

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

М. А. Губина

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОПЫТ РАЗВИТЫХ СТРАН

В современном мире не существует идеальной системы здравоохранения. Каждая страна в определенный период испытывала трудности, связанные с несовершенством управления, финансирования и распределения медицинских ресурсов. Причем в зависимости от выбранной модели здравоохранения менялся и спектр проблем. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет три вида данных моделей: государственную (бюджетную), социально-страховую и рыночную (частную)¹. Границы между ними, однако, недостаточно четко определены, и в разных странах могут встречаться признаки как одной, так и другой систем здравоохранения.

Характерные особенности государственной модели состоят в следующем: бесплатность медицинских услуг, их финансирование из средств государственного бюджета, государственная монополия на поставку медицинских услуг и управление системой здравоохранения. Основным недостатком этой модели заключается в том, что она дорого обходится государству и в конечном итоге требует повышения налогов. С учетом происходящего в последнее время старения населения и внедрения дорогостоящих способов лечения в развитых странах резко возрастает потребность в дополнительных денежных ресурсах. Кроме того, государственная система здравоохранения сопряжена с ограниченностью выбора лечащих врачей и лечебно-поликлинических учреждений (ЛПУ) для пациентов; большими очередями; неравенством в получении медицинской помощи в зависимости от социального положения и места проживания; ограничением нововведений и бюрократизмом².

Государственная модель существовала в СССР и странах бывшего Восточного блока до 1991 г. Она была разработана первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко (1918–1930). Модель была нацелена на профилактику заболеваний и доступность медицинских услуг населению, что обеспечивало высокие показатели его здоровья. За 1926–1972 гг. средняя продолжительность жизни в СССР увеличилась на 26 лет. Показательно, что в 1978 г. на конференции ВОЗ (Алма-Ата) модель Семашко была признана лучшей в мире и предложена в качестве рекомендации другим странам³.

Марьяна Андреевна ГУБИНА — ассистент кафедры мировой экономики СПбГУ, ст. преподаватель кафедры мировой экономики МБИ. В 2006 г. окончила экономический факультет СПбГУ; с 2006 г. обучается в аспирантуре факультета. Сфера научных интересов — национальные системы здравоохранения в условиях глобализации. Автор 5 научных публикаций.

© М. А. Губина, 2008

На сегодняшний день близкая по характеру система, носящая название Бевериджской, работает в Дании, Норвегии, Великобритании. Ее связывают с именем лорда Уильяма Бевериджа, который во время Второй мировой войны по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции. «Отчет Бевериджа 1942 г.» лежал в основе будущей Национальной службы здравоохранения и включал последнее в структуру общей социальной политики. На этой основе правительство лейбористов в 1948 г. учредило всеобъемлющую всеобщую бесплатную службу здравоохранения. Однако это привело к оппортунистическому поведению со стороны пациентов, зачастую злоупотреблявших медицинской помощью. Для исправления создавшегося положения были введены следующие меры: во-первых, система соплатежей (часть стоимости лечения оплачивалась пациентом); во-вторых, назначение лечащего врача общей практики (это позволило уменьшить число обращений к специалистам и число госпитализаций)⁴. В результате система здравоохранения Великобритании эволюционировала в сторону использования некоторых инструментов социально-страховой модели.

Антиподом государственной модели является рыночная система здравоохранения. Ее основная черта — платность всех предоставляемых услуг. Финансирование осуществляется за счет нескольких источников: частные расходы на здравоохранение (добровольное медицинское страхование (ДМС) и личные средства граждан) и средства, подконтрольные государству, идущие на программы государственных гарантий охраны здоровья (федеральный и региональные бюджеты, а также обязательные отчисления предприятий на программы типа Медикэр (*Medicare*) и Медикейд (*Medicaid*). Преимущества частной системы заключаются в отсутствии очередей, широком спектре предоставляемых услуг, гарантии специализированной помощи, должном внимании к пациенту, высоком качестве условий госпитализации.

Однако рыночная модель здравоохранения более других подвержена критике, и не случайно. Во-первых, сравнительно низка эффективность этой системы. Затраты на здравоохранение США — самые высокие в мире и составляют более 14% от ВВП⁵, а средняя продолжительность жизни американцев (77,85 лет) ниже, чем у жителей большинства развитых стран (для сравнения: 80,6 — Швеция, Швейцария; 80,2 — Канада)⁶. Во-вторых, высокая стоимость полисов ДМС (70% страховых взносов вносит работодатель и 30% — сам работник) приводит к недоступности медицинской помощи для некоторых слоев населения. В-третьих, зависимость объема медицинской помощи от размера взноса. Существует несколько видов ДМС, они включают разный набор медицинских услуг и соответственно подразумевают различную цену. Это отличает частное страхование от социального, в котором действует принцип общественной солидарности (здоровый платит за больного, богатый — за бедного).

Такую модель часто называют американской, поскольку США представляет собой самый яркий пример частной медицины. Система здравоохранения США сложилась в условиях практически свободного рынка. Профессиональные медицинские ассоциации имели огромную власть, не допуская государственного вмешательства. С 1965 г. существуют две программы — Медикэр, которая покрывает расходы по лечению большинства заболеваний у людей старше 65 лет, и Медикейд, покрывающая неотложную медицинскую помощь для малоимущих. Но, несмотря на это, в течение долгого времени значительная часть населения, не входившая в эти категории, не могла позволить себе медицинскую помощь в необходимом объеме. Начиная с 1960-х годов все большее распространение получали «Организации по поддержанию здоровья» (*Health Maintenance Organizations*). По сути эти организации являются страховыми компаниями, которые работают

в условиях жесткой конкуренции, по различным схемам. Интересной является новая концепция — «управляемая медицинская помощь» (*managed care*). Плательщиками за все виды медицинских услуг в данном случае выступают организации по поддержанию здоровья, минимизирующие свои издержки с помощью эффективного менеджмента. В частности, это удается за счет проведения профилактики (в случаях, когда это затратно-эффективно), лечения в амбулаторных условиях для ликвидации неоправданных и неэффективных назначений в стационары⁷.

Следующая модель здравоохранения — социально-страховая — сочетает в себе черты как государственной, так и частной систем здравоохранения. Государству здесь отводится роль гаранта в удовлетворении ограниченного набора основных потребностей большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня. Тем самым обеспечивается свобода выбора и суверенитет потребителей. Отличительной чертой такой системы здравоохранения является наличие обязательного медицинского страхования (ОМС) почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Одновременно существует и добровольное медицинское страхование (ДМС), предоставляющее потребителю те виды медицинских услуг, которые не включены в программу ОМС, или более комфортные условия для осуществления медицинской помощи. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает дополнительную гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины и механизма социальной защиты ее работников.

Модель страховой медицины привлекательна для правительств тем, что она позволяет экономить бюджетные средства, так как большая часть финансового бремени переложена на страхователя. Работодатель отчисляет средства на медицинское страхование своих работников, а сэкономленные бюджетные средства направляются на финансирование целевых программ (медицинская помощь малоимущим, инвалидам, лечение психических и наркологических заболеваний), научные исследования и программы профилактики заболеваний и на улучшение экологии.

Что касается отрицательных черт данной системы, то они уже в полной мере проявились в нашей стране. Во-первых, это заметная тенденция к росту стоимости медицинской помощи при одновременном сужении границ бесплатно предоставляемых услуг и лекарственных средств. Во-вторых, это неравномерность распределения денежных средств между различными регионами. Например, в 2005 г. размеры государственного финансирования (бюджетные ассигнования и средства системы ОМС) в Чукотском, Таймырском, Ненецком, Ханты-Мансийском автономном округах в 4–5 раз превышали уровень расходов в республиках Северного Кавказа⁸. В-третьих, низкий приоритет общественных мер охраны здоровья, профилактической медицины и санитарного просвещения. Это объясняется тем, что существующие методы финансирования медицинских организаций жестко привязаны к числу обращений к врачам и не стимулируют работу по профилактике заболеваний. В-четвертых, высокие административные расходы, касающиеся обработки информации, а также финансовых расчетов и т. д.

Социально-страховая модель была создана канцлером Германии Отто фон Бисмарком в 1881 г. для поддержания здоровья простых рабочих, поскольку они являлись потенциальными военнослужащими и, следовательно, охрана их здоровья была приоритетным направлением для государства. В основе этой системы лежала программа страхования рабочих и их семей, которая базировалась на уже действовавших в то время законе

о компенсациях работникам железной дороги (1838) и законе о шахтерских обществах (1954). «Больничные кассы» позднее сменили изначально созданные фонды социального страхования, оплачивавшие помимо расходов на лечение пособия по безработице, пенсии и т. д. Кассы получали две трети своих взносов от работников и треть — от работодателя⁹. В России такая система появилась в начале XX в., когда была осознана необходимость эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения. Это привело к началу формирования системы медицинского страхования населения; в стране была создана сеть республиканских, губернских, уездных и окружных фондов медицинской помощи застрахованным. Данная система существовала в нашей стране до революции 1917 г. и была ликвидирована в связи с внедрением государственной¹⁰.

Модели национальных систем здравоохранения

Характеристика	Государственная	Социально-страховая	Рыночная
1	2	3	4
Страны-представители	Великобритания, Греция, Дания, Испания, Ирландия, Норвегия, Португалия и др.	Австрия, Бельгия, Германия, Канада, Нидерланды, Франция, Швейцария, Япония и др.	Израиль, США
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	6,7 — Ирландия, 7,3 — Великобритания, 8,3 — Греция	6,6 — Япония, 10,6 — Германия, 10,7 — Швейцария	14,0 — США
Принципы, лежащие в основе модели	Медицинская услуга — общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый — за больного	Медицинская услуга — квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь	Медицинская услуга — частное благо, т. е. обычный товар, который может быть куплен или продан
Источники финансирования	Государственный бюджет	ОМС — 50–60%, ДМС — 10%, госбюджет — 15%, личные средства — 15–20%	Частное страхование — 40%, личные средства — 20%, программы для пожилых и малоимущих — 40%
Доступность медицинского обслуживания	Всеобщая доступность	85–95% населения охвачено программами ОМС и ДМС	Ограничивается платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся
Контроль за эффективностью расходования средств	Контроль осуществляет государство в лице Министерства здравоохранения	Контроль осуществляют частные и государственные страховщики	Контроль осуществляется страховыми фирмами, частными страховщиками

1	2	3	4
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производственными возможностями	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги
Использование новых технологий	Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения
Регулирование цен на медицинские услуги	Финансовые средства определяются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения	Цены регулируются правительством, ежегодно пересматриваются	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ

Такая модель здравоохранения встречается в большинстве развитых стран (Германия, Франция, Нидерланды, Швейцария, Канада, Япония и др.). Причем, как было сказано ранее, ни одна из систем здравоохранения не представлена в чистом виде. Так, канадская система здравоохранения предполагает существенную роль государственного сектора, а страны Скандинавии, наоборот, имеют много общего с социально-страховой системой.

Более наглядно общие характеристики трех моделей здравоохранения представлены в таблице (на примере наиболее развитых стран-представителей).

В современных условиях и на обозримую перспективу предпочтительной представляется социально-страховая система. Фактически даже в случае стран, формально относимых к рыночной или государственной моделям, определенные элементы заимствований существуют. Не случайно ВОЗ в настоящее время считает модель социально-страховой медицины оптимальной как для государства, так и для населения¹¹.

¹ World Health Organisation (<http://www.who.int/health-systems-performance/about.htm>).

² Скляр Т. М. Экономика и управление здравоохранением: Учеб. пособие. СПб., 2004.

³ Григорьева Н. С. Что было... что есть... что будет... (некоторые размышления по поводу реформы здравоохранения Российской Федерации) (<http://www.healthmanagement.ru/html/N08/Grig08.htm>).

⁴ Тишук Е., Щепин В. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. 2005. № 5. С.45.

⁵ Health Date. 2006 (www.oecd.com).

⁶ World Factbook. 2006 (www.cia.gov).

⁷ Vaucus M. Looking At The U.S. Health Care System In The Rear-View Mirror // *Health Affairs*. 2005. November 16.

⁸ Шишкин С. В., Бесстремьянная Г. Е., Чернец В. А. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России в 2005 г. Общая характеристика. М., 2006. С. 4.

⁹ Тишук Е., Щепин В. Указ. соч. С. 48.

¹⁰ Каменев А. В. Стратегия развития частной медицины в России // Тезисы выступлений делегатов на российском учредительном съезде врачей частной практики. 26–27 мая 2001 г. Самара, 2001.

¹¹ World Health Organisation.

Статья поступила в редакцию 29 ноября 2007 г.