**Лекция 4**

**Тема: Изучение экономических моделей финансирования в здравоохранении**

**План:**

1. Специфика привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи
2. Основные модели финансирования системы здравоохранения
3. Медицинская услуга как товар и специфика финансирования здравоохранения
4. США – пример рыночной модели финансирования здравоохранения
5. Великобритания – пример государственной модели финансирования здравоохранения
6. Германия – как родина исторически первой системы государственного медицинского страхования
7. Канада: социально-страховая модель финансирования здравоохранения

Специфика привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи

Проблема изучения функционирования национальных систем здравоохранения и обобщения опыта зарубежных стран является крайне актуальной для теории и практики государственного управления. В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество ресурсов, выделяемых обществом, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяются сложной системой экономических, политических и других отношений, которые исторически сложились в стране.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами, но при всех различиях в системах здравоохранения различных стран, выражающие их экономические модели, могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах. Поэтому несмотря на многообразие конкретных форм организации системы охраны здоровья населения и специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам. К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

* отношения собственности;
* способы финансирования (получения ресурсов);
* механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);
* формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

Основные модели финансирования системы здравоохранения

Все существующие системы здравоохранения сводятся к трем основным моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров даются специалистами в основном одинаково:

* платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
* государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
* система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко первая модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Вторая модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется, в первую очередь, наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко третья модель представлена здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии. К социально-страховой модели 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. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Медицинская услуга как товар и специфика финансирования здравоохранения

Хотя основной целью здравоохранения является именно здоровье человека, попытка рассмотреть его как товар очень проблематична. В связи с этим как товар предлагается рассматривать медицинские услуги, а систему здравоохранения – как организованную деятельность, в ходе которой осуществляется производство этих услуг. В рыночной модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар, который может быть куплен или продан в соответствии с классическими законами рынка (то есть с минимальным учетом его социальной специфики). Как уже отмечалось, типичным примером рыночной модели является рынок медицинских услуг США. Сфера здравоохранения здесь представлена развитой системой частных медицинских учреждений и коммерческим медицинским страхованием, где врачи являются продавцами медицинских услуг, а пациенты – их покупателями. Такой рынок наиболее приближен к свободному рынку и обладает всеми его преимуществами и недостатками.

Из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка. Это определяет положительные стороны рыночной модели здравоохранения. Рыночная модель организации системы здравоохранения – одна из самых качественных, но, в то же самое время, – эта одна из наиболее дорогих моделей.

США – пример рыночной модели финансирования здравоохранения

Чисто экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику США оценивается на уровне 10% от ВВП, то есть в сотни миллиардов долларов, но затраты на обслуживание охраны здоровья еще выше и составляют 14% от ВВП.

Однако, с другой стороны, недостаточного учета специфики рассматриваемого вида товара (неограниченность спроса на него, монополизм продавца и т.п.) обусловливает чрезмерный рост затрат на медицину; невозможность осуществления государственного контроля, трудности с установлением приоритетов между здравоохранением и другими отраслями экономики; возможность возникновения кризисов перепроизводства и стимулирование поставок неоправданных услуг; предпосылки для нечестных способов конкуренции; чрезмерное влияние рекламы и, самое главное, неравный доступ к медицинской помощи.

Кроме того, в системе здравоохранения, организованной на рыночных принципах, не обеспечиваются социальные гарантии населения в получении медицинских услуг. Рыночная модель не обладает свойством доступности для всех слоев своих граждан. Наблюдается также крайняя неравномерность в потреблении медицинских услуг, которая тесно коррелирует с дифференциацией доходов.

Великобритания – пример государственной модели финансирования здравоохранения

Если же социальная специфика рассматривается как основной параметр медицинских услуг, то факт покупки или продажи медицинской помощи будет означать опосредованную покупку национального здоровья. В таком случае при организации системы здравоохранения важнейшим станет принцип равнодоступности медицинских услуг. Обеспечить это легче всего централизованным образом, подчинив систему здравоохранения контролю государства.

Таким образом, именно социальные приоритеты превалируют в бюджетной системе здравоохранения. Типичным примером государственной модели является рынок медицинских услуг Великобритании. Этот рынок основан на системе государственного здравоохранения. На этом рынке гораздо легче соотнести приоритеты здоровья нации с другими приоритетами национальной экономики. Данная модель организации системы здравоохранения тяготеет к рынку централизованных планово-распределительных экономик и имеет соответствующие таким экономикам характерные положительные и отрицательные черты. К недостаткам этой модели следует отнести отсутствие естественных факторов, стимулирующих развитие. Это ведет к медленному росту качества медицинской помощи, недостаточной гибкости организационных структур, к возможности длительного осуществления неэффективных стратегий и использованию старых медицинских технологий. Но есть и очевидные преимущества. Прежде всего – это ориентация на профилактику заболеваний. Так, в конце концов, если оплачивается здоровье, то врач объективно заинтересован в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг, тогда как на свободном рынке он объективно заинтересован в обратном.

Нередко равнодоступность медицинской помощи достигается путем жесткого ограничения свободы выбора пациентом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или врача. На современном этапе во многих странах, использующих государственную модель, пытаются устранить такой очевидный недостаток организации системы здравоохранения. Например, в Швеции лишь в 1991 г. после экспериментальной апробации было принято решение о предоставлении каждому шведу права свободного выбора медицинского учреждения или врача на всей территории страны. Аналогичное решение было принято и в Дании, а вот в Финляндии пациент может выбрать любого врача общей практики или специалиста только в определенном медицинском центре или больнице.

Германия – как родина исторически первой системы государственного медицинского страхования

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии во времена правления канцлера Отто фон Бисмарка (1883-1889 гг.), поэтому получила название бисмарковской. Она была серией специальных законов о страховании рабочих на случай болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости. В основу указанных законодательных актов был положен такой принцип: здоровье – капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. Однако кроме страхования риска потери здоровья система государственного медицинского страхования обеспечивала перераспределение доходов, путем оплаты медицинских услуг через страховые фонды. Это позволило добиться смягчения остроты социальных проблем, связанных с риском утраты трудоспособности малоимущих слоев населения.

Современное медицинское страхование Германии в целом сохранило основные принципы бисмарковской организации системы здравоохранения. Финансирование осуществляется путем консолидации средств из различных источников: 60% средств, поступающих в ЛПУ – это средства обязательного медицинского страхования (ОМС), из них 25% - это страхование членов семей трудящихся; 10% - средства добровольного медицинского страхования (ДМС), 15% - государственные средства за счет налогообложения, 15% - личные средства граждан. В свою очередь, фонды ОМС формируются за счет трех источников: государственного бюджета, взносов работников и работодателей. Средний размер взносов на медицинское страхование составляет 13% по отношению к фонду оплаты труда (ФОТ). Взносы выплачиваются работодателями и работниками равными долями, то есть по 6,5%.

Канада: социально-страховая модель финансирования здравоохранения

К странам, использующим социально-страховую модель, относится и Канада. Как отмечалось ранее, несмотря на то, что организация системы здравоохранения Канады относится к социально-страховой, она напоминает государственную модель. В первую очередь, это обусловлено ориентацией канадской системы здравоохранения на социальные характеристики медицинской услуги. Внимание специалистов в сфере организации здравоохранения к данной системе усилилась после того, как Канада достигла значительных успехов в запрете медицинских расходов. В 1965 г. в этой стране доля расходов на Здравоохранение в ВВП составляла 6,5%, то есть была равной США, а в 1990-х гг. этот показатель составляет около 8,7%, тогда которую США приближается к 12%.

Денежные средства производителям медицинских услуг в Канаде поступают из одного источника – системы национального страхования, которая аккумулирует средства трех фондов: федерального и провинциальных бюджетов; частных страховых компаний; добровольных пожертвований. Сфера деятельности частных страховых компаний ограничена, им разрешается страхование только тех услуг, которые не включены в планы обязательного медицинского страхования (ОМС), например, частные больничные палаты, услуги косметической хирургии. В основном провинции аккумулируют свои фонды для здравоохранения из общих провинциальных налогов, но во многих провинциях (Альберта, Британская Колумбия) жители выплачивают специальный страховой взнос, в провинции Квебек работодатели и работники выплачивают специальный налог на заработную плату для целей медицинского страхования. Предпочтение отдается финансированию из местных налогов, поскольку считается, что сбор специальных страховых взносов влечет за собой рост административных расходов. Обычно расходы на здравоохранение составляют одну треть от общих годовых расходов провинций.

В Канаде существует два плана медицинского страхования. Первый охватывает стационарные услуги, второй – услуги врачей. Однако значительная доля бюджетных средств в общих расходах на здравоохранение, установление единого финансиста в лице Национальной системы страхования позволили канадскому правительству обеспечить четкую координацию программ охраны здоровья и сократить административные расходы (сегодня они составляют 1-2% от общих расходов здравоохранения).

Вывод

Таким образом, в основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения. Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

**Задание к лекции:**

1. Изучите текст лекционного материала.
2. Заполните предложенную таблицу:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основные модели финансирования здравоохранения | Положительные черты модели | Отрицательные черты модели | Страны, в которых используется данная модель финансирования здравоохранения. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Запишите определение медицинская услуга и ее отличия от товара.