшую долю их производственных издержек.

Стоимость аренды является доступной для минимизации со стороны государства, если товаропроизводители размещаются на объектах здравоохранения, ранее изъятых у учреждений здравоохранения перед их реорганизацией.

Налоговые платежи товаропроизводителей в здравоохранении также доступны для минимизации исходя из того, что они участвуют в достижении социального эффекта не опосредованно через налоги, как товаропроизводители в реальной экономике, а прямо, как следствие экономической деятельности.

Таким образом, минимизация арендных и налоговых платежей как способ минимизации себестоимости производства медицинских услуг составляет *восполняющие* компенсации со стороны государства и происходит в нормальном режиме функционирования и развития экономики здравоохранения.

Равным образом, нефатальные и не нарушающие экономическую безопасность здравоохранения отклонения от этого режима (например, в случае возникшей нехватки в тех или иных видах медицинских услуг в тех или иных локусах, требующем штатной мобилизации резервов единого фонда финансирования) также несут функцию восполнения.

Напротив, на случай отклонений от нормального режима функционирования и развития экономики здравоохранения должны существовать устраняющие их механизмы *амортизационной* компенсации. В общем виде это механизмы сбережения и преумножения капиталов, размещаемых в отрасли на период таких отклонений. Это может быть повышенная (по сравнению с реальной экономикой) прибыльность вложений, более значимое снижение налогового бремени, льготные условия расширения производства и т.д.

Важным условием применения подобных механизмов является их временный, преходящий характер – они включаются на период возникновения отклонений от нормального режима функционирования и развития экономики здравоохранения и выключаются по устранении таких отклонений. Поэтому влекомые подобными послаблениями выгоды для

воспроизводства дополнительно размещаемых в отрасли капиталов существуют только в период их действия. Подобно быстрым кредитам, это позволит привлечь для соответствующих целей не только венчурные, но и спекулятивные капиталы.

В целом, анализ ретроспективы организации здравоохранения (6, 10, 11, 15, 18, 28) и перспективы его экономического преобразования, социально-ориентированной индустриализации отрасли (12, 13, 14, 20, 21, 23, 24, 29) в общем виде был осуществлен ранее. В настоящей работе раскрыты основные условия функционирования экономической системы здравоохранения и наиболее важные характеризующие их показатели; факторы ее дестабилизации; возможности проявления различных угроз и пути их предотвращения и поддержания стабильности экономической системы отрасли. Это первая работа, посвященная экономической безопасности отрасли социальной сферы. Очевидно, она открывает широкие возможности для появления публикаций подобного рода, развивающих эту тему, детализирующих те или иные ее аспекты, конкретизирующих отдельные положения настоящей работы. Будущее покажет несомненную перспективность исследований, позволяющих обеспечить экономическую безопасность здравоохранения и всей социальной сферы в целом.

Использованные источники:

1. Абалкин Л. И. Экономическая безопасность России: угрозы и их отражение // Вопросы экономики. - 1994. - №12. - С. 4-13.
2. Биржаков М. Б. Экономическая безопасность туристской области. - М.: Герда, 2007. – 458 с.
3. Ващекин Н. П., Дзалиев М. И., Урсул А. Д. Основы обеспечения безопасности России: Учебное пособие (ГРИФ). – М.: Альянс, 2003. – 423 с.
4. Возженников А. В. Национальная безопасность: теория, политика, стратегия. - М.: НПО МОДУЛЬ, 2000. - С. 112-116, 333.
5. Габуева Л.А., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современная структура экономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.14-20.
6. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.23-29.
7. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Диверсификация рынка медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.24-31.
8. Солодкий В.А., Тихомиров А.В. Концепция индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.2-11.
9. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 2. - С.19-25.

10. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационно-юридические проблемы экономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. - С.2-6.
11. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Позиционирование органов размещения средств финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.5-9.
12. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Направления развития здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 3. – С.4-9.
13. Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - С.3-8.
14. Тихомиров А.В. Прогнозная модель развития процессов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. - С.2.
15. Тихомиров А.В. Экономика, право и управление в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.2-3.
16. Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.
17. Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.18-23.
18. Тихомиров А.В. Современное состояние идеологии здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.2-4.
19. Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22.
20. Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.2-11.
21. Тихомиров А.В. Функциональная матрица экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.40-47.
22. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.
23. Тихомиров А.В. Структурная матрица организации экономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.12-19.
24. Тихомиров А.В. Условия инвестиционной продуктивности здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.20-27.
25. Тихомиров А.В. Пореформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14.
26. Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения В сб.: Материалы к Общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет». – М.: Комиссия общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения, 13 декабря 2007 г. – С.127-129.

27. Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.2-3.

28. Тихомиров А.В. Ретроспектива проблем отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.44-47.

29. Тихомиров А.В. Перспектива здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.8-13.

30. Тихомиров А.В. Объекты медицинской деятельности: проблемы отношения государства //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.23-28.

31. Тихомиров А.В. Структура отношений товарообмена на рынке медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. – № 4. - С.11-17.