

Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран

Л.В. Максимова^{1, 2}, В.В. Омеляновский^{1, 2}, М.В. Сура¹

¹ Академия при Президенте Российской Федерации, РАНХиГС, Москва, Россия

² Центр финансов здравоохранения Научно–исследовательского финансового института Министерства финансов РФ, Москва, Россия

Статья посвящена характеристике трех основных моделей здравоохранения, применяемых в ведущих странах, анализу их преимуществ и недостатков. В частности, рассматриваются используемые в зарубежных странах системы государственных гарантий медицинской помощи, основные и дополнительные источники финансирования здравоохранения, включая частное медицинское страхование, а также соплаты населения за медицинские услуги и технологии. Показано, как различные типы организации медицинской помощи и разные формы собственности поставщиков медицинских услуг влияют на качество этих услуг и эффективность использования ресурсов здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: системы здравоохранения, модели здравоохранения, финансирование и организация оказания медицинских услуг, частнопрактикующие врачи, государственные и частные больничные учреждения, формы оплаты стоимости медицинских услуг, индикаторы здравоохранения, повышение эффективности затрат на здравоохранение.

ВВЕДЕНИЕ

Одновременное достижение финансовой устойчивости и равного доступа населения к передовым методам лечения и медицинским технологиям – важная задача, с которой сталкивается здравоохранение большинства стран мира. Это актуально не только для бедных и развивающихся государств с переходной экономикой, но и для развитых стран, которые тратят на здравоохранение существенно больше необходимого минимума, рекомендованного ВОЗ (5–6% от ВВП). Однако, к сожалению, даже в этих странах существенная часть ресурсов, выделяемых на здравоохранение, расходуется неэффективно.

Даже по самым консервативным оценкам, доля подобных расходов в мире составляет от 20 до 40% [1].

Улучшению здравоохранения способствуют новые медицинские технологии, позволяющие эффективно бороться с такими серьезными проблемами, как хронические заболевания, онкология и редкие болезни. Как следствие, растет спрос на новые услуги и инновационные методы лечения, возрастают требования к их качеству, появляются дополнительные финансовые риски, повышаются ожидания пациентов. В последние годы в большинстве развитых стран наблюдается увеличение продолжительности жизни и, соответственно, доли пожилого населения (старше 65 лет). Согласно данным ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития), в 2010 г. доля пожилых граждан в совокупной численности населения 15 ведущих стран в среднем составляла около 16%, достигая максимума в 23% в Японии. Это является важным фактором роста расходов на здра-

воохранение. Практически во всех развитых странах эти расходы на душу населения в 2010 г. превышали 3 тыс. долл., а США тратили рекордные 8233 долл. в год. Темпы роста расходов на здравоохранение повсеместно были выше 2% в год, но в ряде стран, например, в Нидерландах и Новой Зеландии, они приближались к 6% [2].

В условиях замедления темпов экономического роста системам здравоохранения практически всех ведущих стран приходится решать такие проблемы, как поиск дополнительных источников финансирования, повышение качества медицинской помощи и внедрение более эффективных форм ее организации. Каждая страна подходит к решению указанных проблем, опираясь на сложившуюся модель здравоохранения. В развитых странах получили распространение три основные модели здравоохранения, в основе которых лежат разные способы финансирования и формы организации оказания медицинских услуг. Остановимся более подробно на особенностях этих моделей.

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗВИТЫХ СТРАН

Системы здравоохранения складывались под влиянием конкретных исторических, экономических, социальных и политических факторов. Но с определенной долей условности все существующие системы подразделяются на три основных модели:

- 1) бюджетная (система Бевеиджа);
- 2) социально-страховая (система Бисмарка);
- 3) частная.

В основе такого деления лежат, в первую очередь, различия в источниках финансирования медицинской помощи (налоговые поступления, взносы на медицинское страхование, частные средства), а также способы ее организации (централизованная или децентрализованная) и формы собственности поставщиков услуг здравоохранения (государственная, частная некоммерческая и частная коммерческая). Основным источником финансирования **бюджетной модели** служит государственный бюджет, точнее – налоговые поступления. Государство практически полностью покрывает медицинские услуги для всего населения и управляет системой оказания медицинской помощи. Доминирующую роль играют государственные лечебные учреждения.

Наиболее яркий пример бюджетной модели – система здравоохранения Великобритании, которая финансируется главным образом из налоговых поступлений граждан. Ключевым поставщиком медицинских услуг является Национальная служба здравоохранения (National Health Service, NHS), подчиняющаяся департаменту (министерству) здравоохранения. Она обеспечивает жителей практически всем набором необходимых медицинских услуг, лекарственными препаратами в стационарах и медицинскими изделиями бесплатно. Что касается обеспечения рецептурными препаратами амбулаторного отпуска, то в стране действует сбалансированная система возмещения стоимости этих препаратов, включающая соплатеж (7,85 фунтов стерлингов за один рецепт) для трудоспособного населения. Для социально уязвимых и малоимущих групп населения установлены льготы по соплатежам. Так, граждане, не достигшие 16 лет, в возрасте 60 лет и старше, студенты очных отделений в возрасте до 19 лет, пациенты с заболеваниями, входящими в специальный перечень, военные пенсионеры и инвалиды войн полностью освобождаются от соплатежей за лекарства. Умеренные соплатежи распространяются на офтальмологические и стоматологические услуги. Государство оплачивает проезд до места лечения для малоимущих, а также предоставляет ряд других важных льгот в области медицинских услуг.

Другим примером бюджетной модели является Австралия, где федеральное правительство обеспечивает основную долю ресурсов здравоохранения, финансируя две ведущие общенациональные государственные программы – систему обязательного медицинского страхования Медикейр (Medicare) и схему возмещения стоимости лекарств (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS). Медикейр покрывает 75% стоимости услуг стационарной помощи и от 85 до 100% стоимости амбулаторных услуг. В рамках PBS обеспечивается вакцинация и оплата 80% стоимости рецептурных лекарств. Кроме того, федеральное

правительство выделяет средства на поддержку государственных больниц и региональных программ медицинской помощи, а также субсидии на оказание услуг по долговременному уходу для престарелых и инвалидов. Совместно с правительствами штатов и территорий финансируются программы общественного здравоохранения, психиатрическая помощь, часть стоматологических услуг, медицинское обслуживание сельского населения, коренных жителей и ветеранов. Правительство регулирует рынки лекарств, медицинских изделий и частного медицинского страхования. Частное медицинское страхование играет лишь вспомогательную роль, обеспечивая доступ к услугам частных больничных учреждений, а также к немногочисленным услугам, не охваченным государственным финансированием. Государство оказывает поддержку гражданам, покупающим полисы частного медицинского страхования, предоставляя специальные бюджетные субсидии и налоговые льготы [3].

Бюджетная модель здравоохранения используется также в Греции, Дании, Ирландии, Испании, Исландии, Италии, Новой Зеландии, Норвегии, Португалии и Швеции.

В отличие от бюджетной **социально-страховая модель** финансируется не из налогов, а из взносов работодателей и работников на медицинское страхование. Так же, как и бюджетная модель, она обеспечивает доступ к услугам здравоохранения для всего или почти всего населения. Разница заключается в том, что в оказании медицинских услуг участвуют организации различных форм собственности, а государство играет роль гаранта в обеспечении граждан этими услугами. В Европе социально-страховая модель наиболее развита в Германии и Франции, но также используется и другими странами, включая Нидерланды, Австрию, Бельгию, Швейцарию, Канаду и Японию.

В Германии 90% населения охвачены национальной системой обязательного медицинского страхования (ОМС; *англ.* SHI, Statutory Health Insurance), состоящей из приблизительно 150 фондов медицинского страхования (больничных касс). Основными источниками их финансирования являются взносы работодателей и наемных работников в размере 15,5% от дохода застрахованного, причем этот суммарный взнос делится между ними примерно поровну. Каждый житель имеет право менять страховую организацию по крайней мере раз в год без временных затрат и бумажной волокиты. Строго соблюдается принцип солидарности, согласно которому здоровый житель платит за больного, молодой – за пожилого, работающий – за безработного. При этом система ОМС покрывает практически все необходимые услуги, лекарства и медицинские изделия, а соплатежи населения составляют незначительную долю.

Во Франции все население страны, включая даже нелегальных иммигрантов, охвачено системой обязательного медицинского страхования (Assurance Maladie Obligatoire, АМО). Финансирование данной системы на 90% обеспечивается за счет взносов на социальное страхование, оставшаяся часть покрывается за счет налогов и акцизов. Во Франции жестко соблюдается принцип свободы выбора для пациента: каждый житель страны имеет право получить направление на консультацию к любому конкретному специалисту по своему выбору. Существует несколько подсистем (схем) медицинского страхования. Самой большой (около 80% населения) является общая схема, которая охватывает наемных работников и их семьи. Есть схемы, распространяющиеся на частных фермеров и индивидуальных предпринимателей, а также государственных служащих. Малоимущие граждане и безработные застрахованы по специальной программе для лиц с годовым доходом, не превышающим 8774 евро [4].

Особенность **частной модели** – отсутствие единой системы государственного медицинского обслуживания или страхования. Медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе, за счет частного страхования или из кармана самого потребителя медицинских услуг, а главным инструментом обеспечения потребностей в медицинских услугах является рынок. Государство берет на себя финансирование только тех потребностей общества, которые не могут быть удовлетворены рынком (медицинские услуги для малообеспеченных слоев населения, пенсионеров и безработных). Самый известный пример такой модели – США, где отсутствует национальная система здравоохранения, охватывающая все население. США 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. Основу системы здравоохранения страны составляет платная медицина при доминирующей роли частного медицинского страхования, отличающегося большим разнообразием планов. Государственное медицинское страхование доступно отдельным категориям населения в рамках федеральных и смешанных федерально-штатных программ, таких, например, как Медикейр (Medicare) и Медикейд (Medicaid). Существенная доля населения (50 млн человек, или 16%) не охвачена никакими видами медицинского страхования.

В чистом виде ни одна из моделей не существует нигде. Невзирая на то, что и французская, и германская модели являются социально-страховыми, государство и в том и в другом случаях выделяет существенные средства на здравоохранение непо-

средственно из бюджета страны, что стало особенно актуально в последние годы в связи нехваткой ресурсов здравоохранения. В Великобритании не все потребности NHS финансируются из общих налоговых поступлений: за их счет формируется 76% ее бюджета. Остальные 24% покрываются взносами работодателей и работников на медицинское страхование (19%), а также прочими взносами и сборами (5%) [5].

Другим характерным примером сочетания двух разных подходов является канадская модель здравоохранения. Ее, как правило, считают социально-страховой, однако во многом она схожа с государственной моделью. В Канаде универсальный доступ к услугам здравоохранения для 99% населения обеспечивает система всеобщего государственного медицинского страхования Медикейр, в управлении которой важную роль играют страховые медицинские планы десяти провинций и трех территорий. Главным источником финансовых средств Медикейр служат не взносы работодателей и работников на медицинское страхование, а налоговые поступления федерального правительства и провинций, как это имеет место в бюджетной модели.

Важная особенность систем здравоохранения, основанных на моделях Бисмарка и Бевериджа, состоит в том, что страны, использующие эти модели (европейские страны, Австралия, Канада и Япония), тратят весьма существенные средства на здравоохранение – не менее 9–11% своего ВВП. При этом 70 и более процентов совокупных затрат финансируется из общественных средств, что позволяет решать вопрос о всеобщем охвате населения гарантированными медицинскими услугами надлежащего качества. Для повышения эффективности и устранения дублирования затрат применяется преимущественно одноканальное финансирование (бюджет или средства медицинского страхования), но в целях придания системе здравоохранения финансовой устойчивости повсеместно используются различные дополнительные источники.

Иная картина наблюдается в США, где на здравоохранение тратится более 17% ВВП, но доля государства в финансировании здравоохранения не достигает 50%. Низкая доля государственного финансирования компенсируется системой частного медицинского страхования для трудоспособного населения, которая опирается на мощную финансовую поддержку работодателей. США – лидер по финансированию, разработке и производству инновационных лекарств и других медицинских технологий. По количеству магнитно-резонансных томографов на 1 млн жителей они уступают только Японии, а по числу диагностических исследований с применением магнитно-резонансной томографии занимают первое место в мире,

обгоняя Германию. Тем не менее США существенно уступают большинству европейских стран по эффективности расходов здравоохранения, демонстрируя более низкие по сравнению с Европой показатели и индикаторы качества оказания медицинской помощи, такие как продолжительность жизни и младенческая смертность. В то же время по показателю пятилетней выживаемости больных раком молочной железы – одного из важнейших индикаторов качества здравоохранения, используемых ОЭСР, – США находятся на первом месте.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что с позиций политики здравоохранения и социальной ответственности государства традиционная классификация систем здравоохранения на модели Бисмарка и Бевериджа теряет смысл [6]. Более важным является достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения надлежащего качества, а также устранение дублирования затрат. Успешность реформ здравоохранения зависит не столько от источников финансирования, сколько от доступности ресурсов, их рационального распределения и более эффективного использования, а также улучшения качества оказываемых медицинских услуг. При этом неважно, какие источники используются для их оплаты: будут ли это средства бюджета либо обязательного или даже добровольного медицинского страхования. Неслучайно даже в США, где социальные гарантии государства традиционно слабее, чем в Европе, Канаде и Австралии, проводится реформа, нацеленная на расширение охвата населения гарантированными медицинскими услугами. Предполагается, что благодаря реформе к 2019 г. медицинским страхованием смогут воспользоваться 32 млн человек, ранее не имевших страховки [7].

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ГАРАНТИИ И РОЛЬ ЧАСТНОГО СТРАХОВАНИЯ И СОПЛАТЕЖЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Ни одна развитая страна мира не может обеспечить всех потребностей в медицинских услугах, лекарствах и других технологиях исключительно из общественных средств без привлечения программ частного страхования и соплатежей. Объем программ государственных гарантий оказания медицинской помощи неодинаков в разных странах, нередко гарантии в отношении оказания конкретных видов медицинской помощи, обеспечения лекарствами и медицинскими изделиями не прописаны или нечетко прописаны в нормативных документах. Однако во всех развитых странах на практике обеспечивается равный доступ всех граждан к необходимым услугам здравоохранения, предоставляются льготы для широких групп социально незащищенного населения.

Так, в Германии государство гарантирует доступ граждан к установленному законом набору медицин-

ских услуг и продуктов высокого качества. Страховые планы больничных касс стандартизованы, а их стоимость контролируется государством. Более эффективно работающие страховые фонды могут использовать высвободившиеся средства на возврат части страховых премий либо на расширение страхового покрытия за пределы стандартного набора услуг и медицинских продуктов.

В Швеции после принятия Закона о здоровье и медицинских услугах 1982 г. все население (кроме нелегальных иммигрантов) получило равный доступ к услугам здравоохранения, финансируемым государством. В стране нет законодательно утвержденного пакета медицинских услуг, подлежащих обязательному покрытию из общественных средств. В то же время в рамках государственной системы оказания медицинской помощи оплачивается весьма широкий круг услуг, включая:

- общественное здравоохранение, в том числе вакцинацию;
- профилактику;
- первичную медицинскую помощь;
- амбулаторную и стационарную специализированную медицинскую помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- психиатрическую помощь;
- реабилитацию;
- поддержку лиц с ограниченными возможностями;
- транспортировку пациентов к месту лечения;
- уход на дому и долговременный уход, в том числе в домах престарелых;
- стоматологическую помощь детям и молодым гражданам в полном объеме;
- стоматологическую помощь взрослым гражданам (частично);
- обеспечение амбулаторными и стационарными рецептурными лекарствами.

Поскольку охват государственными услугами здравоохранения значителен, только 4% жителей Швеции покупают дополнительные частные страховые планы [8].

В Канаде тоже отсутствует законодательно утвержденный пакет медицинских услуг, подлежащих обязательному покрытию из общественных средств. На национальном уровне в рамках Медикейр для всего населения покрываются расходы на необходимые услуги, включая помощь семейных врачей, оказание большинства видов специализированной медицинской помощи, а также лекарственное обеспечение и лечение в стационарах. В Канаде круг возмещаемых в рамках ОМС услуг и технологий более узкий: не покрываются услуги стоматологов, офтальмологов, андрологов, помощь и уход на дому, а также (вопреки распространенному мнению) амбулаторные рецептурные лекарства. Как следствие,

эти лекарства, а также услуги указанных специалистов оплачиваются в рамках частных страховых планов, из средств самих пациентов и благотворительных фондов.

В некоторых странах законодательно закреплён приоритет ОМС над частным. Так, в Германии частное медицинское страхование может использоваться как единственный вид страхования только состоятельными гражданами, чей доход превышает установленный законом уровень в 49 950 евро в год (2010 г.). Остальные граждане имеют право использовать услуги частных страховщиков только в качестве дополнения к обязательному медицинскому страхованию для улучшения качества услуг [9].

Частное страхование используется для покрытия расходов на пребывание в частных больницах и получение дополнительных услуг, не охваченных государственными гарантиями, а также на покрытие обязательных соплатежей населения за субсидируемые государством медицинские услуги. Этот вид страхования позволяет ускорить получение медицинских услуг и доступ к услугам повышенного качества. Государство, как правило, регулирует соплатежи населения при оплате медицинских услуг, принимая специальные меры по обеспечению их доступности для уязвимых категорий граждан (табл. 1). Регулирование соплатежей осуществляется в форме установления максимального или стандартного потолка

Таблица 1. Частное страхование, софинансирование медицинских услуг со стороны населения и льготы для социально незащищенных граждан в системах здравоохранения 15 стран-членов ОЭСР [10]

Страна	Использование частного страхования	Регулирование соплатежей за медицинские услуги, возврат части израсходованных средств (в долларах США), налоговые льготы	Льготы для социально незащищенных граждан
Австралия	Используется почти половиной населения для покрытия пребывания в частных больницах и получения дополнительных услуг, не охваченных государственными гарантиями	Государство по окончании года возвращает 80% расходов пациента на услуги, если они превышают невозмещаемый потолок в 1247 долл. в год	Для пожилых и малообеспеченных граждан устанавливаются более низкие уровни софинансирования стоимости услуг
Канада	Около 67% населения используют частное страхование для получения дополнительных услуг, не охваченных государственным страхованием	Не используются	По программе Медикейр медицинские услуги покрываются полностью, без соплатежей. По другим видам медицинской помощи (амбулаторным лекарствам) размеры соплатежей варьируют в разных провинциях
Дания	Около 55% населения используют частное страхование для покрытия соплатежей, дополнительных услуг, не охваченных государственными гарантиями, и для оплаты пребывания в частных больницах	В целом регулирование максимального потолка соплатежей на медицинские услуги не проводится. В отдельных случаях государство снижает размеры соплатежей для граждан с высоким уровнем произведенных расходов на лекарства	Устанавливается потолок расходов на лекарства для хронически больных в размере 585 долл. США, а также предоставляется финансовая помощь для малоимущих и пациентов на терминальной стадии заболеваний
Великобритания	Около 11% населения используют частное страхование для оплаты пребывания в частных больницах	Граждане, нуждающиеся в постоянном приеме лекарств, получают право вносить в качестве предоплаты за лекарства не более 3,2 долл. в неделю	От соплатежей освобождаются лица с низкими доходами, пожилые граждане, дети, беременные женщины, инвалиды и больные рядом хронических заболеваний; государство оплачивает проезд к месту лечения для лиц с низкими доходами
Франция	90% населения покупают или получают у государства ваучеры для покрытия соплатежей, а также для получения дополнительных услуг, не охваченных государственными гарантиями	Устанавливается налоговый вычет на покупку услуг и консультаций в размере 64 долл.	От соплатежей освобождаются малоимущие, хронически больные, инвалиды и дети (т.е. их родители / опекуны)
Германия	Около 20% населения покупают частную страховку для покрытия соплатежей и оплаты пребывания в учреждениях долговременного ухода. Для примерно 10% населения это единственный вид страхования	Максимальный потолок соплатежей в целом составляет 2% от дохода гражданина, для хронически больных и малоимущих – 1%	От соплатежей освобождены дети
Исландия	Частное медицинское страхование используется только в период 6-месячного ожидания вида на жительство	Максимальные потолки соплатежей устанавливаются для 4 социально уязвимых групп населения в зависимости от возраста, инвалидности и занятости	От соплатежей освобождены дети до 18 лет и беременные женщины

Страна	Использование частного страхования	Регулирование соплатежей за медицинские услуги, возврат части израсходованных средств (в долларах США), налоговые льготы	Льготы для социально незащищенных граждан
Италия	Около 15% жителей используют частное страхование для доступа к частным больницам и получения услуг более высокого качества и в более короткие сроки	Для оплаты амбулаторной помощи установлен стандартный соплатеж в размере 59 долл.	От соплатежей освобождены пожилые лица с низкими доходами, дети, беременные женщины, пациенты с хроническими и редкими заболеваниями и инвалиды
Япония	Большинство населения покупает частную страховку для покрытия соплатежей / получения денежных выплат	Как только общие расходы на лечение, произведенные пациентом, достигают 999 долл. в месяц, соплатеж сокращается до 1%	Установлен максимальный ежемесячный соплатеж для малоимущих в размере 441 долл. США, отдельные льготные потолки соплатежей устанавливаются для детей младшего возраста и пожилых граждан
Нидерланды	90% населения используют частное страхование для получения дополнительных услуг, не покрываемых государственными гарантиями	Установлен ежегодный налоговый вычет в размере 282 долл. на соплатежи	От соплатежей освобождаются дети; применяются пониженные ставки страховых премий для малообеспеченных граждан
Новая Зеландия	33% населения покупают частную страховку для покрытия соплатежей, доступа к специалистам, проведения хирургических операций в частных клиниках	Выплачиваются субсидии лицам, у которых за год насчитывается более 12 визитов к врачу и более 20 лекарственных назначений	Снижены соплатежи для малоимущих и лиц с рядом хронических заболеваний; от соплатежей освобождаются дети
Норвегия	Покупают частную страховку менее 5% населения для доступа к услугам частных больниц	Установлен максимальный потолок соплатежей в размере 346 долл. США	Освобождаются от соплатежей дети младше 16 лет с соматическими заболеваниями
Швеция	Покупают частную страховку менее 5% населения для доступа к услугам частных больниц	Установлены максимальные потолки соплатежей за услуги (164 долл.) и лекарства (328 долл.)	От соплатежей освобождаются дети и беременные женщины
Швейцария	Используется для получения услуг, не покрываемых гарантиями, а также для доступа к услугам более высокого качества в более короткие сроки	Установлен максимальный потолок соплатежей в размере 742 долл. США	Существуют скидки по страховым премиям для низкооплачиваемых граждан, а для других лиц – в зависимости от уровня дохода; от соплатежей освобождаются дети и беременные женщины
США	Частным страхованием охвачено 56% жителей, в первую очередь через работодателей	Не используются	Предоставляются льготы в рамках Медикейд для малообеспеченных граждан и Медикейр – для пожилых лиц

софинансирования за счет пациента, возврата части израсходованных на услуги средств по истечении определенного периода времени, а также в форме предоставления налоговых льгот. Льготы носят прозрачный характер, распространяются на широкий круг граждан.

ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Модели здравоохранения зависят от типа организации медицинской помощи и форм собственности поставщиков услуг. В странах с бюджетной и социально-страховой моделями медицинская помощь находится под управлением правительственных учреждений федерального и регионального уровней. В США система оказания медицинской помощи децентрализована и контролируется частными страховыми медицинскими организациями. Однако правительства штатов участвуют в регулировании деятельности страховых компаний, которые обязаны пройти аккре-

дитацию в Национальном комитете по обеспечению качества (National Committee for Quality Assurance), предоставив отчетность по 30 показателям и доказательства соответствия своей деятельности принятым стандартам в 60 различных областях.

Практически во всех развитых странах оказанием медицинской помощи занимаются учреждения обеих форм собственности, что способствует развитию конкуренции и, соответственно, повышению качества медицинских услуг.

Первичную медицинскую помощь повсеместно оказывают частные врачи либо частные врачебные практики. Исключение составляет Исландия, где доминирующую роль в оказании первичной медицинской помощи играют врачи, являющиеся государственными служащими, а также отчасти Швеция, где сложилась смешанная система. В Швеции из 1100 центров по первичной помощи только одна треть являются частными. Контроль за открытием и аккредитацией новых центров осуществляют областные

советы (ландстинги). Требования по аккредитации государственных и частных медицинских практик стандартизованы, применяются одинаковые методы и уровни оплаты услуг, независимо от формы собственности поставщика.

В Австралии большинство врачей общей практики, а также специалистов являются индивидуальными предпринимателями. Специалисты имеют право совмещать работу в государственных и частных больницах. Австралийское правительство реализует ряд программ, нацеленных на укрепление центров первичной медицинской помощи и их взаимодействия с другими поставщиками медицинских услуг. В частности, в рамках Программы развития клиник общей практики высшего уровня правительство оказывает финансовую поддержку многопрофильным центрам медицинской помощи. В рамках другой программы оказывается поддержка местным объединениям врачей общей практики численностью от 100 до 300 человек. В соответствии с Соглашением о национальной реформе здравоохранения 2011 г., правительство предоставляет поставщикам услуг первичной медицинской помощи гранты на создание локальных групп Медикейр (Medicare Locals), целью которых является улучшение координации и устранение пробелов в оказании первичной медицинской помощи на местах.

В США первичная медицинская помощь, как правило, оказывается частнопрактикующими семейными врачами, которые работают либо самостоятельно, либо в составе групп. Семейные врачи составляют одну треть от общего количества врачей в стране. Большинство частнопрактикующих врачей первичной медицинской помощи заняты в небольших клиниках, штат которых не превышает 5 человек. Пациенты имеют право свободного выбора врача в рамках сети зарегистрированных поставщиков услуг. Для получения услуг специалиста предварительное посещение семейного врача в большинстве случаев не требуется. Врачи-специалисты могут совмещать индивидуальную практику и работу в больницах.

В США государство и частные страховые компании активно поддерживают всевозможные инициативы, направленные на совершенствование обслуживания пациентов. В последние годы широкое распространение получили модели оказания медицинской помощи по принципу «медицинский дом, ориентированный на пациента» (“patient-centered medical home”). Согласно этому принципу, пациент является центральной фигурой и должен получать доступную, непрерывную и сфокусированную исключительно на его потребности помощь своего семейного врача. Предполагается, что такой подход должен способствовать укреплению института первичной медицинской помощи как за счет большего внимания к профилактике и эффективности лечения, так и за счет устранения неоправданных расходов и повышения роли самих пациентов.

В странах с бюджетной моделью большинство больниц находится в государственной собственности. Однако ситуация меняется. В Великобритании в последние годы появились частные больницы, работающие в системе NHS. В Италии и Испании, где преобладают государственные больницы, ряд частных некоммерческих учреждений тоже активно участвует в оказании медицинской помощи в рамках государственной системы здравоохранения.

В странах со страховой моделью доля частных некоммерческих и коммерческих больниц значительна и может составлять 50% и даже достигать 100%. Так, в Нидерландах практически все больницы частные, но они занимаются оказанием медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования.

В США на частные некоммерческие больницы приходится 70% всего коечного фонда, на частные коммерческие и государственные – по 15%. Государственные больницы имеют право обслуживать частных пациентов. Услуги больниц независимо от формы собственности оплачиваются одинаковым образом – методом платы за услугу или за день пребывания на койке.

Универсальный доступ к услугам здравоохранения в сочетании с независимостью и инициативой частных поставщиков не только способствует развитию конкуренции и повышению качества услуг, но и позволяет странам с бюджетной и страховой моделями добиваться сбалансированности расходов на здравоохранение и сокращать управленческие издержки. Однако в условиях преобладания какого-то одного канала финансирования нередко возникает проблема излишней бюрократизации, что в ряде стран (Канада, Великобритания) приводит к неоправданно большим очередям на получение медицинских услуг и тем самым стимулирует спрос на частное страхование.

Кардинально отличается модель США, которая мало подходит для европейских и других стран с глубокими традициями социального государства. В США при чрезвычайно высоких расходах отсутствует целостная система здравоохранения, а значительная часть населения не имеет гарантированной медицинской помощи. В то же время потребителям (но не всем) предоставляется большая свобода выбора, доступ к самым передовым технологиям и более высокое качество медицинской помощи.

Как видно из данного обзора, ни одна из рассмотренных моделей здравоохранения не может претендовать на универсальность. Хотя, как указывалось выше, большинство исследователей сходятся во мнении, что традиционная классификация систем здравоохранения сегодня теряет смысл, тем не менее изучение сильных и слабых сторон каждой из них представляет существенную ценность при реформировании и оптимизации существующих моделей. Особое значение

это имеет для Российской Федерации, находящейся в поиске оптимальной модели здравоохранения. Именно такой анализ позволяет сделать выводы, которые, как нам представляется, необходимо учитывать при проведении реформ здравоохранения в нашей стране.

Так, в соответствии с описанными подходами, при формировании системы одноканального финансирования важно четко определиться с источником наполнения средств в системе ОМС – через налоги, взносы работника и работодателя или из обоих источников. Другой вопрос – это участие частных и государственных, в том числе ведомственных, учреждений, в оказании медицинской помощи по программе госгарантий. При распределении финансовых ресурсов этой программы между учреждениями различных видов собственности нужно учитывать существующий конфликт интересов у государства, которое является «собственником» большинства лечебных учреждений и призвано контролировать их эффективность. Однако предоставление значительных объемов медицинской помощи частными и ведомственными учреждениями и «увод» ими денег грозит «обескровливанием» государственных ЛПУ, а это неизбежно повлечет за собой снижение их эффективности и качества оказания медицинской помощи.

Таким образом, с одной стороны, возникает необходимость в регулировании объемов участия медицинских организаций различной формы собственности в оказании медицинской помощи населению, а с другой приобретают особую актуальность разработка и внедрение в систему здравоохранения моделей государственно-частного партнерства. Как указывалось выше, сегодня ни одна развитая страна мира не может обеспечить всех необходимых средств для оказания медицинских услуг исключительно из бюджетных средств без применения механизмов соплатежей. Этот, безусловно, болезненный для нашей страны вопрос лежит в плоскости политических решений. Однако существующие экономические трудности и бюджетный дефицит системы здравоохранения неизбежно приведут к необходимости его решения. И чем раньше мы приступим к решению этого вопроса, тем быстрее сможем обеспечить создание более эффективной системы финансирования и организации российского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., с. XI.
2. OECD StatExtracts. Complete database available via OECD's iLibrary. OECD, 2014. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
3. International Profiles of Health Care Systems, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Edited by S. Thomson, R. Osborn, D. Squires, M. Jun. The Commonwealth Fund, November 2012, p. 11–12.
4. <http://www.ispor.org/HTARoadMaps/FranceMD.asp>
5. <http://www.ispor.org/HTARoadMaps/UKDiagnostics.asp>
6. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Под ред. J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakob. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2011, с. 15–16.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., с. 7.
8. International Profiles of Health Care Systems, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Edited by S. Thomson, R. Osborn, D. Squires, M. Jun. The Commonwealth Fund, November 2012, p. 93.
9. <http://www.ispor.org/HTARoadMaps/GermanyMD.asp>
10. International Profiles of Health Care Systems, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Edited by: S. Thomson, R. Osborn, D. Squires, M. Jun. The Commonwealth Fund, November 2012, p. 6.

Сведения об авторах

Максимова Людмила Валериевна

ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований РАНХиГС, старший научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института министерства финансов РФ, канд. экон. наук

Омельяновский Виталий Владимирович

директор Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований РАНХиГС, руководитель Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института министерства финансов РФ, д-р мед. наук, профессор

Сура Мария Владимировна

ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований РАНХиГС

Адрес для переписки:

117335, Москва, а/я 90
Телефон: +7 (495) 921-1089
E-mail: maksimova@hta-rus.ru

About the authors

Maximova, Ludmila Valeryevna

Leading researcher at the Center for Health Technology Assessment of the Institute for Applied Economic Research at the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), senior researcher at the Center for Healthcare Funding of the Financial Scientific Research Institute at the Ministry of Finance of Russia, PhD

Omelyanovsky Vitaly Vladimirovich

Director of the Center for Health Technology Assessment of the RANEPA, head of the Center for Healthcare Funding of the Financial Scientific Research Institute at the Ministry of Finance of Russia, PhD (Doctor of Medical Sciences), Professor

Sura Maria Vladimirovna

Leading researcher at the Center for Health Technology Assessment of the RANEPA

Correspondence address:

117335, Moscow, p/o 90
Tel: +7 (495) 921-1089
Email: maksimova@hta-rus.ru

INTERNATIONAL EXPERIENCE

An Analysis of the Health Care System of the Leading Countries

L.V. Maximova^{1,2}, V.V. Omelyanovsky^{1,2}, M.V. Sura¹

¹ The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia

² Center for Healthcare Funding of the Financial Scientific Research Institute of the Ministry of Finance of Russia, Moscow, Russia

This article describes three major health care models found in the leading countries and analyzes their respective strengths and drawbacks. In particular, we review the systems of national health insurance implemented in different countries, the principle and additional sources of funding for health care, including private health insurance, and consumer copayments for medical services and technologies. We demonstrate the impact of various forms of organizing health care and various ownership rights of health care providers on the quality of medical services and the effectiveness of allocating health care resources.

KEYWORDS: health care system, health care models, funding and organization of health care provision, private health care practitioners, state-owned and private hospitals, methods of paying for medical services, health care indicators, improving the effectiveness of health care spending.