

УДК 336.58:614.2

Ключевые слова:

модели финансирования здравоохранения, анализ моделей здравоохранения, особенности организации системы здравоохранения, реформирование здравоохранения

В. В. Омеляновский, д. м. н.,

проф., руководитель Центра финансов здравоохранения
Научно-исследовательского финансового института
(e-mail: vitvladom@gmail.com)

А. В. Максимова, к. э. н.,

старший науч. сотр. Центра финансов здравоохранения
Научно-исследовательского финансового института
(e-mail: maksimova@nifi.ru)

А. П. Татаринов,

науч. сотр. Центра финансов здравоохранения
Научно-исследовательского финансового института
(e-mail: tatarinov@hta-rus.ru)

Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения

В любой стране выбор оптимальной модели здравоохранения имеет принципиальное значение для обеспечения более эффективного использования ресурсов и улучшения качества и доступности медицинской помощи. Российская Федерация в этом отношении не исключение. В современных условиях в стране действует смешанная бюджетно-страховая модель здравоохранения, переход к которой начался в 1991 г., когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации № 1499-І. С введением в действие закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. был взят курс на построение страховой модели здравоохранения, но она так до сих пор и не внедрена, а страховой принцип не заработал.

Задача перевода системы отечественного здравоохранения на дееспособную страховую модель была четко обозначена в Послании Президента РФ Владимира Путина Федеральному собранию РФ от 12 декабря 2013 г. Как подчеркнул президент, «...базовый вопрос — это реальный переход к страховому принципу в здравоохранении. Сегодня функция ОМС, по сути, сводится к «прокачке денег» до получателя, но только не через бюджет, как раньше, а через внебюджетный фонд. Задача — совершенно другая. Задача заключается в том, чтобы работал именно страховой принцип... Система ОМС должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи ... При этом пациент должен точно знать, какую

помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач — понимать, по каким принципам оплачивается его работа»¹.

В мире накоплен существенный опыт в области построения и оптимизации моделей финансирования и организации здравоохранения. Так, ведущие страны последовательно добиваются расширения охвата населения бесплатной медицинской помощью, рационализации источников финансирования и методов распределения средств, способов управления системой здравоохранения в целях повышения ее эффективности и устранения дублирования расходов. Несмотря на то, что ни одна из существующих в мире моделей здравоохранения не может претендовать на универсальность, анализ параметров этих моделей, их сильных и слабых сторон, а также обобщение опыта конкретных стран имеет значение при реформировании и оптимизации действующей модели здравоохранения в РФ.

Комплексный анализ систем здравоохранения, финансируемых из фондов всеобщего медицинского страхования, может послужить хорошим основанием для разработки механизмов перевода здравоохранения РФ на страховые принципы, гарантирования на деле свободы выбора пациентом страховой и медицинской организации, повышения эффективности управления здравоохранением, усиления финансового контроля со стороны страховых компаний над медицинскими учреждениями.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕХ ОСНОВНЫХ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В современных условиях все модели здравоохранения можно условно разделить на три типа.

1. Бюджетная (государственная).
2. Страховая (социально-страховая).
3. Частная (негосударственная, или рыночная).

Характерной чертой первой модели, которая известна как модель Семашко — Бевериджа, является значительная роль государства. Основным источником финансирования служат налоговые поступления. Медицинские услуги для всего населения оказываются на бесплатной основе. Доля совокупных расходов из общественных источников в ВВП, как правило, составляет 8–11 %. Частное страхование и соплатежи играют дополняющую роль.

Основной канал финансирования — государственный бюджет. Провайдеры медицинских услуг получают бюджетные средства под контролем частных управляющих компаний. Государство играет одновременно роль покупателя и провайдера услуг, обеспечивая покрытие большей части (от 70 % и выше) затрат на здравоохранение. Управление системой здравоохранения отличается высокой степенью централизации. Большая часть медицинских услуг оказывается государственными ЛПУ (лечебно-профилактическими учреждениями) и частнопрактикующими врачами, но рынок, как правило, отведена второстепенная роль.

Государство жестко контролирует большинство аспектов рынка медицинских товаров и услуг, устанавливает правила допуска и доступа на рынок, формирует перечни возмещения, с помощью тарифной политики и ценообразования обеспечивает контроль над объемами оказываемых медицинских услуг. Контроль над качеством оказания медицинской помощи осуществляется профессиональными медицинскими организациями в форме аккредитации учреждений здравоохранения и лицензирования врачей. Уровень соплатежей при такой системе незначителен.

¹ Послание Президента РФ Владимира Путина Федеральному собранию (<http://www.rg.ru/2013/12/12/poslanie.html>).

Вторую модель, известную как модель Бисмарка, часто определяют как систему регулируемого страхования здоровья. Она основывается на принципах смешанной экономики, сочетая рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий. Программы обязательного медицинского страхования охватывают все или практически все население при соучастии государства в финансировании страховых фондов. Как и в бюджетной модели, государство покрывает более 70 % затрат на медицинские услуги, но совокупные государственные расходы на здравоохранение, как правило, несколько выше, чем в бюджетной модели, составляя уже 9–13 % от ВВП. Решающую роль в распределении средств играют частные некоммерческие или коммерческие страховые фонды или компании, роль рынка в удовлетворении потребностей населения в медицинских услугах высока, а пациенты обладают существенной свободой в выборе страховых компаний и поставщиков услуг.

Форму управления здравоохранением в социально-страховой модели можно охарактеризовать как децентрализованную из-за большого количества игроков на страховом рынке. Большинство медицинских услуг оплачивается по обязательному перечню. Активно используется система соплатежей. Медицинские услуги оказывают учреждения различных форм собственности, но преобладают частные некоммерческие. Первичная медицинская помощь оказывается частнопрактикующими семейными врачами. Рынок медицинских услуг высокоразвит, а частное страхование играет дополняющую роль. Роль государства в регулировании рынка медицинских услуг существенна, но менее значима, чем в бюджетных системах. Государство регулирует деятельность страховых фондов, которые совместно с ассоциациями провайдеров медицинских услуг в свою очередь определяют их объемы и качество. Большую роль играют профессиональные и пациентские организации.

Для частной модели здравоохранения характерно оказание медицинских услуг преимущественно на платной основе, за счет частного страхования и личных средств граждан. Единая система государственного медицинского страхования отсутствует. Рынок играет ключевую роль в удовлетворении потребностей в медицинских услугах. Государство берет на себя только те обязательства, которые не удовлетворяются рынком, т. е. покрывает медицинское обслуживание социально уязвимых категорий граждан — безработных, малоимущих и пенсионеров.

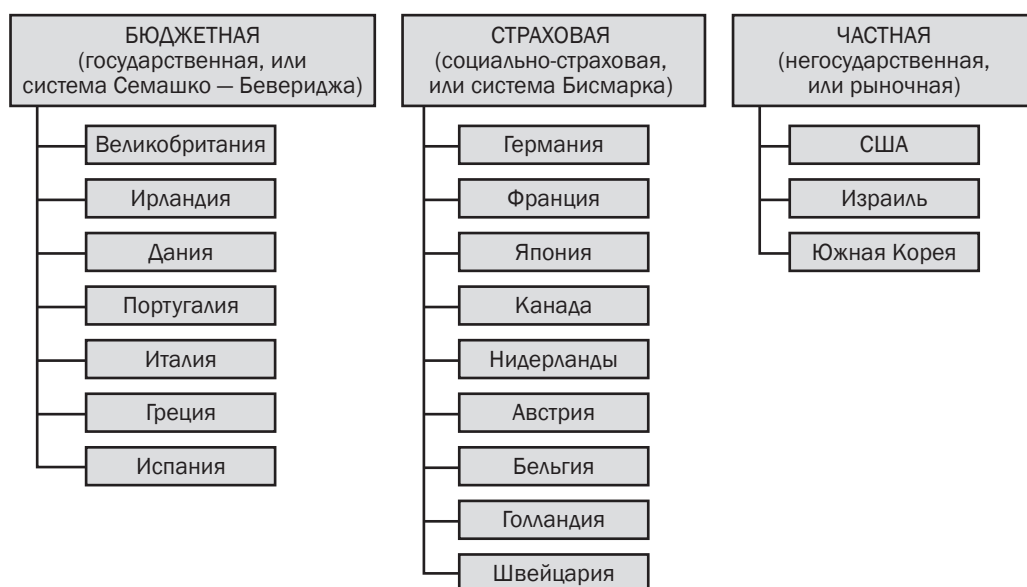
В частной модели финансирование более чем на 50 % осуществляется из частных средств. Денежные средства аккумулируются в частных коммерческих страховых фондах (страховых компаниях), после чего поступают в ЛПУ. Управление оказанием услуг децентрализовано и осуществляется большим количеством организаций различных форм собственности и уровней. Для большинства возмещаемые медицинские услуги и технологии предоставляются в рамках частных страховых планов. Государство определяет перечни возмещения только в рамках ограниченного числа государственных программ. Рынок медицинских услуг и частного медицинского страхования играет доминирующую роль, а роль государства ограничена. Большая часть медицинских услуг оказывается частными ЛПУ и частнопрактикующими семейными врачами. Благодаря частным страховым компаниям уровень конкуренции на рынке медицинских услуг очень высок, что положительно сказывается на их качестве, но только для материально обеспеченной части населения. При этом рационального использования ресурсов не достигается. Доля совокупных расходов на здравоохранение к ВВП выше, чем в бюджетной и страховой моделях, но адекватного улучшения ключевых показателей здравоохранения населения не происходит. Роль государства в регулировании рынка медицинских товаров и услуг менее значительна, чем в бюджетной и социально-страховой системах. Государство контролирует допуск и доступ медицинских технологий на рынок, деятельность страховых компаний, занимается

защитой конкуренции. Вопросы обеспечения качества медицинских услуг решаются посредством лицензирования и аккредитации медицинских учреждений и врачей, которые находятся в руках профессиональных медицинских организаций.

На рис. 1 показана классификация систем здравоохранения ведущих стран в соответствии с тремя основными моделями — бюджетной, страховой и частной.

Рисунок 1

Классификация систем здравоохранения ведущих стран согласно трем основным моделям



Источник: составлено авторами.

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЯТИ ВЕДУЩИХ СТРАН

Давайте более детально остановимся на опыте пяти стран — Германии, Великобритании, США, Франции и Канады, в которых указанные выше модели получили наиболее яркое воплощение.

Германия

Германия является классическим примером социально-страховой модели. Источники финансирования распределяются следующим образом: социальное медицинское страхование (СМС) — 60 %, частное медицинское страхование (ЧМС) — 10 %, государственный бюджет — 15 % и личные средства граждан — 15 %. Около 90 % населения охвачено программами СМС, 10 % — программами ЧМС, и при этом 3 % застрахованных в СМС имеют полис ДМС. Расходы на здравоохранение из общественных средств составляют 7,8 % от ВВП, совокупные — 11,7 % от ВВП². Из общественных источников покрывается 75 % от всех расходов на здравоохранение. Движение средств здравоохранения выглядит следующим образом: сначала они аккумулируются в государственном фонде СМС,

² Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data 2013 (<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>).

затем поступают на счета частных некоммерческих страховых организаций, которые контролируют оплату услуг ЛПУ.

Эти организации, получившие название больничных касс (sickness funds, англ.; krankenkassen, нем.), а также их объединения и объединения врачей больничных касс формируют основу системы социального медицинского страхования (Social Health Insurance, SHI). Они учреждают саморегулирующиеся структуры, которые управляют финансированием и оказанием услуг в объеме, гарантированном законом об обязательном медицинском страховании. Больничные кассы имеют статус частных некоммерческих организаций, занимаются страхованием рисков, связанных с болезнью. Объединенные комиссии плательщиков, состоящие из представителей больничных касс и поставщиков услуг (куда входят ассоциации врачей и стоматологов, а также больницы), на федеральном уровне участвуют в установлении льгот, нормативов, тарифов и цен на медицинские услуги. На региональном уровне эти комиссии заключают договоры на оказание медицинских услуг, выполняют контрольно-разрешительные функции.

По законам страны частным медицинским страхованием могут пользоваться только лица с доходами, превышающими €50 тыс. в год. Все остальные граждане в обязательном порядке должны быть охвачены социальным медицинским страхованием. Начиная с 1996 г. имеется возможность свободного выбора больничных касс, а также возможность смены больничной кассы после 18-месячного срока контракта. В Германии существует несколько больничных касс, доступных только для специальных групп населения, например больничная касса фермеров, но и эти кассы обязаны заключать договоры с любыми гражданами независимо от профессиональной принадлежности.

Для страны характерны высокая децентрализация управления здравоохранением и разделение полномочий между федеральным правительством и правительствами земель.

Рынок медицинских услуг высокоразвит, государственное медицинское страхование играет ведущую роль, частное страхование — дополняющую. Медицинская помощь оказывается частными врачами и учреждениями различных типов собственности с преобладанием частных некоммерческих ЛПУ. Основными формами оплаты медицинских услуг в стационарах являются методы глобального бюджета и КСГ (клинико-статистических групп)³, первичная помощь оплачивается методом оплаты за услугу.

Великобритания

Великобритания — наиболее яркий пример бюджетной модели. Государственный бюджет, который покрывает 85 % всех расходов на здравоохранение, остальные 15 % оплачиваются за счет ЧМС. Денежные средства аккумулируются в государственном бюджете, откуда они передаются в саморегулирующиеся организации, которые управляют финансированием ЛПУ. Форма управления здравоохранением централизованная. Государственные расходы на здравоохранение составляют 7,7 % от ВВП, совокупные — 9,4 %⁴. Все население охвачено бесплатной медицинской помощью, соплатежи за медицинские услуги практически отсутствуют. Применяется фиксированный соплатеж в размере £7,85 за один рецепт для трудоспособного населения.

Большинство медицинских услуг оказываются государственными ЛПУ, а первичная медицинская помощь — частнопрактикующими семейными врачами. Рынок медицинских

³ Каждая группа характеризуется нормативной технологией лечения и нормативными затратами медицинских ресурсов в стоимостном выражении (прим. ред.).

⁴ Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data 2013.

услуг и частное страхование играют дополняющую роль. Социальную и медицинскую помощь населению оказывают социальные службы и службы здравоохранения, которые включают Национальную службу здравоохранения Великобритании (NHS) и местные органы власти. В Англии функционируют 10 стратегических органов здравоохранения (Strategic Health Authorities, SHAs), которые обеспечивают руководство, координацию и поддержку деятельности NHS в регионах. SHAs также работают с местными органами управления, образования, благотворительными и общественными организациями.

Оплата медицинских услуг, как правило, производится за законченный случай на основе КСГ (стационарная помощь) и сочетания подушевого принципа, платы за услугу и платы за результат (первичная помощь).

Государство занимается аккредитацией врачей и ЛПУ, регулированием деятельности врачебных практик. Тарифы и уровни возмещения медицинских услуг находятся в ведении трастов по оказанию первичной медицинской помощи. В настоящее время в Англии существует 152 траста по оказанию первичной медицинской помощи (Primary Care Trusts, PCTs), которые контролируют 80 % бюджета NHS⁵. Кроме этого в Англии насчитывается 167 больничных трастов NHS и 129 фондовых трастов (новый тип трастов NHS с большей автономией), которые обеспечивают подавляющее большинство стационарного лечения в Англии. В Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии существуют независимые локальные системы NHS.

США

В США функционирует частная модель здравоохранения, а национальной системы здравоохранения, распространяющейся на все население, фактически нет. Они остаются единственной промышленно развитой страной, в которой гарантии государства в области медицинской помощи распространяются лишь на ограниченный круг граждан, а доступ к услугам здравоохранения носит фрагментарный характер. Основной источник финансирования — частное страхование, покрывающее более 50 % всех медицинских услуг. Другие источники включают программы для пожилых и малоимущих граждан, а также личные средства граждан. Управление финансированием ЛПУ и частнопрактикующих врачей находится преимущественно в руках частных страховых компаний. Государство управляет распределением ресурсов в рамках специальных программ для незащищенных граждан. Форма управления здравоохранением децентрализованная. Расходы на здравоохранение из общественных источников составляют 9,1 % от ВВП, совокупные расходы — 17,2 %⁶. Обеспечение доступности медицинских услуг ограничивается платежеспособностью пациентов. Программы для пожилых и малоимущих не распространяются на всех нуждающихся и не обеспечивают полного покрытия необходимых медицинских услуг и технологий. Около 50 млн граждан вообще не охвачено никаким медицинским страхованием.

Разработкой и реализацией политики здравоохранения занимается Министерство здравоохранения и социальных услуг (Department of Health and Human Services, HHS). Его роль в целом невелика в связи с незначительной долей государственного участия в этой отрасли. Среди основных его задач — контроль над системой оказания медицинской помощи и реализация социальных программ, а также поддержка медицинской науки, мониторинг и донесение до сведения властей ситуации в области здоровья, благосостояния и социального обеспечения населения.

⁵ Kullman D. PHIS Pharma Profile United Kingdom (<http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/PHIS%20Pharma%20Profile%20UK%20Feb2011.pdf>).

⁶ Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data 2013.

Непосредственно решением проблем медицины занимаются два подразделения в рамках министерства — Служба общественного здравоохранения и Управление финансирования медицинской помощи. Кроме Министерства здравоохранения функции в области здравоохранения выполняют специальные подразделения Министерства труда, Агентство по охране окружающей среды и другие государственные ведомства. В непосредственном подчинении HHS находятся центры услуг «Медикэр» и «Медикейд» (The Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Под их контролем работает программа государственного медицинского страхования для престарелых (старше 65 лет) и тяжелобольных граждан — «Медикэр». CMS совместно с правительствами штатов занимаются управлением программами медицинского обслуживания для малоимущих «Медикейд» и детей из семей с невысокими доходами, не имеющих доступа к частным страховым программам (Children's Health Insurance Program, CHIP).

Больничные учреждения делятся на частные некоммерческие (70 % всего коечного фонда), частные коммерческие (15 % всех коек) и государственные (около 15 % всех коек)⁷. Преобладают частные больничные учреждения. Государственные больницы имеют право обслуживать частных пациентов. Около 89 % всех больниц в 2009 г. имели 200 и более коек. Услуги больниц оплачиваются при помощи комбинации нескольких методов, включая плату за услугу, день пребывания на койке одного госпитализированного, КСГ, а также в зависимости от числа больных, прошедших стационарное лечение. Первичная помощь оплачивается сочетанием подушевой оплаты и платы за услугу. Труд части врачей — штатных сотрудников больниц — оплачивается в форме заработной платы, но большинство получают вознаграждение в форме платы за услугу. Семейные врачи имеют статус индивидуальных предпринимателей.

Государство регулирует деятельность страховых компаний, объемы медицинских услуг в рамках госпрограмм. В рамках частных страховых планов объемы медицинских услуг регулируются страховыми компаниями. Контроль качества осуществляется с помощью аккредитации ЛПУ и лицензирования врачей, которые находятся в ведении профессиональных медицинских союзов и ассоциаций.

Франция

Система здравоохранения Франции — яркий пример социально-страховой модели. Она финансируется на 50 % из средств СМС, на 20 % — из средств ЧМС, государственный бюджет покрывает 10 % всех расходов, а личные средства граждан — 20 %⁸. Охват населения программами социального медицинского страхования составляет 96 %. Государственные расходы на здравоохранение составляют 9,7 % от ВВП, совокупные — 12,5 % от ВВП⁹. Денежные средства аккумулируются в государственном фонде социального медицинского страхования, откуда они поступают в частные некоммерческие фонды всеобщего медицинского страхования, которые управляют финансированием ЛПУ. Форма управления здравоохранением децентрализованная. Региональные органы здравоохранения несут ответственность за организацию стационарной и амбулаторной помощи как в государственных, так и частных ЛПУ. Рынок медицинских услуг развит, частное страхование играет важную дополняющую роль.

Во Франции сочетаются учреждения различных форм собственности с преобладанием частных. Оплата медицинских услуг в стационарах производится методом КСГ и глобального бюджета, амбулаторная помощь оплачивается методом платы за услугу и результат.

⁷ *International Profiles of Health Care Systems / The Commonwealth Fund* (<http://www.commonwealthfund.org/>).

⁸ Крестинский Ю. А. Роль государства в здравоохранении.

⁹ *Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data 2013*.

Канада

Система здравоохранения Канады базируется на следующих принципах, закрепленных Законом о здравоохранении (Canada Health Act) от 1984 г.: государственное управление, универсальность, мобильность и доступность. Канадскую модель здравоохранения можно охарактеризовать как социально-страховую, но во многом она схожа с государственной моделью. Ее формирование происходило под существенным влиянием политики здравоохранения ведущих стран — Великобритании (государственная модель здравоохранения) и США (рыночная модель здравоохранения). Универсальный доступ к услугам здравоохранения обеспечивает система всеобщего государственного медицинского страхования «Медикэр» (Medicare), по сути являющаяся системой государственного медицинского обслуживания, которой охвачено 98–99 % всего населения.

Основной источник финансирования здравоохранения в Канаде — федеральные фонды и страховые фонды провинций, доля в покрытии затрат здравоохранения которых равна 90 %. Оставшиеся 10 % распределены между частным страхованием и добровольными пожертвованиями. Государственные расходы составляют около 7,6 % от ВВП, совокупные — 10,8 % от ВВП¹⁰. Из государственного бюджета средства перенаправляются в федеральные фонды и/или страховые планы провинций и территорий, затем — в адрес ЛПУ и частнопрактикующих врачей. Форма управления здравоохранением децентрализованная.

Финансирование больниц осуществляют региональные министерства здравоохранения, как правило, по методу глобального бюджета, т. е. за заранее оговоренный объем медицинских услуг. Однако ряд провинций перешел на формирование бюджетов в зависимости от фактических объемов оказываемых услуг.

Ключевую роль в оказании первичной и стационарной медицинской помощи играют частнопрактикующие врачи и частные учреждения здравоохранения. Несмотря на разнообразие форм собственности больничных учреждений, большинство больниц имеют статус частных некоммерческих организаций. Они, как правило, управляются региональными органами здравоохранения либо советами больниц, в состав которых входят ведущие эксперты, проживающие на данной территории.

Контроль качества и объемов медицинских услуг находится частично в руках государства, частично — в руках неправительственных и некоммерческих организаций, включая:

1. Канадский совет по здравоохранению (Health Council of Canada), задачей которого является мониторинг и подготовка отчетности по качественным показателям здравоохранения.

2. Канадский институт по безопасности пациентов (Canadian Patient Safety Institute), созданный для обобщения и распространения лучших практик в области безопасности пациентов.

3. Канадский институт информации здравоохранения (Canadian Health Information Institute), занимающийся сбором и стандартизацией информации о здравоохранении.

4. Канадскую медицинскую ассоциацию (Canadian Medical Association), сфера деятельности которой распространяется на лицензирование врачей и разработку стандартов лечения.

5. Канадский совет по аккредитации (Accreditation Canada), в ведении которого находится аккредитация организаций здравоохранения — региональных органов здравоохранения, больниц, учреждений долговременного медицинского ухода и общинных центров¹¹.

Обобщенные ключевые параметры моделей здравоохранения пяти рассмотренных нами ведущих стран представлены в табл. 1.

¹⁰ *Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data 2013.*

¹¹ *International Profiles of Health Care Systems.*

**Ключевые параметры моделей
здравоохранения пяти ведущих стран**

		Франция	Германия	Великобритания	США	Канада
1	Источники финансирования здравоохранения	ОМС — 50 %, ДМС — 20 %, государственный бюджет — 10 %, личные средства — 20 %	ОМС — 60 %, ДМС — 10 %, государственный бюджет — 15 %, личные средства — 15 %	Государственный бюджет — 85 %, ДМС — 15 %	Частное страхование — 40 %, личные средства — 20 %, программы для пожилых и малоимущих — 40 %	Федеральные фонды и фонды провинциальных бюджетов — 90 %, фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования — 10 %
2	Охват населения бесплатной медицинской помощью	96 % населения охвачено программами ГМС	90 % населения охвачено программами ОМС, 10 % — программами ДМС, при этом 3 % застрахованных в ОМС имеют ДМС	Всеобщий охват населения бесплатной медицинской помощью	Ограничивается платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся	98–99 % населения охвачено программами ОМС. Утвержденного набора покрываемых МУ нет, но необходимые МУ покрываются всеобщим медстрахованием
3	Адекватность ресурсов здравоохранения	Покрывается 77,8 % от всех МУ, государственные расходы составляют 9,7 % ВВП, общие — 12,5 %	Покрывается 73,1 % от всех МУ, государственные расходы составляют 7,8 % ВВП, общие — 11,7 %	Покрывается 82,4 % от всех МУ, государственные расходы составляют 7,7 % ВВП, общие — 9,4 %	Покрывается 49 % от всех МУ, государственные расходы составляют 9,1 % ВВП, общие — 17,2 %	Покрывается около 70 % всех МУ, государственные расходы составляют 7,6 % ВВП, общие — 10,8 %
4	Каналы финансирования здравоохранения	Многоканальная система финансирования, преобладающим каналом являются фонды всеобщего медстрахования	Многоканальная система финансирования	Многоканальная система финансирования	Многоканальная система финансирования	Многоканальная система финансирования
5	Способы распределения средств	Государство > частные некоммерческие фонды всеобщего медстрахования	Государство > частные фонды всеобщего медицинского страхования (некоммерческие самоуправляемые организации)	Государство > самоуправляемые организации	Частные страховые компании, государственные программы для социально незащищенных граждан	Государство > федеральные фонды, государство > страховые планы провинций и территорий
6	Форма управления здравоохранением	Децентрализованная	Децентрализованная	Централизованная	Децентрализованная	Децентрализованная
7	Типы собственности медицинских учреждений	Сочетание учреждений различных форм собственности с преобладанием частных	Сочетание различных типов медицинских учреждений	Преобладают государственные ЛПУ, семейные врачи — ИП	Преобладают частные некоммерческие ЛПУ, семейные врачи — ИП	Ключевую роль в оказании первичной и СМП играют частнопрактикующие врачи и частные учреждения здравоохранения

		Франция	Германия	Великобритания	США	Канада
8	Методы оплаты медицинских услуг	Сочетание КСГ и метода глобального бюджета (стационары), платы за результат (амбулаторная помощь)	КСГ (стационары), платы за результат (амбулаторная помощь)	КСГ (стационары), плата за результат (амбулаторная помощь)	КСГ и глобальный бюджет (стационары), плата за результат (амбулаторная помощь)	КСГ и глобальный бюджет (стационары), плата за результат (амбулаторная помощь)
9	Субъекты регулирования в системе оказания медицинской помощи	Государство, фонды ОМС и профессиональные медорганизации	Государство, объединенные комиссии плательщиков, состоящие из представителей больничных касс и поставщиков услуг, профессиональные медорганизации	Государство (включая 10 стратегических органов здравоохранения (Strategic Health Authorities, SHAs)), трасты по оказанию медпомощи и профессиональные медорганизации	Государство, частные страховые фонды и профессиональные медорганизации	Государство, фонды неправительственных и некоммерческих организаций
10	Объекты регулирования в системе оказания медицинской помощи	Набор объектов регулирования и их ранжирование по степени важности в разных странах различны. Государство контролирует такие важнейшие сферы, как допуск медицинских технологий на рынок, защита конкуренции, определение незащищенных групп населения, установление уровней возмещения, перечней возмещаемых медицинских технологий и цен. Такие сферы, как обеспечение качества, аккредитация и лицензирование, а также распределение объемов медицинской помощи, как правило, регулируются совместно государством и профессиональными организациями				

Источник: составлено авторами на основе данных обзора *International Profiles of Health Care Systems / The Commonwealth Fund* (<http://www.commonwealthfund.org/>).

Как показывает анализ, объемы денежных средств, выделяемых на здравоохранение, существенно варьируются в разных странах. Однако показатель продолжительности жизни и другие индикаторы здравоохранения не пропорциональны затрачиваемым средствам, что свидетельствует, во-первых, о различиях в эффективности расходования денежных средств и, во-вторых, о наличии других факторов, воздействующих на продолжительность жизни населения. Данные о продолжительности жизни и расходах на здравоохранение в пяти рассматриваемых нами странах представлены в табл. 2.

Таблица 2

Соотношение расходов и индикаторов эффективности системы здравоохранения

Страны	Продолжительность жизни	Совокупные расходы на здравоохранение, % от ВВП	Подушевые расходы на здравоохранение, \$
Германия	80,7	11,7	4875
Великобритания	80,8	9,4	3609
США	78,6	17,2	8608
Франция	81,7	12,5	4952
Канада	80,9	10,8	5630

Источник: *Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data* (<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>).

Проведенный анализ функционирования систем здравоохранения разных стран позволяет сделать следующие выводы о преимуществах и недостатках основных моделей здравоохранения (табл. 3).

Плюсы и минусы различных моделей здравоохранения

	Сильные стороны	Слабые стороны
Бюджетная модель	<p>Высокий охват населения бесплатными медицинскими услугами.</p> <p>Меньшая затратность по сравнению с двумя другими моделями.</p> <p>Более высокая эффективность в решении крупных стратегических проблем здравоохранения.</p> <p>Большая устойчивость системы здравоохранения в результате более высокого уровня покрытия расходов из общественных источников</p>	<p>Существенная зависимость источников финансирования здравоохранения от экономической конъюнктуры.</p> <p>Наличие очередей на получение медицинских услуг как результат преимущественно одноканального финансирования из бюджета.</p> <p>Монополизм государственных ЛПУ и недостаточная защищенность потребителя от медицинских услуг невысокого качества</p>
Страховая модель	<p>Высокий охват населения бесплатными медицинскими услугами, аналогичный охвату в социально-страховой модели.</p> <p>Гибкость в отношении аккумулирования ресурсов и меньшая, чем в бюджетной модели, зависимость от обеспеченности финансовыми ресурсами.</p> <p>Четкое разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг.</p> <p>Более высокая по сравнению с бюджетной моделью роль конкурентных механизмов в повышении качества медицинских услуг, оказываемых частными врачами и учреждениями различных форм собственности.</p> <p>Соблюдение принципа «деньги следуют за пациентом».</p> <p>Более структурированное, чем в бюджетной модели, распределение средств</p>	<p>Более высокая, чем в бюджетной модели, доля расходов на здравоохранение в ВВП.</p> <p>Наличие очередей на получение медицинских услуг как результат преимущественно одноканального финансирования из государственного фонда медицинского страхования</p>
Частная модель	<p>Широкий диапазон медицинских учреждений.</p> <p>Отсутствие очередей на медицинское обслуживание.</p> <p>Упор на качество медицинской помощи и защиту прав потребителей.</p> <p>Высокие доходы врачей и других медицинских работников</p>	<p>Отсутствие единой национальной системы здравоохранения.</p> <p>Фрагментарность медицинских услуг.</p> <p>Доминирующая роль частной медицины.</p> <p>Недостаточно высокий уровень доступности медицинских услуг для большинства населения, значительная часть населения не охвачена никакими видами страхования.</p> <p>Дорогостоящие медицинские услуги зачастую оказываются без достаточных медицинских показаний</p>

Источник: составлено авторами.

Таким образом, анализ зарубежного опыта позволяет сделать следующие выводы:

- Ни в одной стране не существует конкретных моделей в чистом виде.
- Ни одна модель не обладает универсальностью.
- В любой из моделей имеется только один доминирующий источник финансирования.
- В бюджетной и страховой моделях государство обеспечивает более 70 % всех расходов.
- Важнейшим фактором устойчивости систем является охват населения бесплатными медицинскими услугами, отсутствие дублирования расходов, эффективность расходования ресурсов и доступность медицинских услуг.
- Ни одна страна не может обеспечить всех потребностей здравоохранения из государственных средств без частного страхования и/или соплатежей.

ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СМЕШАННОЙ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МОДЕЛИ РФ

Особенность действующей смешанной бюджетно-страховой модели РФ — существенное недофинансирование как из бюджетных источников, так и в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). В настоящее время общие расходы на здравоохранение в РФ не превышают 6 % ВВП. Расходы на здравоохранение из общественных источников составляют 3,4 % ВВП — это один из самых низких уровней в Европе и мире. При таком уровне финансирования практически невозможно добиться удовлетворения в полном объеме даже базовых потребностей населения в медицинских услугах, лекарственных препаратах и медицинских изделиях, не говоря уже о расширении доступа к самым передовым методам лечения и медицинским технологиям. Ситуация усугубляется тем, что значительная часть выделяемых на здравоохранение средств тратится неэффективно. По экспертным оценкам, доля неэффективных расходов на здравоохранение в мире составляет от 20 до 40 %¹².

В России доля неэффективных расходов составляет, по разным оценкам, около 40 %. Охват населения ОМС составляет 98–99 %, ДМС — 10 %. Соплатежи за медицинские услуги и лекарственные препараты отсутствуют.

По данным Министерства здравоохранения, 68 % всех расходов здравоохранения покрывается из фонда ОМС, тогда как 32 % — из бюджетов всех уровней, что свидетельствует о том, что Россия существенно продвинулась по пути перехода на одноканальное финансирование через ОМС. Однако, по данным Министерства финансов РФ, расходы ОМС и бюджетов разных уровней делятся 50 на 50. При этом средства госпрограмм выделяются из федерального бюджета органам здравоохранения в регионах.

Фактически ОМС финансируется из федерального бюджета, а его средства приравнены к бюджетным средствам. Функции страховщика возложены на ФФОМС, страховые медицинские организации полностью исключаются из процесса управления финансами здравоохранения, выступая исключительно в роли посредников при перераспределении средств бюджета ФФОМС. В результате страхование фактически носит декларативный характер, а деньги, как правило, не следуют за пациентом¹³.

Нормативно-правовые и организационные аспекты взаимодействия обязательного и добровольного медицинского страхования четко не прописаны, система возмещения стоимости и соплатежей отсутствует, что препятствует созданию сбалансированного механизма финансирования здравоохранения. Сохраняется монополизм государственных ЛПУ и их незаинтересованность в повышении качества оказываемых услуг. Переходная бюджетно-страховая модель, как свидетельствует практика, не способствует реструктуризации существующей сети лечебно-профилактических учреждений. Тип собственности медицинских учреждений в основном государственный, институт частных семейных врачей и государственно-частное партнерство не развиты. В законодательных документах провозглашена свобода выбора страховой компании, ЛПУ и врача, но в реальности альтернативы при выборе отсутствуют.

Несмотря на то что в стратегических документах заявлен переход на социально-страховую модель, ряд экспертов считает целесообразным вернуться к бюджетной модели. Что касается авторов данной работы, то нам представляется, что России стоит продолжить курс на создание страховой модели по следующим причинам:

— она обладает меньшим количеством недостатков по сравнению с двумя другими моделями;

¹² Доклад о состоянии здравоохранения в мире (<http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>).

¹³ Быстрова К. Е. Комплексная система медицинского страхования: организация и принципы финансирования.

- меньше, чем бюджетная модель, зависит от обеспеченности необходимыми ресурсами, что особенно актуально для России;
- обладает более устойчивыми источниками финансирования;
- функции финансирования и оказания медицинских услуг в ней отделены друг от друга, что способствует устранению конфликта интересов в отношении ЛПУ, находящихся в государственной собственности;
- отличается более высокой по сравнению с бюджетной моделью ролью конкурентных механизмов в повышении качества медицинских услуг, оказываемых частными врачами и учреждениями различных форм собственности;
- обеспечивает соблюдение принципа «деньги следуют за пациентом»;
- характеризуется более структурированным, чем в бюджетной модели, распределением средств.

Чтобы страховая модель заработала, необходимо:

1. Постепенно увеличить долю расходов на здравоохранение из общественных средств до 5–6 % от ВВП.
2. Завершить переход на действительно одноканальное финансирование через ОМС. Прекратить практику, когда ФФОМС играет роль посредника при перекачке денег из бюджета в территориальные фонды медицинского страхования.
3. Изменить роль ФФОМС и страховых компаний, повысив роль последних в управлении ресурсами здравоохранения.
4. Отойти от сметного финансирования, реализовать на практике принцип «деньги следуют за пациентом».
5. Добиться, чтобы заработал принцип свободы выбора врача и медицинской организации для повышения качества медицинских услуг.
6. Провести поиск дополнительных источников финансирования, включая добровольное медицинское страхование и соплатежи за услуги, лекарства и другие технологии здравоохранения.
7. Разработать нормативную базу о разделении полномочий и взаимодействии обязательного и добровольного медицинского страхования.
8. Принять закон о ГЧП, в котором была бы прописана нормативная база по использованию этого важного механизма повышения эффективности в здравоохранении.

Библиография

1. Послание Президента РФ Владимира Путина Федеральному собранию [Электронный ресурс] / Российская газета. — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2013/12/12/poslanie.html>.
2. Быстрова К. Е. Комплексная система медицинского страхования: организация и принципы финансирования / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. — Санкт-Петербург, 2013.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью, 2010 г. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения — Режим доступа: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>.
4. Крестинский Ю. А. Роль государства в здравоохранении, 2013 [Электронный ресурс] / Институт развития общественного здравоохранения. — Режим доступа: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2013/09/5-krestinskiy.pdf>.
5. Kullman D. PHIS Pharma Profile United Kingdom [Электронный ресурс] / WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2010. — Режим доступа: <http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/PHIS%20Pharma%20Profile%20UK%20Feb2011.pdf>.
6. Most Efficient Health Care: Countries [Электронный ресурс] / Bloomberg Visual Data 2013. — Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>.
7. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hit_care_systems_2012.pdf.