
УДК 330.614(100)

ББК 65.495(3)

Б 44

Ю.М. Беляев

Доктор экономических наук, профессор кафедры производственного и регионального менеджмента Кубанского государственного технологического университета, г. Краснодар. E-mail: alter21@mail.ru.

Э.М. Черненко

Старший преподаватель кафедры экономики Института экономики и управления в медицине и социальной сфере, г. Краснодар. E-mail: ehleonorachernenko@yandex.ru.

Организационно-экономическое обеспечение современных стандартов медицинских услуг в зарубежных странах

(Рецензирована)

Аннотация. В статье рассмотрены модели медицинского обслуживания в зарубежных странах, проведен их сравнительный социально-экономический анализ, который позволяет выбрать наиболее приемлемые модели для применения в отечественной практике.

Ключевые слова: медицинские услуги, Бисмаркская система здравоохранения, Бевериджская система здравоохранения, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, управление национальными системами здравоохранения, стандарты, качество.

Yu.M. Belyayev

Doctor of economic sciences, Professor in the Department of management, marketing and business development of the Southern Institute of management and the Department of production and regional management of the Kuban State Technological University, Krasnodar. E-mail: alter21@mail.ru.

E.M. Chernenko

Senior lecturer in economics at the Institute of Economics and management in medicine and the social sphere, Krasnodar. E-mail: ehleonorachernenko@yandex.ru.

Organizational-economic provision of modern standards of medical services in foreign countries

Abstract. This article contains a model of medical services in foreign countries, a comparative socio-economic analysis, which allows you to choose the most appropriate model for use in domestic practice.

Keywords: medical services, Bismarckian health, Beveridzskan health, care system, compulsory health insurance, medical insurance, national health systems, standards, quality.

Система организации здравоохранения любой страны не может стоять на месте: под воздействием происходящих изменений совершенствуются старые методики, принимаются новые решения. Однако необходимость проведения масштабных реформ, требующих модернизации всего организационно-правового и хозяйственного механизма отрасли, возникает сравнительно не-

часто. Двадцать лет назад в качестве методологической базы для новых отношений в нашей стране была выбрана европейская модель обязательного медицинского страхования граждан, которую решено было вмонтировать в государственную схему финансирования лечебной сети. Данное организационно-правовое устройство получило условное название «бюджетно-страховая

медицина», став основой реформы здравоохранения РФ, которая осуществляется до настоящего времени. Все эти годы концепция развития отрасли медицинских услуг регулярно становится поводом для серьезной критики. Требования оппонентов представляют широкую палитру мнений от возврата к социалистической системе до приватизации больниц и передачи средств обязательного медицинского страхования (ОМС) самим гражданам. Возникающие противоречия во многом продиктованы различием в интересах отдельных социальных групп. Проводимые реформы не позволили за два десятилетия решить все проблемы, возникшие в период социалистического здравоохранения, сосредоточение высокотехнологичных медицинских центров в наиболее крупных городах и отсутствие первичной медико-санитарной помощи в глубинке, а также моральный и физический износ зданий и оборудования лечебных учреждений, неравенство в финансировании различных регионов — все это приводит к различию обеспечения медицинской помощью на всей территории страны. Данные проблемы возможно решить, но одних финансовых поступлений из бюджета для этого недостаточно.

Наибольший уровень социальной защиты населения при сопоставимых затратах на содержание достигается в тех странах, где все элементы социальных гарантий (пенсионное обеспечение, социальное страхование и медицинское обслуживание) имеют государственный характер. В настоящее время усиление функций государственного регулирования является стратегическим направлением развития мирового здравоохранения. С точки зрения организационно-финансовых особенностей, можно выделить следующие формы организации здравоохранения: страховую (бисмаркскую), национальную (бевеиджскую), государственную (социалистическую) и частную.

Системы организации здравоохранения, основанные на принципах страхования, называют бисмаркскими (по имени канцлера Германии Отто фон

Бисмарка). Роль правительства в такой системе ограничена. Оно определяет перечень основных услуг, которые должны оказываться застрахованным, устанавливает группы населения, которые должны быть застрахованы, регулирует величину страхового взноса, разрешает спорные вопросы и определяет основные правила игры. Общим для бисмаркской и бевеиджской систем здравоохранения является то, что и при ОМС, и в государственной системе нет прямой связи между величиной платежей (налогов) и объемом предоставляемой медицинской помощи — все должны платить и все должны иметь равный доступ к медицинской помощи.

Принципы социалистического здравоохранения во многом совпадают с бевеиджскими системами, но в отличие от них для социалистического здравоохранения характерны всеобъемлющая роль государства в организации здравоохранения, сверхцентрализация управления, преимущественно государственное финансирование. Эти принципы, разработанные Н.А. Семашко, были положены в основу здравоохранения СССР, бывших социалистических республик.

Бисмаркская система здравоохранения сохраняется сегодня в таких странах, как Австрия, Бельгия, Германия, Голландия, Франция, Швейцария, Япония. Это страны, где общественные фонды здравоохранения формируются главным образом за счет взносов трудящихся и предпринимателей при минимальном финансовом участии государства. Однако во всех этих странах фонды находятся под контролем государства и являются частью государственных финансов. ОМС охвачено от 80 до 99,8% населения. Степень охвата населения «страхованием на случай болезни» свидетельствует о доступности медицинской помощи для населения. Широко распространена «сооплата» при получении медицинской помощи и выполнении программы добровольного медицинского страхования (ДМС) [1, с.100]. Несмотря на схожесть функционирования страхования, в странах

с бисмаркской системой здравоохранения имеются существенные различия. Так, во Франции, Австрии и Люксембурге застрахованные не имеют права самостоятельного выбора страховщика, а прикрепляются к больничной кассе в зависимости от рода деятельности. В Бельгии, Германии и Израиле, напротив, каждый гражданин имеет право свободного выбора страхового фонда. Существуют также различия в свободе выбора медицинского учреждения и врача.

Системы, в которых основным поставщиком услуг является государство, предоставляя их как общественные блага, называются *национальными, или бевериджскими*. Для них характерны финансирование за счет общего налогообложения, контроль со стороны парламента, управление правительственными органами, равнодоступность медицинской помощи для всех граждан. Национальные системы здравоохранения приняты в странах Северной Европы: Великобритании, Греции, Испании, Италии и Португалии, а также в Канаде, в которых основная часть фондов (50–90%) формируется государством [1, с. 100]. В Великобритании, Ирландии, Дании действуют государственные системы медицинского обслуживания, финансируемые из общих бюджетных поступлений. В Италии, Швеции и Финляндии медицинское страхование построено преимущественно по принципу социального страхования. Оно финансируется за счет целевых взносов на трехсторонней основе, но превалируют государственные субсидии. Австралийская система здравоохранения финансируется из общих налогов.

Для нашей страны особенно ценен опыт Канады. Система ОМС охватывает все население Канады с 1914 г. и управляется централизованно. Каждая из 9 провинций имеет свою систему ОМС, в которой определяются два направления: страхование для больничного и для амбулаторного обслуживания [2, с. 290]. Государственные гарантии обеспечивают граждан практически всеми видами медицинской помощи. Боль-

ничная помощь оказывается примерно на одинаковом уровне по всей стране, однако между провинциями имеются различия в плате за госпитализацию в частные отделения или за отдельные виды помощи (в частности, за косметическую). Различаются также условия госпитализации в домах сестринского ухода, ухода на дому и т.п. В то же время, хотя услуги хиропрактиков, натуропатов, оптометристов и других подобных «специалистов» исключены из государственных гарантий, в некоторых провинциях они также оплачиваются обществом. Сказанное относится и к амбулаторной стоматологии, выписке лекарств при амбулаторном лечении: в разных провинциях они могут быть бесплатными, частично или полностью платными для пациентов. При переезде гражданина из одной провинции в другую он становится застрахованным по новой программе на срок не более 3 мес. *В настоящее время каждый канадец получает медицинскую помощь абсолютно бесплатно.* Обеспеченность больничными койками и врачами в Канаде — одна из самых высоких в мире, что порождает сверхпотребление медицинской помощи и в значительной степени объясняет 2-е (после США) место в мире по уровню расходов на здравоохранение в ВВП. В настоящее время политика правительства направлена на обеспечение не всех видов медицинской помощи, а только необходимой. *Происходит сокращение персонала в медицинском секторе при одновременном увеличении — в профилактическом.* Первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики и семейными врачами. Врачи-специалисты, включая терапевтов и педиатров, работают только в качестве консультантов. Консультант получает плату за каждую консультацию по направлению другого врача. Если же консультант не может подтвердить, что оказывал помощь по направлению другого врача (т.е. оказал ее инициативно), оплата будет осуществлена по тарифам врача общей практики, которые ниже, чем у специалиста. Врачи получают оплату в расчете

на услугу. Но стоимость услуг регулируется профессиональными медицинскими ассоциациями, так как они должны уложиться в фиксированную сумму, ежегодно устанавливаемую в результате переговоров с властями провинции. Стационарная помощь четко дифференцирована, хорошо налажена этапность оказания медицинской помощи. Широко распространены специализированные больницы, больницы по уходу, дома сестринского ухода, больницы и медицинские центры по долечиванию, восстановительному лечению, реабилитации. Федеральное министерство здравоохранения и социального обеспечения не управляет больницами напрямую. Оперативный контроль осуществляют правительства провинций. Министерство разрабатывает стратегию развития здравоохранения, составляет долгосрочные планы, прогнозирует расходы, координирует научные исследования и подготовку кадров, разрабатывает общенациональные стандарты. Частным больницам, действующим на коммерческой основе, принадлежит примерно 2% коечного фонда страны. Частное страхование в Канаде запрещено, исключение составляет лишь страхование от несчастных случаев. Программа медицинского страхования включает практически все виды амбулаторной (по медицинским показаниям) и больничной помощи (за исключением размещения в 1- или 2-местных палатах), все необходимые медикаменты, биологические продукты, изделия медицинского назначения, диагностические процедуры, психиатрическую помощь. В программу страхования не входят визиты к врачам больниц с целью выписки рецепта, приобретения очков, контактных линз, медицинского обследования при поступлении на работу, для акупунктуры, психологического тестирования и т.п. В канадской государственно-региональной системе федеральное правительство делает существенные отчисления на душу населения в здравоохранение каждой провинции. Последние финансируют больничные услуги из бюджета, определяемого на основании предыдущего

опыта и индексации затрат с учетом инфляции и увеличения числа работающих, а также принимают новые программы. Данная система обеспечивает всеобщее страхование. Страхователь один для всех — правительство провинции, которому врачи посылают свои счета. Число направлений на лечение в больницу связано с количеством пациентов, которое больницы могут обслужить в пределах своего ограниченного бюджета. Канадскую систему здравоохранения часто называют «системой одного плательщика», поскольку она в целом финансируется и управляется правительственной администрацией с использованием частного рынка предоставления медицинских услуг. Основным достоинством таких стандартов является полный охват населения страны практически бесплатными для него медицинскими услугами и прямой системой управления всем организационно-экономическим обеспечением. Главным недостатком канадской системы медицинских услуг является то, что она привязана к системе нормированной государством платы за услугу, в ней не заложены рыночные или иные факторы, которые стимулировали бы медицинские учреждения организовать систему с оптимальным качеством и эффективностью. Это делает врачей незаинтересованными в гарантиях высокого качества и контроля за использование ресурсов.

Примером страны с развитой системой *частного медицинского страхования* являются США — единственная экономически развитая страна в мире, ставящая во главу угла не общественную, а индивидуальную ответственность за здоровье. На становление американской системы частного страхования существенное влияние оказала традиционная приверженность нации идеям личной свободы, личной ответственности и свободного предпринимательства [2, с. 290]. Система здравоохранения США представляет собой большое разнообразие программ, охватывающих значительную часть населения. Можно выделить следующие основные государственные программы:

для престарелых; для бедных; для военнослужащих; для находящихся в отставке военных. Программа для среднего класса в основном осуществляется частными страховыми компаниями. Большинство американских фирм, как правило, обеспечивает коллективное страхование своих рабочих и служащих: 13% населения имеют как личную страховку, так и страховку работодателей. Не все предприниматели могут себе позволить страхование работников (в 1994 г. у 39,7 млн. жителей страны не было личных страховок), причем этот показатель имеет тенденцию к увеличению в связи с ростом стоимости медицинской помощи. Мелкие предприятия способны оплачивать только часть медицинской страховки своих работников. Многие компании предпочитают вносить страховые суммы за работников не постоянно, а только тогда, когда лечение необходимо, поэтому в случае увольнения работник фактически оказывается незастрахованным. Для большинства населения страхование здоровья является частным делом каждого. Около 85% американцев покупают полисы частного медицинского страхования, расходуя на это более 10% дохода семьи [3, с. 290]. ДМС получило развитие в США еще в 30-е годы XX века, когда были созданы две крупные организации: «Голубой крест» (больничное страхование) и «Голубой щит» (амбулаторно-поликлиническая помощь). Эти организации считаются некоммерческими: получаемую прибыль они используют для развития своей основной деятельности — медицинского страхования — и не имеют права ее капитализировать. Финансирование здравоохранения в США осуществляется за счет федеральных и региональных налогов, страховых взносов и личных выплат граждан. ДМС обеспечивает до 32% финансирования здравоохранения. Около 47% населения США охвачены системой страхования здоровья [1, с. 100]. Законы свободного рынка, действующие в системе здравоохранения США, способствовали созданию высокотехнологичной медицины. Однако сложившаяся система

имеет существенные недостатки — это, в частности, высокая стоимость лечения и ограниченная его доступность для социально незащищенных слоев населения. В сложившейся ситуации правительство и общественность США вынуждены принимать меры к изменению существующей системы здравоохранения с целью сокращения расходов и обеспечения жителей страны необходимым объемом качественной помощи. Один из возможных вариантов — управляемая помощь, при которой компании-работодатели заключают договоры с больницами и врачами или строят собственные больницы и набирают штаты на условиях фиксированной заработной платы и исполнения конкретных обязанностей. Практикуется также четкое определение круга врачей и больниц для направления страховыми компаниями больных. Есть варианты, сохраняющие право гражданина на выбор врача. Не исключено, что развитие здравоохранения США пойдет по пути внедрения новых технологий, направленных преимущественно на профилактику и раннее выявление заболеваний, т.е. по пути еще большей коммерциализации с уменьшением расходов за счет конкуренции [2, с. 290].

Одной из важнейших задач *развивающихся* стран является расширение числа лиц, охваченных государственными программами, так как в настоящее время многие работники не имеют доступа к бесплатной помощи. Кроме того, существует значительная разница в доступности бесплатной медицинской помощи для проживающих в городах и в сельских регионах. Медицинская помощь оказывается частными или государственными медицинскими учреждениями. В первом случае она оплачивается пациентами, а затем некоторым из них возмещается часть расходов, во втором — те, кто имеет право, получают бесплатную медицинскую помощь за счет социального страхования или бюджета. Привлекательность ОМС состоит в его принципах общественной солидарности, когда богатые субсидируют бедных, а здоровые — больных. Опыт развивающихся стран доказывает

популярность идеи всеобщего ОМС как системы, обеспечивающей доступную, в основном бесплатную, квалифицированную медицинскую помощь всем гражданам, независимо от уровня их доходов. В большинстве развивающихся стран амбулаторная помощь является основой медицинской помощи. В некоторых из них пациенты имеют возможность выбора врача. Больничная помощь малодоступна, так как число больниц ограничено и стоимость лечения довольно высока. Финансирование здравоохранения осуществляется за счет взносов и платежей работодателей и работников, в ряде стран государство вносит часть средств из бюджета.

В результате происходящих в здравоохранении разных стран изменений можно увидеть, что постепенно стирается грань между бисмаркской и бевериджской системами. Основным направлением развития здравоохранения является ОМС. В последние 10–20 лет оно широко применяется в странах Латинской Америки, Северной Африки, в Юго-Восточной Азии, к нему пришли большинство стран Центральной и Восточной Европы, включая Россию [1, с.100].

В современном обществе одним из наиболее важных и одновременно сложных секторов социального обеспечения является здравоохранение. Самые острые споры обычно связаны с

проблемой рыночных отношений и возникающими противоречиями между социальной миссией государства и личными предпринимательскими мотивами. В отличие от обычного рынка потребительских товаров и услуг, врачи одновременно выступают в двух лицах: и как сторона, определяющая потребности пациента, и как сторона, их обеспечивающая и реализующая услуги. К тому же потенциальными потребителями медицинской помощи являются самые бедные, старые и больные члены общества, а вовсе не молодые, здоровые и богатые, у которых сосредоточены основные финансовые ресурсы. В связи с этим вся история мирового здравоохранения связана с постоянным развитием и усилением различных форм государственной поддержки населения: вначале через контроль и регламентацию работы коммерческих страховых систем (как в Германии, Франции или Голландии), а позднее через государственное страхование (как в Швеции, Японии или Австралии) и даже прямое государственное обеспечение (как в Канаде, Великобритании или СССР). Для нашей страны настало время, используя свой накопленный опыт в сфере медицинских и социальных услуг, взять наилучшее из опыта зарубежных стран и на основе современных стандартов создать оптимальную систему социально-экономического обеспечения здравоохранения.

Примечания:

1. Экономика здравоохранения: учеб. пособие / под общ. ред. А.В. Решетникова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 272 с.
2. Миронов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А. Медицинское страхование. М.: Наука, 1994. 312 с.
3. Мамедова С. Основные системы финансирования здравоохранения // Финансы. 2005. №4. С. 68.

References:

1. Economy of public health: teaching aid/ under the general editorship A.V. Reshetnikova. — M.: GEOTAR — HONEY, 2003. 272 p.: illus. — (Series «XX1 century»).
2. Mironov A.A., Taranov A.M., Cheyda A.A. Medical insurance. — M.: Science, 1994 — 312 p.
3. Mamedov S., The main systems of financing public health. — Finances, №4, 2005, P. 68.