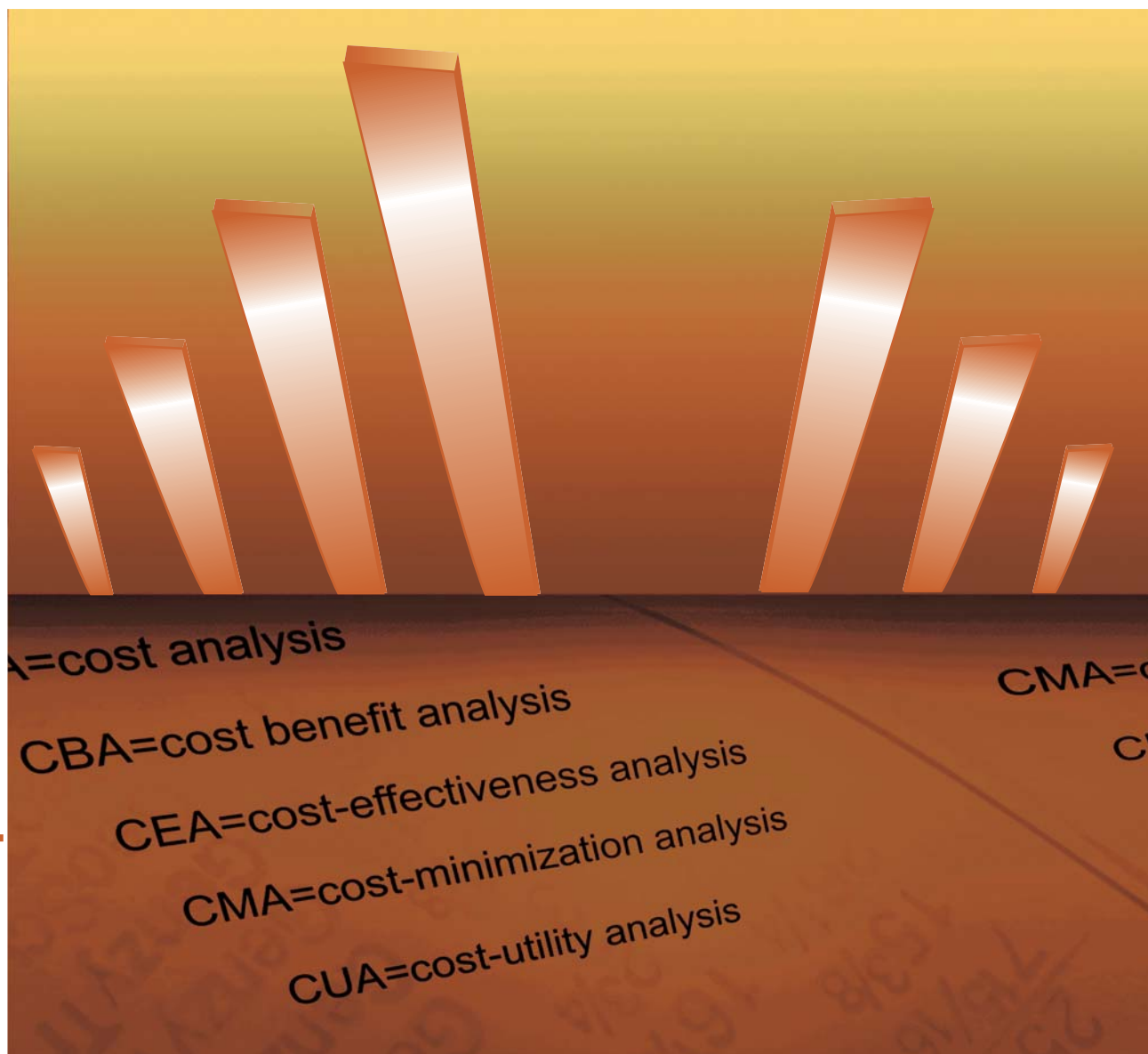


Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология

www.pharmacoeconomics.ru



- Экономическая оценка применения иммунокорректирующих препаратов для профилактики частых респираторных инфекций и их осложнений у детей младшего школьного возраста
- Результаты исследования ассортимента лекарственных средств, приобретаемых для оказания медицинской помощи в медицинских организациях стационарного типа

№ 2

Том

2014

Ключевые параметры систем здравоохранения

Омельяновский В.В., Максимова Л.В., Татарinov А.П.

Центр финансов здравоохранения НИФИ, Москва

Резюме: в любой стране выбор оптимальной модели здравоохранения имеет принципиальное значение для обеспечения более эффективного использования ресурсов и улучшения качества и доступности медицинской помощи. Российская Федерация в этом отношении не исключение. В современных условиях в стране действует смешанная бюджетно-страховая модель здравоохранения, переход к которой начался в 1991 г., когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» №1499-1. С введением в действие закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. был взят курс на построение страховой модели здравоохранения, но она так до сих пор не внедрена, а страховой принцип не заработал.

Ключевые слова: отечественное здравоохранение, модель здравоохранения, управление системой здравоохранения.

Задача перевода системы отечественного здравоохранения на дееспособную страховую модель была четко обозначена в Послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 12 декабря 2013 г. Как подчеркнул президент, «базовый вопрос – это реальный переход к страховому принципу в здравоохранении. Сегодня функция ОМС, по сути, сводится к «прокачке денег» до получателя, но только не через бюджет, как раньше, а через внебюджетный фонд. Задача – совершенно другая. Она заключается в том, чтобы работал именно страховой принцип, чтобы возросла ответственность человека за свое здоровье, появились финансовые стимулы к здоровому образу жизни, а страховые компании были заинтересованы в том, чтобы медицинские учреждения предоставляли качественные услуги, следили за этим и давали финансовую оценку их работе, чтобы у пациента была, наконец, возможность выбрать то медицинское учреждение, которое, по его мнению, работает лучше. Система ОМС должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Это касается и общего объема средств, и их доведения до конкретной больницы или поликлиники. При этом пациент должен точно знать, какую помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач – понимать, по каким принципам оплачивается его работа» [2].

В мире накоплен существенный опыт в области построения и оптимизации моделей финансирования и организации здравоохранения. Так, ведущие страны последовательно добиваются расширения охвата населения бесплатной медицинской помощью, рационализации источников финансирования и методов распределения средств, способов управления системой здравоохранения в целях повышения ее эффективности и устранения дублирования

расходов. Несмотря на то, что ни одна из существующих в мире моделей здравоохранения не может претендовать на универсальность, анализ параметров этих моделей, их сильных и слабых сторон, а также обобщение опыта конкретных стран, имеет значение при реформировании и оптимизации действующей модели здравоохранения в РФ.

Комплексный анализ систем здравоохранения, финансируемых из фондов всеобщего медицинского страхования, может послужить хорошим основанием для разработки механизмов перевода здравоохранения РФ на страховые принципы, гарантирования на деле свободы выбора пациентом страховой и медицинской организации, повышения эффективности управления здравоохранением, усиления финансового контроля со стороны страховых компаний над медицинскими учреждениями.

Ключевые параметры современных моделей здравоохранения

Анализ отечественной и зарубежной научной литературы указывает на значительное число параметров, по которым можно оценивать модели здравоохранения, применяемые в различных странах, и выявлять их положительные и отрицательные черты. Нам представляется целесообразным рассмотреть 10 наиболее важных из этих параметров, включая следующие:

1. Источники финансирования здравоохранения.
2. Охват населения бесплатной медицинской помощью.
3. Адекватность ресурсов здравоохранения.
4. Каналы финансирования здравоохранения.
5. Способы распределения средств.
6. Формы управления здравоохранением.
7. Типы собственности медицинских учреждений.
8. Методы оплаты медицинских услуг.
9. Субъекты регулирования в системе оказания медицинской помощи.
10. Объекты регулирования в системе оказания медицинской помощи.

1. Источники финансирования здравоохранения. Как правило, здравоохранение финансируется из трех основных источников: общих и целевых налогов различных видов и уровней, целевых взносов на обязательное медицинское страхование (ОМС) и личных средств граждан, а также прочих источников. Схематично состав источников финансирования здравоохранения представлен на рисунке 1.

Налоговые поступления складываются из налогов на прибыль, оборот и добавленную стоимость, подоходных и социальных на-

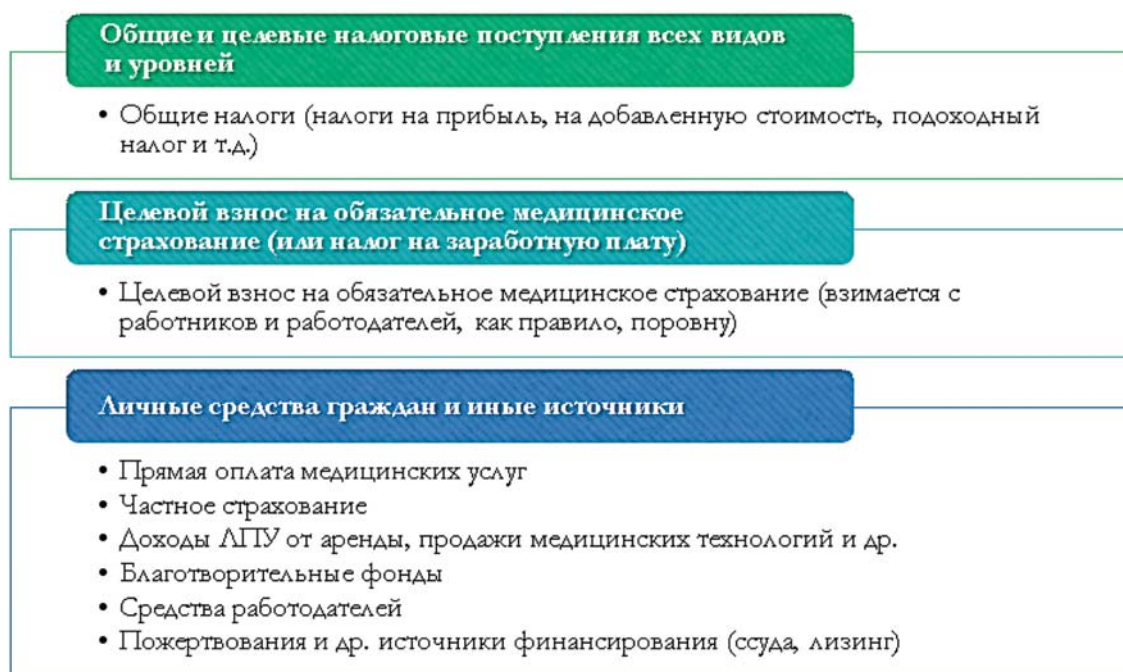


Рисунок 1. Источники финансирования здравоохранения.

логов и т.п. В некоторых странах на финансирование здравоохранения целевым образом направляются акцизы на табак и алкоголь. Указанные выше средства поступают в общий бюджет, откуда они распределяются по разным статьям в соответствии с национальными приоритетами, определяемыми правительством.

В отличие от налогов взносы на всеобщее медицинское страхование носят строго целевой характер, предназначаются исключительно для наполнения системы всеобщего медицинского страхования и, как правило, взимаются в процентах к заработной плате равными долями с работников и работодателей.

К личным средствам граждан и прочим источникам относятся прямая оплата медицинских услуг, частное страхование, доходы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) от сдачи в аренду и продажи медицинских технологий, средства благотворительных фондов, пожертвования и т.п.

Между системами, финансируемыми из налогов, с одной стороны, и обязательных взносов на медицинское страхование – с другой, есть различия. Первые – более чувствительны к объемам доступных средств и работают эффективно только при условии полного покрытия необходимых объемов медицинской помощи. Вторые – обладают большей гибкостью, и, как правило, более эффективно управляют имеющимися ресурсами, добиваясь успеха в условиях неполного финансового обеспечения.

Другое важное различие касается устойчивости источников финансирования. Размеры налоговых поступлений не отличаются стабильностью, находясь в существенной зависимости от колебаний экономической конъюнктуры, в то время как взносы на медицинское страхование менее подвержены влиянию таких колебаний, что делает их более устойчивым способом обеспечения ресурсов здравоохранения.

Вместе с тем в последние годы различия между источниками финансирования в бюджетных и социально-страховых системах нивелируются. Согласно ВОЗ, не существует единственно верного, наилучшего подхода к финансированию здравоохранения; страны разрабатывают и внедряют методы закупок услуг в соответствии со своими потребностями, историческими, финансовыми и демографическими условиями, социальными приоритетами и предпочтениями, что приводит к постепенному стиранию различий между «моделями» финансирования [1].

2. Охват населения бесплатной медицинской помощью. Одним из важнейших, если не самым важным, параметром современных систем здравоохранения является всеобщий охват населения бесплатной медицинской помощью высокого качества. Такой охват свойственен большинству стран европейского региона, а также ряду неевропейских стран (например, Австралии). Несмотря на различия в гарантируемых государством объемах медицинской помощи, в большинстве развитых и развивающихся стран обеспечивается равный доступ всех граждан к основным медицинским услугам и технологиям надлежащего качества. Модели здравоохранения, базирующиеся на всеобщем охвате, как правило, менее затратные по сравнению с системами здравоохранения, где охват менее полный. Эксперты ВОЗ считают, что достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, а также устранение дублирования затрат являются ключевыми задачами современного здравоохранения. При этом не имеет значения, какая из моделей финансирования используется для обеспечения всеобщего охвата – бюджетная или социально-страховая [3].

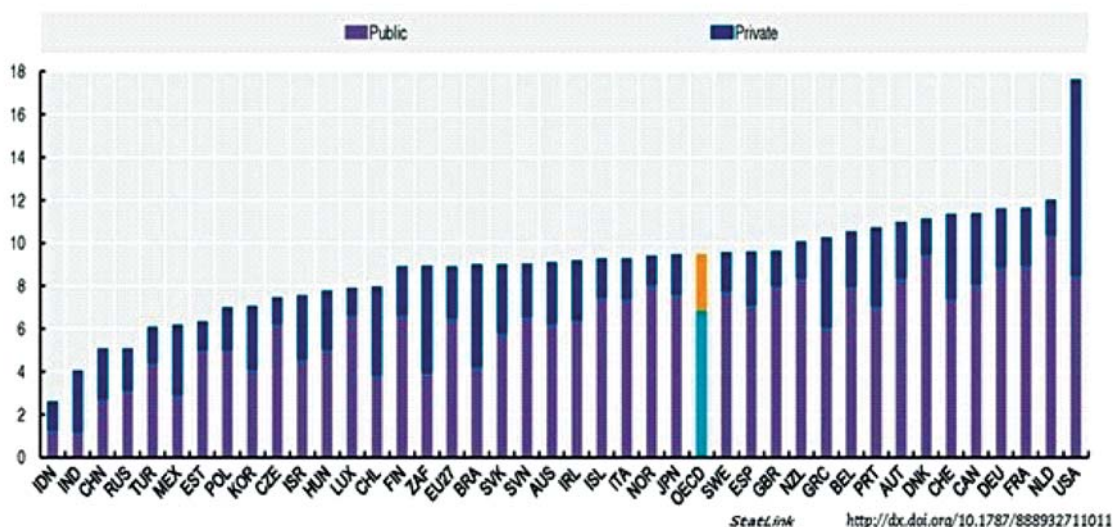
3. Адекватность ресурсов здравоохранения. Адекватность ресурсов – важное условие успешного функционирования современных систем здравоохранения. Развитые страны тратят на здравоохранение не менее 8% от ВВП. При этом расходы из общественных источников составляют не менее 6%. В среднем доля совокупных расходов на здравоохранение к ВВП составляет 9-10%, достигая максимума в 18% в США (см. рис. 2)

В системах с высокой социальной ответственностью государства доля общественных расходов в совокупных затратах на здравоохранение составляет более 70%, что обеспечивает большую финансовую устойчивость и необходимый запас прочности их системам здравоохранения по сравнению со странами, где здравоохранение финансируется главным образом из частных источников.

Ни одна страна мира не может обеспечить всех потребностей в медицинских услугах, лекарствах и других технологиях исключительно из общественных средств. В ведущих странах небольшая часть расходов (в среднем около 15%) покрывается за счет частного медицинского страхования и соплатежей населения. Частное страхование применяется главным образом для покрытия расхо-

Public and private expenditure on health

As a percentage of GDP, 2010 or latest available year



OECD FACTBOOK 2013, OECD 2013, p. 249

249

Рисунок 2. Расходы стран ОЭСР на здравоохранение из общественных и частных источников (в % к ВВП).

дов на пребывание в частных больницах и получение дополнительных услуг, не охваченных государственными гарантиями. Этот вид страхования позволяет ускорить получение медицинских услуг и обеспечить доступ к услугам повышенного качества. Со- платежи населения при оплате лекарств, медицинских услуг и изделий – еще один дополнительный ресурс. Уровни со- платежей регулируются государством, а уязвимые категории граждан, как правило, от них освобождаются.

4. Каналы финансирования здравоохранения. Системы здравоохранения стран с высокой социальной ответственностью государства устроены таким образом, что преобладающим (но не единственным) является какой-то один канал финансирования – это либо государственный бюджет, либо государственный фонд всеобщего медицинского страхования. Исключение составляют страны, где преобладающим источником являются средства частного страхования, которые поступают в систему здравоохранения по большому количеству не связанных друг с другом каналов.

Преимуществом одноканального финансирования является то, что оно способствует упорядочиванию и устранению дублирования расходов, приводя к существенной экономии. Следует учитывать, что преобладание какого-то одного канала финансирования может сопровождаться излишней бюрократизацией системы оказания медицинской помощи, приводить к неоправданно большим очередям на получение медицинских услуг и, тем самым, стимулировать спрос на частное страхование. Однако практика показывает, что одноканальная система финансирования менее затратная по сравнению с многоканальным финансированием с его фрагментарностью, дублированием и трудностями контроля над расходами.

5. Способы распределения ресурсов здравоохранения. Способы распределения ресурсов здравоохранения оказывают определяющее влияние на активизацию конкурентных механизмов рынка медицинских услуг.

В системах, финансируемых из частных источников, конкурентные механизмы при распределении ресурсов работают в полную силу, а вмешательство государства ограничено. Частные страховые компании, в которых аккумулируется большая часть ресурсов здравоохранения, являются основным источником средств, ока-

зывая наиболее сильное влияние на их распределение между про- вайдерами услуг.

В системах здравоохранения, финансируемых из бюджетных и страховых средств, работают иные механизмы распределения средств, а активизация конкурентных начал обеспечивается благодаря наличию управляющих или страховых организаций, которые встраиваются между источником финансирования (бюджетом или государственным фондом медицинского страхования) и провайдером услуг.

В бюджетной модели деньги направляются либо непосредственно в ЛПУ, либо сначала поступают в управляющую компанию, а уже оттуда, под ее контролем, перераспределяются в адрес ЛПУ. В отдельных случаях, как это имеет место, например, в современной России, бюджетные деньги передаются в ЛПУ не напрямую, а через посредство государственного фонда обязательного медицинского страхования. Сама по себе дополнительная перекачка денег через фонд ОМС не создает условий для перехода системы здравоохранения на страховые принципы.

В страховой модели либо действует порядок, аналогичный тому, что описан выше (с тем отличием, что источником служит фонд государственного медицинского страхования), либо деньги поступают в страховую организацию, а уже она распределяет их между различными ЛПУ на конкурентной основе (см. рис. 3). В обеих рассмотренных выше моделях управляющие или страховые компании строго контролируют то, как ЛПУ расходуют находящиеся в их распоряжении средства. В страховой модели конкурентные механизмы задействованы более полно, чем в бюджетной модели, что обеспечивает более высокое качество медицинских услуг.

6. Формы управления здравоохранением. Различают две формы управления здравоохранением – централизованную и децентрализованную (см. рис. 4). В первом случае управление осуществляется из единого центра. Это позволяет более эффективно справляться с задачами стратегического уровня, а также оказывать своевременную и скоординированную помощь в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций. Во втором случае функции управления здравоохранением распределены между центральным, региональным и местным уровнями. Региональные и местные органы власти наделяются полномочиями по оказанию медицинских услуг и управлению ЛПУ на своих территориях, что спо-



Рисунок 3. Способы распределения средств бюджетной и социально-страховых системах.

способствует развитию инициативы на местах и более полному учету потребностей в медицинской помощи населения соответствующих территорий. Однако одновременно им приходится делить бремя расходов на оказание медицинской помощи в пределах своих территориальных образований с центральным правительством. Кроме того, на региональные органы управления здравоохранением и муниципалитеты ложится ряд специфических обязанностей, в частности, оказание услуг долговременного ухода за престарелыми и тяжелооболными.

Как показывает опыт, децентрализованная форма управления обладает большей гибкостью, позволяя более эффективно решать текущие задачи здравоохранения с учетом региональной и местной специфики. В прошлом централизованная форма управления была характерной чертой стран с бюджетной моделью финансирования, но в последние годы значительное число таких стран перешли на децентрализованную форму управления, которая в мире в целом является доминирующей.

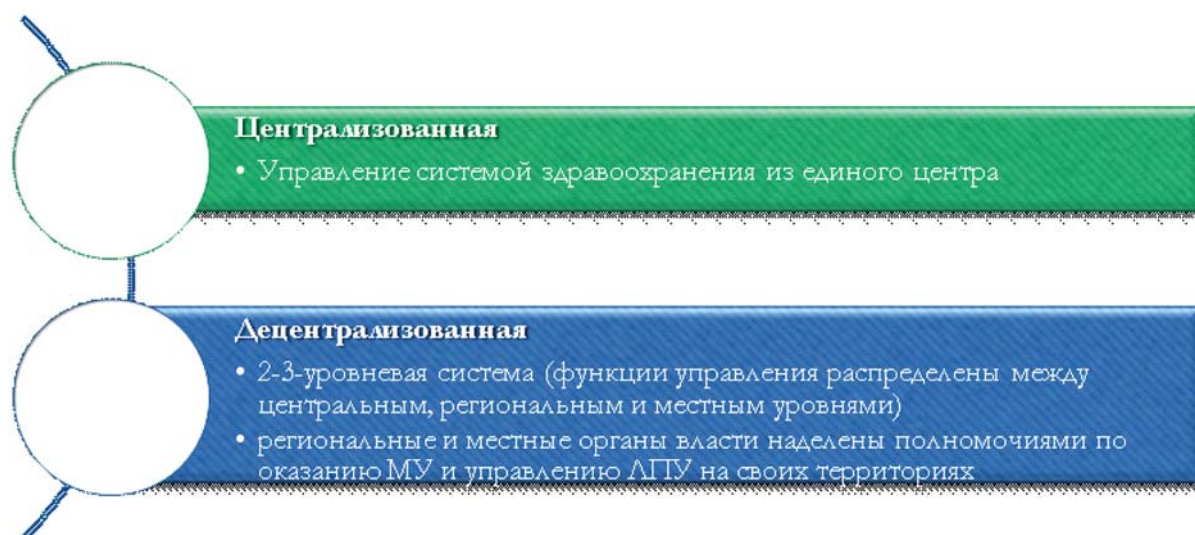


Рисунок 4. Формы управления здравоохранением.

7. Типы собственности медицинских учреждений. Практически во всех современных системах здравоохранения оказанием медицинской помощи занимаются учреждения обеих форм собственности. Первичную медицинскую помощь везде, за редким исключением, оказывают частные врачи, имеющие статус индивидуальных предпринимателей, либо частные врачебные практики, а также их объединения. Амбулаторная и стационарная помощь, как правило, оказывается больницами различных форм собственности, включая государственные, частные некоммерческие и частные коммерческие. Наиболее распространенной формой больничных учреждений являются частные некоммерческие ЛПУ.

В странах с высокой социальной ролью государства независимость и инициатива частных поставщиков медицинских услуг в сочетании с универсальным доступом к услугам здравоохранения не только способствуют повышению качества услуг, но и позволяют добиваться сбалансированности расходов на здравоохранение и сокращение управленческие издержек.

Кардинально отличается частная модель, для которой характерно отсутствие целостной системы здравоохранения и доступа значительной части населения к гарантированной медицинской помощи. Однако в силу чрезвычайной развитости конкуренции и наличия стимулов внедрения инноваций потребителям (но не всем) предоставляется большая свобода выбора, доступ к самым передовым технологиям и более высокое качество медицинской помощи.

8. Методы оплаты медицинских услуг. В большинстве развитых и развивающихся стран оплата медицинской помощи осуществляется на основе единых принципов. Так, первичная помощь оплачивается, в первую очередь, на базе сочетания подушевого принципа и платы за услугу. В ряде систем здравоохранения, независимо от модели финансирования, первичная помощь оплачивается исключительно методами платы за услугу или платы за результат,

которые являются сугубо рыночными формами оплаты по сравнению с подушевым финансированием. Следует отметить, что среди стран, использующих описанные выше рыночные варианты оплаты, преобладают страны с финансированием из фондов всеобщего медицинского страхования и частных фондов.

Что касается оплаты больничных медицинских услуг, то повсеместно преобладающим методом оплаты являются метод глобального бюджета или плата за законченный случай на базе КСГ (в государственных больницах) или плата за услугу (в частных больницах). В ряде стран используются такие методы, как контрактная оплата (Великобритания) и гранты врачам на обучение и исследования (Франция) [4].

9. Субъекты регулирования в системе оказания медицинской помощи. В большинстве систем здравоохранения оказание медицинской помощи жестко регулируется, а основными субъектами такого регулирования являются государство, фонды всеобщего медицинского страхования (государственные, частные коммерческие и частные некоммерческие), а также профессиональные медицинские ассоциации и объединения частных врачей.

Государство повсеместно является покупателем медицинских услуг, но в ряде стран, где медицинские учреждения находятся в собственности государства, оно также выступает и в качестве провайдера услуг, что может приводить к конфликту интересов и стремлению государства любой ценой финансировать собственные учреждения здравоохранения в ущерб частным.

В большинстве систем функция финансирования медицинских услуг отделена от функции управления их оказанием; государственные органы непосредственно не участвуют в управлении медицинскими учреждениями, делегируя эти полномочия саморегулирующимся организациям, в т.ч. управляющим компаниям, страховым организациям, а также объединениям плательщиков и поставщиков медицинских услуг. Объединения плательщиков и про-

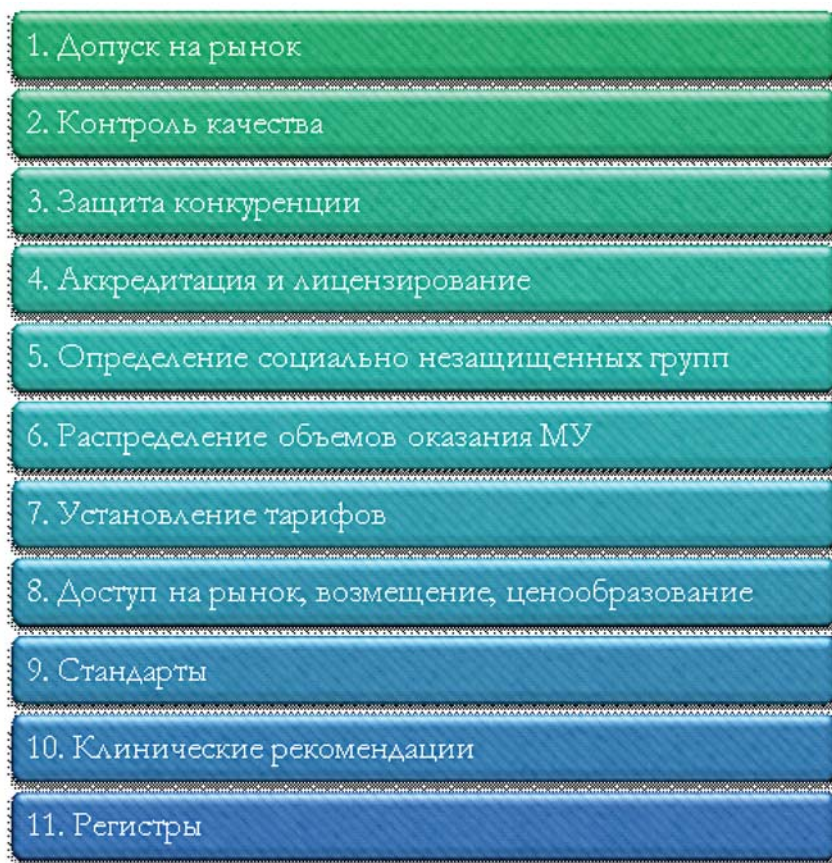


Рисунок 5. Объекты регулирования системы оказания медицинских услуг.

вайдеров услуг оказывают существенное влияние на объемы медицинской помощи посредством установления нормативов и методов финансирования ЛПУ, льгот, тарифов и цен на медицинские товары и услуги.

Профессиональные медицинские ассоциации и объединения занимаются аккредитацией лечебных учреждений и лицензированием врачей. В последние годы практически во всех странах наблюдается рост роли врачей в принятии управленческих решений, включая такие решения, как сокращение госпитальной сети, замена стационарных коек на койки в дневных стационарах, укрепление амбулаторного звена, внедрение новых медицинских технологий и т. п.

10. Объекты регулирования системы оказания медицинской помощи. В современных системах здравоохранения регулирование оказания медицинской помощи осуществляется по ряду направлений.

В разных системах здравоохранения набор объектов регулирования и их ранжирование по степени важности различны (см. рис. 5). Однако повсеместно государство самостоятельно контролирует такие важнейшие сферы, как допуск и доступ медицинских технологий на рынок, защита конкуренции, определение незащищенных групп населения, установление уровней возмещения, перечней возмещаемых медицинских технологий и цен. Такие сферы, как обеспечение качества, аккредитация и лицензирование, а также распределение объемов медицинской помощи и установление тарифов, как правило, регулируются совместно государством и профессиональными организациями.

Чем выше уровень вмешательства государства, тем больше круг регулируемых объектов и тем более глубокие процессы системы здравоохранения оно затрагивает. К таким глубинным процессам можно отнести разработку стандартов, регистров и клинических рекомендаций.

Для бюджетных и страховых систем характерен более высокий охват указанных выше объектов государственным регулированием, чем в частной системе. Бюджетная модель отличается большим охватом и глубиной регулирования по сравнению с социально-страховой моделью, в которой работают сильные саморегулирующие механизмы.

Различные комбинации десяти ключевых параметров систем здравоохранения представляют собой своеобразный инструментарий, с помощью которого появляется возможность оценивать эффективность и искать пути оптимизации существующих в различных странах моделей здравоохранения. Проведенный анализ представляет интерес для России, в которой вопрос о создании эффективной и дееспособной модели здравоохранения не первый год стоит на повестке дня. Особая ценность данного анализа в том, что построение сбалансированной модели

здравоохранения не сводится только к выверке таких ее базовых параметров, как источники финансирования, всеобщий охват и роль государства на рынке медицинских услуг. При создании дееспособной и эффективной модели здравоохранения, позволяющей удовлетворять потребности граждан в самых передовых медицинских услугах и технологиях при наименьших затратах, необходимо учитывать такие факторы, как адекватность и способы распределения ресурсов, а также каналы финансирования. Принципиальное значение имеют форма управления, тип собственности учреждений здравоохранения, методы оплаты медицинских услуг, субъекты и объекты регулирования в системе оказания медицинских услуг.

Литература:

1. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения. Системы здравоохранения, здоровье, благосостояние. Таллин. 25-27 июля 2008; Отчет ВОЗ. 2009; с. 33.
2. Послание президента РФ Владимира Путина Федеральному Собранию <http://www.rg.ru/2013/12/12/poslanie.html>
3. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. 2011; 15-16.
4. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012; p. 9.

References:

1. WHO European Ministerial Conference on Health Systems. Health systems, health and wealth. Tallinn. July 25-27, 2008; WHO report [*Evropeiskaya ministerskaya konferentsiya VOZ po sistemam zdravookhraneniya. Sistemy zdravookhraneniya, zdorov'e, blagosostoyanie*]. 2009; s. 33.
2. Message from President Vladimir Putin to the Federal Assembly [*Poslanie prezidenta RF Vladimira Putina Federal'nomu Sobraniyu*] <http://www.rg.ru/2013/12/12/poslanie.html>
3. Kutzin J., Cashin S., Jakab M. Health financing reform. The experience of countries with economies in transition. The World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [*Reformy finansirovaniya zdravookhraneniya. Opyt stran s perekhodnoi ekonomikoi. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya ot imeni Evropeiskoi observatorii po sistemam i politike zdravookhraneniya*]. 2011; 15-16.
4. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012; P. 9.

PARAMETERS OF HEALTH CARE SYSTEMS

Omelyanovskiy V.V., Maksimova L.V., Tatarinov A.P.

Center for Health Care Financing of the Financial Research Institute, Moscow

Abstract: selection of the best model of health care to ensure more efficient use of resources to improve the quality and accessibility of health care is essential in any country. The Russian Federation is not an exception. Currently the country has a mixed budgetary-insurance health care model, the transition to which starts in 1991, when the Law #1499-I "On Medical Insurance of the citizens of the Russian Federation" was approved. With the introduction of the Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" #326-FZ of November 29, 2010 the course was taken to develop the insurance model of health care system, however it had still not been implemented, and the insurance principle is not earned.

Key words: national health care, health care model, health care system management.