

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ С РАЗВИТОЙ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКОЙ

Оксана МИРОН

Кагульский государственный университет

Aspectele istorice privind crearea și implementarea asigurării medicale obligatorii în diferite țări au determinat dezvoltarea ei ulterioară, ce poate fi urmărită examinând situația actuală a sistemului de ocrotire a sănătății în țările Europei de Est și ale Americii de Nord. Însă, sistemele de ocrotire a sănătății aproape din toate țările, reformându-se de nenumărate ori, permanent își schimbă forma, preluând reciproc idei.

In different countries the future development of the obligatory Health Insurance was largely determined by historical aspects of the formation and practice implementation, which is clearly traced in the analysis of the current state of health systems in Western Europe and North America. However, through many reforms, the health systems of virtually countries are constantly changing, borrowing ideas from each other.

Исторические аспекты формирования и внедрения в практику обязательного медицинского страхования в различных странах во многом определили его будущее развитие, что отчетливо прослеживается при анализе современного состояния систем здравоохранения стран Западной Европы и Северной Америки.

Существует множество классификаций систем финансирования здравоохранения. Обычно классифицируя их, европейские эксперты ограничиваются тремя основными моделями: Бисмарка (немецкая), Семашко (советская) и Бевереджа (английская).

Однако системы здравоохранения практически всех стран, испытывая множество реформ, постоянно видоизменяются, заимствуя друг у друга идеи, усложняя тем самым процесс классификации. Кроме того, три вышеуказанные системы строились на основе солидарной идеологии (от французского: единство), суть которой состоит в том, что вклад гражданина в общественное благосостояние не должен определять его доступ к здравоохранению, а также к остальным услугам и продуктам, считающимся социально важными (образование, питание, минимальное жилье).

В то же время европейские классификации, вероятно из-за политической неприемлемости, лишь вскользь упоминают о существовании систем, в основе которых лежит либеральная идеология (от французского: свобода). Основопологающий принцип либеральной идеологии: если вклад гражданина, то есть его труд, определяет доступ на рынок большинства продуктов, то и доступ к системе здравоохранения (а также образования и т.д.) должен определяться теми же факторами. Медицина и здравоохранение в этом случае рассматриваются как любой другой товар.

Либеральная идеология имеет свои преимущества, делающие её довольно привлекательной для некоторых крупных стран. Во-первых, она возлагает на человека определенную долю ответственности за свое собственное здоровье. Так, система здравоохранения США в прошлом весьма успешно стимулировала у своих граждан стремление к здоровому образу жизни, способствовала созданию потребительских ассоциаций, повышению степени медицинской просвещенности граждан. Во-вторых, главные факторы, определяющие здоровье человека, все равно в любом обществе распространяются не по принципу равенства. В частности, английскими эпидемиологами было показано, что разница по продолжительности жизни в развитых странах между высшим и нижним социоэкономическим классом составляет пять лет, и этот фактор находится на втором месте после курения, отнимающего в среднем около 6 лет жизни. Таким образом, доход человека посредством многих факторов определяет здоровье человека в большей мере, чем доступ к системе здравоохранения. [1]

Тем не менее, нигде кроме социалистических стран не делалась попытка уравнивать доходы граждан и создать единый социоэкономический класс. Сторонники либеральной идеологии считают, что нет смысла создавать равенство и в доступе к медицинским услугам, так как это снизит мотивацию граждан к успеху. Однако, описывая либеральную идеологию, надо признать, что именно она приводит к тому,

что США по показателям здоровья находятся далеко позади европейских стран, хотя доход на душу населения — важнейший фактор, определяющий здоровье, у американцев выше. В последнее время отмечается поиск золотой середины, сближение либеральной и солидарной идеологии.

Существование же такого разнообразия систем и такого количества проводимых реформ говорит о том, что ни одна из них не идеальна. Каждое государство стремится создать наиболее приемлемое с точки зрения идеологии, экономики и ментальности здравоохранение. Рассмотрение опыта некоторых наиболее развитых стран позволит проследить общие тенденции развития планирования и финансирования современных систем здравоохранения, а также перенять и адаптировать наиболее приемлемые методы организации оказания медицинской помощи в Республике Молдова.

Канада

Система здравоохранения Канады управляется на трёх уровнях: федеральном, уровне провинций, или территорий, и на региональном уровне. Система всеобщих схем однократных выплат, известных как Medicare, покрывающих медицинские услуги на каждой территории (провинции) и определённых Федеральным Актом Канады о здравоохранении, принятом в 1984 году, финансируется в основном из общих налоговых поступлений в бюджет федерации и провинций. Медицинская помощь оказывается как частными (коммерческими и некоммерческими), так и государственными учреждениями. Ответственность за оказание медицинской помощи населению лежит на провинциях, а федеральное правительство через Департамент здравоохранения Канады направляет финансовые фонды в провинции для обеспечения оказания медицинской помощи, принимая во внимание то, что провинции, в свою очередь, придерживаются принципов вышеупомянутого Акта о здравоохранении Канады. Правительство Канады финансирует и руководит также службами здравоохранения для особых групп населения, таких, как вооружённые силы, ветераны, иммигранты и зарегистрированные представители коренного населения, а также занимается национальными проблемами здравоохранения и решает национальные проблемы по охране здоровья, предоставляя гранты провинциям и финансируя научные исследования в области здравоохранения.

В последние годы процесс планирования оказания медицинской помощи подвергался дальнейшей децентрализации путём создания региональных управлений здравоохранения (РНА) [2].

РНА являются ответственными за распределение финансовых ресурсов и оказание медицинской помощи как по месту жительства, так и в лечебных учреждениях. Занимая промежуточный уровень между Министерством здравоохранения и провайдерами медицинских услуг, РНА имеют мандат на планирование финансирования и координацию оказания медицинской помощи множества существующих медицинских учреждений в пределах конкретной географической зоны.

На данный момент система управления и финансирования здравоохранения в Канаде подвергается дальнейшим преобразованиям, направленным на усиление специфики организации РНА в зависимости от региональных приоритетов и одновременную интеграцию данных организаций в общенациональную программу защиты здоровья населения, реализуемую федеральным правительством Канады.

Дания

Основным отличительным признаком системы здравоохранения Дании, финансируемой из налоговых поступлений, является высокая степень децентрализации организаций медицинской помощи. Почти все службы финансируются государством, кроме нескольких коммерческих больниц в Копенгагене. Планирование финансирования оказания медицинской помощи ведётся главным образом на региональном и муниципальном уровнях и включает заключение соглашений между соответствующим органом власти и ассоциациями поставщиков услуг. В 2007 году в Дании была проведена структурная реформа, в результате которой 14 административных округов были преобразованы в 5 регионов, население каждого из которых насчитывает от 0,6 до 1,6 млн. человек. Количество муниципалитетов было сокращено с 271 до 98. Структурная реформа 2007 года повлекла частичное перераспределение ответственности, а именно: за финансирование и организацию большинства направлений оказания медицинской помощи стали ответственны регионы, а муниципалитеты приняли на себя ответственность по профилактическим мерам и программам укрепления здоровья.

Бюджеты больниц формируются согласно контракту с региональной властью. Кроме того, в последнее время больницы всё больше получают средств от оплаты их услуг, и в связи с этим были внедрены

такие механизмы гарантии расходов, как потолок объёмов расходования и системы взаиморасчётов между больницами и между регионами.

Планирование финансирования на региональном и муниципальном уровнях всё более и более усложняется по мере того, как правительство Дании, стремясь расширить выбор для пациентов, позволило обращаться за медицинской помощью в другие регионы. Это может негативно сказаться на финансовой определённости в регионах, поскольку число пациентов и необходимых услуг может стать менее предсказуемым [3].

Великобритания

Оказание медицинской помощи финансируется в основном за счёт общих налогов, а дополнительным источником финансирования являются отчисления из государственного медицинского страхования – взносы, которые уплачиваются как работодателями, так и работниками. Медицинская помощь финансируется государством главным образом в виде обеспечения заработной платы врачей и медицинских сестёр в лечебных учреждениях, принадлежащих государству (Фондам и Трастовым фондам Национальной службы здравоохранения – NHS), а также независимых врачей общей практики. В системе здравоохранения Великобритании, координируемой Национальной службой здравоохранения, участвуют государственные, частные и добровольные медицинские учреждения, в связи с чем некоторые виды медицинской помощи, финансируемой государством, могут оказываться частными или добровольными поставщиками медицинских услуг.

Планирование финансирования и система оказания медицинской помощи в Великобритании имеют иерархическую структуру. Министерство здравоохранения разрабатывает общую схему политики здравоохранения по всем направлениям. Стратегические Управления здравоохранения (SHA), учреждённые в 2002 году, осуществляют стратегическое руководство на местах, а Фонды первичной медико-санитарной помощи (PCT), также учреждённые в 2002 году и ответственные за обслуживание населения определённой географической территории, оплачивают услуги медицинских служб, исходя из потребностей местного населения [5].

Последние изменения в системе здравоохранения Великобритании были проведены в 2006 году и выражались в сокращении количества стратегических Управлений здравоохранения (SHA) с 28 до 10, а также Фондов первичной помощи (PCT) с 302 до 152, в рамках организационного реструктурирования Национальной службы здравоохранения (NHS).

В отличие от других стран, в Великобритании трастовые фонды NHS обладают большей свободой в финансовом плане. В частности, им разрешается привлекать средства из частного и государственного секторов и реинвестировать любую прибавочную стоимость, полученную от своей деятельности. Наблюдатель, или «монитор» – специалист, занимающий введённую в 2004 году новую должность, выдающий лицензии «высокоэффективным» фондам NHS на право функционировать в качестве трастовых фондов, устанавливает «благоразумный предел заимствования» для каждого трастового фонда отдельно, причём лимит основывается на оценке способности траста погасить заём. Заимствование на частном финансовом рынке поддерживается «условиями займа», учреждёнными Министерством здравоохранения, которые предоставляют трастовым фондам подтверждение их кредитоспособности.

Таким образом, трастовые фонды Национальной службы здравоохранения (NHS) становятся полноправными участниками финансового рынка Великобритании, выражая тем самым новейшие тенденции в развитии финансирования национальных систем здравоохранения.

Франция

Система здравоохранения Франции финансируется в основном за счёт социального медицинского страхования (SHI) – Securite Sociale – и налоговых поступлений и обеспечивает всестороннее покрытие потребностей всех жителей страны. Медицинская помощь осуществляется как государственными, так и частными поставщиками медицинских услуг, при этом амбулаторная помощь (общей практики и специализированная) в основном оказывается в кабинетах-бюро врачей. Больницы как государственные, так и частные, причём государственные больницы делятся на региональные, общие или местные, в зависимости от размера и уровня специализации.

Система финансирования здравоохранения Франции постепенно децентрализуется на региональный уровень и управление оказанием медицинской помощи, включая финансирование в рамках системы

SHI, было в большей степени передано от центрального правительства регионам. В то же время регионам были предоставлены более широкие полномочия созданием 22 региональных агентств, подобных канадским RHA, *agencies regionales d hospitalisation* – ARHs, в настоящее время ответственных за финансирование больничных учреждений. Из-за опасений по поводу того, что децентрализация может усилить потенциальное неравенство между регионами, Министерство здравоохранения Франции оставило за собой функции контроля над некоторыми секторами охраны здоровья, а также установление точного комплекса медицинских услуг, которые должны предоставляться в регионах.

Ответственность за распределение финансовых ресурсов и потенциала оказания медицинской помощи распределяется между центральным правительством, представленным Министерством здравоохранения, и ARHs. В процессе управления финансированием развития системы здравоохранения Франции важную роль играет Стратегический план, разрабатываемый на 5 лет. До 2003 года он включал Национальную медицинскую карту, где каждый регион был разделён на секторы оказания медицинской помощи, что значительно упрощало процесс распределения финансовых ресурсов между медицинскими учреждениями. Начиная с 2005 года Стратегические планы также формируют правовую основу целевых соглашений между больницами и ARHs в соответствующем регионе и определяют ответственность каждой больницы относительно объёма и специфики оказываемых услуг. Данные соглашения заключаются сроком на 3-5 лет и требуют получения одобрения со стороны ARHs.

На данный момент в системе здравоохранения Франции прослеживаются чёткие тенденции привязки финансирования оказания медицинской помощи к потребностям местного населения и децентрализации процесса планирования и использования финансовых ресурсов, направляемых на предоставление медицинских услуг в соответствующих регионах [5].

Германия

Система здравоохранения Германии финансируется главным образом через систему социального медицинского страхования (SHI), основанную на поступлениях от работодателей и работающих по найму. Системой SHI охвачено 88% населения, около 10 % имеют дополнительные частные медицинские страховки, а менее 1 % не охвачены никакими формами медицинского страхования [6]. Пользователям медицинских услуг предоставлено право свободного выбора (по контракту) поставщиков как амбулаторной, так и стационарной помощи, а также доступа к фондам социального обеспечения на случай болезни.

Больницы принадлежат различным государственным, благотворительным, религиозным и частным коммерческим организациям, непосредственно управляющих ими. Амбулаторная помощь предоставляется в основном в кабинетах-бюро врачей первичного звена и специалистов, имеющих право на оказание внебольничной медицинской помощи. В последние годы ситуация в сфере оказания медицинских услуг постепенно меняется. Доля частных коммерческих больниц в последнее время неуклонно возрастает, демонстрируя стабильную тенденцию дальнейшего роста в будущем [7].

Управление «сектором здравоохранения Германии осуществляется федеральным правительством, федеральными землями и корпоративными структурами. Ответственность сторон установлена в Социальном Кодексе, содержащем основные правила регулирования системы социального медицинского страхования Германии» [5]. В соответствии с упомянутым документом, управление в сфере здравоохранения характеризуется децентрализацией ответственности и включает множество действующих лиц.

Федеральное правительство в целом отвечает за разработку законодательной схемы, однако регулирование на этом уровне ограничивается лишь некоторыми специфическими областями, такими как обеспечение качества.

Федеральный объединённый комитет – наивысший орган самоуправляемой системы здравоохранения Германии, учреждённый в 2004 году и ответственный за принятие решений, проводит переговоры и устанавливает минимальные объёмы для некоторых медицинских услуг, которые больницы обязаны предоставлять, для того чтобы иметь право на получение денежного возмещения. Это юридически обязательно для всех определённых видов услуг, оказываемых больницей в рамках установленной законом системы социального медицинского страхования.

В соответствии с Федеральным актом о финансировании больниц от 1972 года, каждый регион должен обеспечить стабильное финансирование всех больниц на своей территории согласно больничному плану и должен гарантировать, что больничная помощь удовлетворяет потребностям населения по

приемлемой цене при наличии разнообразия достойных поставщиков медицинских услуг. Актом о финансировании больниц введён также принцип «двойного финансирования» для больниц, оказывающих неотложную помощь, что предусматривает инвестирование как на уровне регионов, так и на федеральном уровне (через налогообложение), в то время как оперативные расходы оплачиваются фондами медицинского страхования или частными пациентами в виде компенсаций от частных страховых компаний.

В рамках федерального законодательства, каждый регион разрабатывает свое законодательство для больниц, которое включает специфическое для конкретного региона законодательство, больничный план и программы инвестиций. В связи с этим в различных субъектах федерации (регионах/ землях) характер, рамки и методы финансирования могут значительно различаться.

Это является основным недостатком децентрализованной системы здравоохранения Германии. В настоящее время регулирование системы финансирования здравоохранения на федеральном уровне незначительно и ограничено вопросами соблюдения качества, однако предполагается, что в будущем возрастёт роль Федерального Объединённого Комитета в вопросах финансирования оказания медицинской помощи [5].

Италия

Медицинская помощь в Италии финансируется главным образом из национальных и региональных налоговых поступлений и регулируется Национальной службой здравоохранения. Ответственность за организацию и финансирование медицинской помощи лежит на 19 регионах и двух автономных провинциях. Они располагают существенными законодательными, административными и регуляторными полномочиями, а последовательная политика правительства в последние годы значительно укрепила их автономию [8].

Регионы получают средства для государственных служб, в том числе и для медицинской помощи, путём сбора региональных налогов и средств пользователей медицинскими услугами. Механизм фискального уравнивания, представленный в виде Национального фонда солидарности, позволяет переводить национальные фонды (в настоящее время 25,7% от полученного национального налога на добавочную стоимость) в регионы, поддерживая те из них, которые самостоятельно не способны обеспечить достаточное финансирование.

Региональные департаменты здравоохранения осуществляют надзор за оказанием медицинской помощи, предоставляемой местными медицинскими учреждениями, фондами государственных больниц и частными аккредитованными больницами в пределах их регионов. Они устанавливают законодательные рамки для поставщиков медицинских услуг и осуществляют мониторинг их деятельности в отношении качества и эффективности оказания медицинских услуг. Таким образом, региональные департаменты здравоохранения являются ответственными за управление финансовыми ресурсами, выделяемыми Министерством здравоохранения и получаемыми за счёт региональных налоговых поступлений. Распределение национальных фондов осуществляется по сложной формуле с учётом численности населения, его возрастного состава, заболеваемости, межрегиональной миграции и данных о расходах на медицинскую помощь за прошедшие годы.

В регионах за организацию большинства медицинских услуг ответственны местные учреждения здравоохранения (*Aziende Sanitarie Locali, ASL*). ASL предоставляют медицинскую помощь через государственные больницы неотложной помощи и реабилитационные больницы, через «медицинские районы», ответственные за первичную медицинскую помощь, и через «отделы укрепления здоровья», занимающиеся профилактическими действиями по предотвращению заболеваний. ASL обладают значительной самостоятельностью в управлении финансовыми ресурсами и в организации медицинских служб, руководствуясь рамками планов, определённых центральными и региональными департаментами здравоохранения. Общее число ASL постепенно было снижено с 659 в 1978 году до 195 в 2007 году, отражая давление необходимости усиления административной эффективности системы здравоохранения Италии [5].

Нидерланды

Организация здравоохранения в Нидерландах представляет собой повышенный интерес для изучения возможностей модернизации системы оказания медицинской помощи ввиду проводимых в настоящее время реформ в данной области.

Система оказания медицинской помощи переживает серьёзный процесс реструктуризации, начавшийся с реформы 2006 года, в результате которой медицинское страхование стало обязательным для всех жителей страны. Согласно проведенной реформе, жители страны имеют право на получение одинакового для всех полного пакета медицинских услуг, который они покупают у частных медицинских страховых компаний. Существует также возможность выбора и добровольного страхования, которое покрывает дополнительные услуги. Медицинская помощь обычно оказывается частными поставщиками медицинских услуг как в амбулаторном, так и в больничном секторах. Больницы, в основном, традиционно принадлежат частным некоммерческим организациям. Однако после реформы 2006 года разрешается и частным коммерческим поставщикам выходить на рынок медицинских услуг, причём в недалёком будущем ожидается рост доли указанных поставщиков в общем объёме оказания медицинской помощи населению.

Ключевой особенностью голландской системы является децентрализованный подход во многих областях, включая и медицинскую помощь. Правительство устанавливает законодательную основу, но большинство решений, касающихся медицинской помощи, является предметом переговоров между корпоративными участниками, включая представителей медицинской профессии, страховых компаний и иногда пациентов, а также представителей национальных или региональных структур.

В Нидерландах выработан также уникальный тип регулируемого рынка медицинской помощи, где правительство несёт общую ответственность за систему здравоохранения, тогда как организации по оказанию медицинской помощи оставлены на рынке, но при этом они подлежат надзору со стороны правительства и подчинённых ему органов (Совета учреждений медицинской помощи Нидерландов). Реформа 2006 года допускает дальнейшее расширение автономии поставщиков услуг и страховых компаний в организации медицинской помощи. Однако если работа системы нарушается, то правительство имеет право аннулировать решения корпоративных действующих лиц [5].

Рассмотрев специфику организации и финансирования систем здравоохранения в одних из наиболее развитых стран, таких как Великобритания, Канада, Германия, Франция, Дания, Нидерланды и Италия, можно отметить, что на современном этапе развития, начиная с 2003-2006 годов, большинство вышеперечисленных стран задалась проблемой усовершенствования существовавшей до последнего времени системы финансирования здравоохранения.

Исходя из приведенного описания современных систем здравоохранения и организации их финансирования, необходимо заметить, что ни одна из них не является ярким представителем классических систем финансирования медицинской помощи (систем Бевериджа, Бисмарка или американской системы), включая в себя и эффективно применяя на практике комбинации элементов перечисленных систем. Исключением является Германия, до сих пор придерживающаяся принципов бисмаркской системы финансирования здравоохранения, но и она предпринимает определённые шаги в усовершенствовании данной системы.

Ещё одной характерной чертой современного состояния национальных систем здравоохранения и их финансирования является стабильная тенденция к децентрализации управления финансовыми ресурсами в области оплаты оказания медицинских услуг. Это происходит повсеместно через создание региональных агентств, подчинённых, как правило, Министерству здравоохранения, которые планируют и распределяют финансовые потоки в регионах, в зависимости от местных потребностей населения, степени заболеваемости, географических и миграционных особенностей региона.

Опыт реформирования и развития национальных систем финансирования здравоохранения, а также изучение современных тенденций изменения рынка медицинского страхования, позволит провести необходимые преобразования в отечественной системе здравоохранения для поддержания необходимого уровня финансирования и разработки собственной системы оплаты медицинских услуг. Для этого необходимо более подробно рассмотреть основные преимущества и недостатки существующих на данный момент систем финансирования здравоохранения.

Литература:

1. Шишкин В. О развитии медицинского страхования за рубежом // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, 2005, № 9, с.69-76.
2. The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. The health of Canadians: the federal role (Final report vol 6). Available from <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6-e.htm>, Accessed 5 July 2006

3. Ministry of the Interior and Health. The local government reform – in brief. Copenhagen: Ministry of the Interior and Health, 2005. Available from http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm, Accessed 2 August 2006.
4. Department of Health. Health reform in England: update and next steps. - London: Department of Health, 2005.
5. Stefanie Ettelt, Ellen Nolte, Sarah Thomson, Nicholas Mays, International Healthcare Comparisons Network. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения.
6. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
7. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhauser 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2006. Available from: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019676&CSPCHD=0001000100014306yIII000553427881>, Accessed 27 July 2007.
8. France G., Taroni F., Donatini A. The Italian health-care system. Health Economics 2005;14:S187–S202.

Prezentat la 12.09.2011