УДК 658.012 “71”

DOI: 10.18384/2310-6646-2019-2-64-72

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ

Желтенков А. В.¹

Московский государственный областной университет

141014, Московская обл., г. Мытищи, ул. Веры Волошиной, д. 24,

Российская Федерация

Аннотация. Данная статья посвящена исследованию особенностей функционирования моделей систем здравоохранения в развитых странах и разработке на этой основе концепции развития системы здравоохранения в России, а также реорганизации управления медицинскими учреждениями. Рассматривается применение моделей систем здравоохранения в Германии, Франции, Австрии, Швейцарии, США, странах Скандинавии, Великобритании, Ирландии и ряде других. Выявлены принципиальные различия между системами. В завершение исследования автором предлагается ряд мер и предложений по совершенствованию российского здравоохранения.

Ключевые слова: модель здравоохранения, медицинские учреждения, зарубежный опыт, Всемирная организация здравоохранения, система «Бeveridge», система «Bismarck», частная (платная) модель.

THE FEATURES OF THE FUNCTIONAL MODELS OF HEALTH CARE SYSTEMS IN DEVELOPED COUNTRIES

A. Zheltenkov

Moscow Region State University

24, Very Voloshinoi st., Mytishchi, 141014, Moscow Region, Russian Federation

Abstract. This article studies the features of the functional models of health care systems in developed countries and proposes a new concept of health care development in Russia and reorganization of management at medical institutions. The author considers the models of health care systems in Germany, France, Austria, Switzerland, the USA, Scandinavian countries, Great Britain, Denmark, Ireland and others, revealing fundamental differences between them. On the basis of the analysis of the peculiarities of foreign health care systems a number of measures for improvement of the Russian health care system were suggested.

Keywords: health care model, medical institutions, international experience, World Health Organization, the system of «Beveridge», the system of «Bismarck», private (paid) model.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает систему здравоохранения как совокупность различных организаций, институтов и ресурсов, предназначенных для действий в интересах здоровья граждан. Экспертами ВОЗ проводится регулярный мониторинг уровня здравоохранения на основе отработанной системы оценок. Это позволяет создавать новые предпосылки к совершенствованию системы здравоохранения с позиций справедливости и пользы для населения [7]. Для достижения этих целей все системы здравоохранения должны выполнять основные функции независимо от типа организации: финансирование (сбор доходов, накопление материальных средств и закупки); обеспечение ресурсами (человеческие ресурсы, технологии и оснащение для оказания медицинских услуг); управление (формулировка стратегии здоровья, регулирование и контроль).

Условно принято, что 1900 г. стал годом образования систем здравоохранения в мировом сообществе. В XVII в. в Германии ремесленниками организуются первые страховые (больничные) кассы, которые обеспечивали оплату медицинских (больничных) услуг ремесленникам и членам их семей. Подобные страховые организации получили в XIX в. распространение в большинстве стран Европы.

В конце XIX в. исторически зародилось обязательное медицинское страхование с целью социальной защиты населения в странах с негосударственной системой здравоохранения. Несмотря на видоизменения, в дальнейшем такая социально-страховая модель организации здравоохранения получила название «системы Бисмарка» [2; 4; 7]. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определённом участии государства в финансировании страховых фондов. Система организации здравоохранения обеспечивалась тремя источниками денежных средств: государственным бюджетом, обязательными взносами работников наёмного труда и работодателей. По «системе Бисмарка» в настоящее время организовано здравоохранение в Германии, Франции, Австрии, Швейцарии, странах Скандинавии и др. Страховщиками в системе ОМС выступают специализированные страховые организации, например, во Франции – фонды, в Германии – больничные кассы, в России – страховые медицинские компании [5; 6]. В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной.

Другая модель получила название системы «Бевериджа» – по фамилии экономиста и общественного деятеля Великобритании Уильяма Бевериджа. Она сложилась в 40-х гг. XX в. в результате реформ, проведенных правительством. «Модель социальной защиты» Бевериджа базируется на основе государственного регулирования и бюджетного финансирования [8; 9; 11]. Социальная значимость и ответственность системы исходят из принципа «богатый платит за бедного» и «здоровый платит за больного». Согласно характеристикам ВОЗ, реконструированная модель Бевериджа существует в Великобритании, Дании, Ирландии и ряде других стран. В основу положено государственное (бюджетное) здравоохранение, дополненное элементами страховой медицины и соплатами населения. Бюджетная основа формируется из налоговых средств. Под чисто государственное обеспечение медицинской помощью попадают пенсионеры, инвалиды и низкооплачиваемые слои населения.

Третья модель здравоохранения – частная (платная), наиболее демонстративно представлена в США [1]. Система характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и почти полным отсутствием государственного регулирования. Для большинства населения США страхование

здоровья является частным делом каждого. Существует 2 вида страховой государственной программы для пенсионеров и малообеспеченных жителей, но и они не покрывают полной стоимости лечения. Однако следует подчеркнуть, что именно в США разрабатываются и внедряются эффективные медицинские технологии, разворачиваются передовые научные исследования и, в результате, успешно реализуется медицинская помощь высокого качества. США также в самые большие расходы на здравоохранение в % от ВВП (около 17%). В связи с этим предпринимаются попытки реформировать систему здравоохранения и внедрить механизмы ОМС. Для частной системы финансирования характерна конкуренция между поставщиками – модель «регулируемой конкуренции» или, более применительно к медицине, «управляемой конкуренции», концепция, которую активно развивал известный экономист Ален Энтховен [10; 11]. Они предлагают различные виды программ, имеющие разную стоимость и разные условия оказания медицинской помощи. При этом страховщики обычно дифференцируют тарифы страховых взносов в зависимости от возраста и наличия хронических заболеваний. Принципиальными различиями между моделями здравоохранения являются:

1. степень государственного участия;

2. степень охвата населения программами государственной поддержки;
3. формы собственности производителей медицинских услуг;
4. источники финансирования здравоохранения;
5. механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);
6. формы и методы контроля объёмов и качества медицинской помощи.

Важным моментом в системах здравоохранения зарубежных стран является отношение к соучастию граждан в покрытии медицинских расходов. Частичное покрытие медицинских расходов пациентами используется в целях либо снижения спроса на медицинские услуги и сдерживания расходов, либо привлечения дополнительных средств на поддержание медицинских служб.

Таким образом, системы здравоохранения ни в одной стране не представлены изолированно, а являются «собирательными» моделями с преобладанием тех или иных особенностей [2; 3; 5]. Существует множество подходов для оценки эффективности систем здравоохранения, общими из которых являются показатели качества, доступности медицинской помощи и эффективности по различным критериям (медицинским, социальным

и экономическим). В рейтинге, составленном агентством *Bloomberg* за 2015 г., Россия занимает предпоследнее место в списке из 55 стран. Но надо заметить, что Россия в данный перечень входит всего 3 года, т. к. в рейтинг включаются страны со средней продолжительностью жизни более 70 лет. Более показательным является рейтинг эффективности систем здравоохранения по данным Фонда общественного благосостояния (на основе данных ВОЗ, ОЭСР и ВБ). Его особенность в том, что большинство критериев отражают «отзывчивость» системы и удовлетворённость населения. В 2014 г. лидером рейтинга стала Великобритания с государственной (бюджетной) моделью здравоохранения. Можно провести параллель с тем, что предшественницей такой модели стала «пирамида Семашко», ориентированная на социальное предназначение здравоохранения и общественную пользу.

Следует отметить, что в странах Европы вне зависимости от модели здравоохранения (Бисмарка или Бевериджа), по данным ВОЗ, средняя продолжительность жизни является одной из самых высоких в мире. В 2050 г., по прогнозу Евростата, она составит 79,7 лет у мужчин и 85,1 год – у женщин. Ожидаемая продолжительность жизни более чем на 15 лет выше в странах Европы с наибольшей эффективностью систем здравоохранения по

сравнению со странами с наихудшими показателями [3].

В 2012 г. 53 государства (члены Европейского региона ВОЗ) приняли программу «Здоровье-2020» – новую общую концепцию европейской политики в области здравоохранения. Она поддерживает действия государства и общества, направленные на улучшение здоровья населения, сокращение неравенства, укрепление общественного здравоохранения, а также обеспечение системы здравоохранения, ориентированной на нужды людей, социальную справедливость и устойчивость.

При планировании финансовых затрат основной статьёй расходов является заработная плата персонала, уровень которой существенно отличается в России. Так, в США заработная плата врача почти в 7 раз превышает среднедушевую оплату труда по стране. В России средняя зарплата врачей не превышает средних значений по стране и, помимо этого, сильно различается по регионам. Переход к страховой медицине почти не отразился на уровне заработной платы, за исключением крупных городов с центрами высокотехнологичной медицины. Основой начисления заработной платы по-прежнему является единая тарифная сетка. В мировой практике основными видами оплаты труда являются:

1. гонорарный метод – за отдельные медицинские услуги, посещения врача и манипуляции;

2. подушевое финансирование – оплата за единицу прикрепленного населения, по показателям и результату лечения.

Это касается оплаты в секторе амбулаторно-поликлинической помощи (врачи общей практики), которая охватывает большинство населения. Расчёт стационарной стоимости ведётся по ранжированию клинко-родственных групп. Основная нагрузка по обеспечению медицинской помощи ложится на первичное звено. И оплата на основе гонорара, и подушевое финансирование имеют определенные недостатки, при этом в западных странах врач является не только «получателем» денежных средств, но и организатором своей профессиональной деятельности. Врач общей практики через способы оплаты медицинской помощи должен быть экономически заинтересован в повышении её качества и рациональном использовании ресурсов на всех этапах её оказания пациентам своего территориального участка. Поэтому программы профилактики нашли такое широкое применение в странах как с государственной, так и со страховой системами здравоохранения. Врачам выгоднее наблюдать пациента амбулаторно, не допуская развития осложнений, требующих лечения в стационаре. Получая высокую заработную пла-

ту, врачи и другой медицинский персонал работают много больше, эффективнее и продуктивнее.

В процессе реформирования организации здравоохранения все страны не избежали спорных вопросов и нерешённых проблем, связанных прежде всего с социальными запросами населения. В России до сих пор остаются открытыми темы:

1. обеспечения государственных гарантий в лечебно-профилактических учреждениях,
2. получения высокотехнологичной помощи лицами, проживающими в регионах с неразвитой инфраструктурой,
3. несовершенства законодательной базы для системы ОМС,
4. соплатежей за ряд медицинских услуг,
5. оказания платных услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения.

Все эти вопросы имеют общественный резонанс и обсуждаются на разных правительственных уровнях. Принятая за рубежом система соплатежей в настоящее время невозможна из-за низкого уровня социальной защищённости большинства населения, эффективность высокотехнологичной помощи ограничивается недостаточным кадровым потенциалом и отсутствием дальнейшей реабилитации. Отдельной большой темой

для российского здравоохранения является льготное обеспечение лекарствами. Списки льготных лекарственных средств сильно варьируются в различных областях, ощущается нехватка жизненно-важных препаратов, нет чётких мер по контролю фармацевтической промышленности. Складывается парадоксальная ситуация, когда у населения есть возможности для обследования, но качественное лечение сильно ограничено и требует личных финансовых затрат. В качестве вывода автором формулируются некоторые предложения по развитию системы здравоохранения в России.

1. Разработка региональных стратегий планирования и развития структур здравоохранения с включением преемственности оказания медицинской помощи на муниципальном и территориальном уровнях.
2. Совершенствование программ ОМС с учётом потребностей территориальных фондов, разработка единых нормативов оплаты медико-экономических стандартов по объёму оказанных услуг.
3. Создание независимых координационных комитетов, контролирующих взаимодействие органов здравоохранения и страховых компаний, в рамках государственного

- регулирования и договорных отношений.
4. Организация и мотивация службы первичной медико-профилактической помощи посредством развития условий для профессионального роста и конкурентного уровня заработной платы.
 5. Упрощение системы получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь с использованием региональных регистров по заболеваемости и интеграции действий поставщиков услуг на муниципальном и региональном уровнях.
 6. Методы стратегического планирования, направленные на эффективное распределение ресурсов, во всех структурах здравоохранения, анализ доходов и затрат, прогноз внедрения инноваций и рисков.
 7. Усиление информированности населения, обеспечение защиты прав и равного доступа к медицинской помощи, участие в формировании рейтингов медицинских учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кимбол А. М. Система здравоохранения США: сравнительное исследование // Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы. Новосибирск: НГАЭиУ, 2007. С. 50–64.
2. Рагозин А. В., Кравченко Н. А., Розанов В. Б. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования // Здравоохранение. 2015. № 12. С. 30–39.
3. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 432 с.
4. Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям. Реформы здравоохранения в современном мире. М: Экономика, 2017. 286 с.
5. Стародубов В. И., Луговкина Т. К. Клиническое управление. Теория и практика. М: Медицина, 2013. 192 с.
6. Томсон С., Фубистер Т., Моссиалос Э. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения // Серия исследований Обсерватории. Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2010. Вып. 17. С. ???
7. Фигейрас Дж. и др. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. справочный документ ВОЗ. /Дж. Фигейрас и др. Город; 2008. 75 с.
8. Хайруллина И. С. Выбор типов медицинских учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы. М.: Менеджер здравоохранения, 2011. 328 с.
9. Davis K., Schoen C., Stremikis K. Mirror, mirror on the wall. How the performance of the US health care system compares internationally [Электронный ресурс]. URL: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_

files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf (дата обращения: 05.04.2019).

10. Enthoven A. C. The history and principles of managed competition. *Health affairs*, 2015. T. 12. № 1. P. 24–48.
11. Enthoven A. C., Tollen L. A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency // *Health Affairs*: [сайт]. URL: https://www.researchgate.net/publication/7613969_Competition_In_Health_Care_It_Takes_Systems_To_Pursue_Quality_And_Efficiency (дата обращения: 05.04.2019).

REFERENCES

1. Kimbol A. M. [The U.S. health care system: a comparative study]. In: *Upravlenie v zdavookhranении Rossii i SShA: Opyt i problemy* [The Management of Health Care in Russia and the USA: Experience and Problems]. Novosibirsk, Novosibirsk State University of Economics and Management Publ., 2007, pp. 50–64.
2. Ragozin A. V., Kravchenko N. A., Rozanov V. B. [Compare national health systems of countries using «insurance» and «budget» funding model]. In: *Zdavookhranenie* [Health Care], 2015, no. 12, pp. 30–39.
3. Saltman R. B., Figueras J. *Reformy sistemy zdavookhraneniya v Evrope. Analiz sovremennykh strategii* [European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2016. 432 p.
4. Sadovnichy V. A., Grigoryeva N. S., Chubarova T. V. *Ot traditsii k innovatsiyam. Reformy zdavookhraneniya v sovremennom mire* [From Traditions to Innovations. Health Care Reform in the Modern World]. Moscow, *Ekonomika* Publ., 2017. 286 p.
5. Starodubov V. I., Lugovkina T. K. *Klinicheskoe upravlenie. Teoriya i praktika* [Clinical Management. Theory and Practice]. Moscow, *Meditsina* Publ., 2013. 192 p.
6. Tomson S., Fubister T., Mossialos E. [Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses]. In: *Seriya issledovaniy Observatorii. Evropeiskaya Observatoriya po sistemam i politike zdavookhraneniya* [The Observatory Series of Research. The European Observatory on Health Systems and Policies], 2010, no. 17. 241 c.
7. Figueras J. et al. *Sistemy zdavookhraneniya, zdorove i blagosostoyanie: otsenka argumentov v polzu investirovaniya v sistemy zdavookhraneniya. Spravochnyy dokument VOZ* [Health Systems, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems. Background Paper for the WHO], 2008. 75 p.
8. Khairullina I. S. *Vybor tipov meditsinskikh uchrezhdenii zdavookhraneniya: obosnovanie, vozmozhnosti i ugrozy* [The Choice of the Types of Medical Health Care: Rationale, Opportunities, and Threats]. Moscow, *Menedzher zdavookhraneniya* Publ., 2011. 328 p.
9. Davis K., Schoen C., Stremikis K. Mirror, mirror on the wall. How the performance of the US health care system compares internationally. Available at: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf (accessed: 05.04.2019).

10. Enthoven A. C. [The history and principles of managed competition. Health Affairs, 2015. Vol. 12.], no. 1, pp. 24—48.
11. Enthoven A. C., Tollen L. A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. In: Health Affairs. Available at: URL: https://www.researchgate.net/publication/7613969_Competition_In_Health_Care_It_Takes_Systems_To_Pursue_Quality_And_Efficiency (accessed: 05.04.2019).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Желтенков Александр Владимирович – доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой менеджмента Московского государственного областного университета;
e-mail: kaf-menedg@mgou.ru

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Alexander V. Zheltenkov – Doctor of Economics, professor, head of the Department of Management, Moscow Region State University;
e-mail: kaf-menedg@mgou.ru

ПРАВИЛЬНАЯ ССЫЛКА

Желтенков А. В. Особенности моделей функционирования систем здравоохранения в развитых странах // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Экономика. 2019. № 2. С. 64–72.
DOI: 10.18384/2310-6646-2019-2-64-72

FOR CITATION

Zheltenkov A. V. The Features of the Functional Models of Health Care Systems in Developed Countries. In: *Bulletin of Moscow Region State University. Series: Economics*, 2019, no. , pp. 64–72.
DOI: 10.18384/2310-6646-2019-2-64-72