

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А.Жадан

2-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь,  
д. Снов, Несвижский р-н, Минская область

*Выделены и охарактеризованы пять моделей здравоохранения, дифференцированных по степени финансового и регламентирующего участия государства. Подчеркнуто, что, вне зависимости от источника финансирования здравоохранения, первоначальным донором денежных средств является население. Плата за медицинские услуги, при ее наличии, должна быть приемлемой и доступной для всего населения, но если у государства нет возможностей за счет выделенных средств финансировать растущие потребности в медицинских услугах, то оно, в первую очередь, обязано четко и однозначно определить гарантии и стандарты предоставления тех или иных бесплатных услуг для населения или отдельных его групп с учетом реальных источников финансирования, а также правила распределения и возможности получения тех услуг, которые, в силу финансовых ограничений, не могут быть общедоступными.*

Охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни являются неотъемлемой частью социальной политики государства и имеют первостепенное значение для обеспечения благополучия человека и устойчивого социально-экономического развития общества.

Неудивительно, что люди считают здоровье одним из своих приоритетов. Во многих странах более важными считаются только экономические проблемы: безработица, низкая заработная плата, высокая стоимость жизни. И, как следствие, проблемы здравоохранения приобретают политическую значимость, как только власти начинают идти навстречу ожиданиям людей.

Очень важным является обеспечение своевременного всеобщего доступа к медико-санитарным услугам, включающим в себя формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний и травм, лечение и реабилитацию. Его нельзя достичь без грамотной организации медицинской помощи, без продуманной системы финансирования здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) на 58-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2005 году призвала руководство государств развивать национальные системы финансирования здравоохранения таким образом, чтобы все люди в равной степени имели доступ к медико-санитарным услугам и при этом не испытывали финансовых затруднений при их оплате. Эта цель была определена как всеобщий охват услугами здравоохранения.

В стремлении к этой цели, государства сталкиваются с тремя фундаментальными вопросами:

1. Как такая система здравоохранения должна финансироваться?

2. Как правительства могут защитить людей от финансовых последствий нездоровья и оплаты медико-санитарных услуг?

3. Как стимулировать оптимальное использование имеющихся ресурсов?

Правительства должны обеспечить всеобщую доступность медико-санитарных услуг, разработать надежные средства мониторинга и оценки прогресса.

В то время как мир борется с экономическим спадом, с глобализацией заболеваний, происходящей наряду с глобализацией экономик, а также с растущим спросом на лечение хронических заболеваний, частично связанных со старением населения, необходимость всеобщего охвата медико-санитарными услугами и потребность в стратегии его финансирования становится насущной как никогда ранее [1].

В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет общих налоговых источников различных видов и уровней, целевых налоговых поступлений, взносов на обязательное (и/или добровольное) медицинское страхование, личных средств граждан и иных источников. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли.

В настоящее время в литературе встречается большое разнообразие классификаций систем финансирования здравоохранения. На наш взгляд, весьма интересным является разделение по сте-

пени финансового и регламентирующего участия государства. Благодаря такому подходу, несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, можно выделить пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

1) модель здравоохранения без государственного регулирования;

2) модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан;

3) модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан;

4) монополярная государственная модель здравоохранения;

5) модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга степенью участия государства в финансировании здравоохранения, формами собственности производителей медицинских услуг, степенью охвата населения программами государственной поддержки и, наконец, источниками финансирования здравоохранения.

Условно две первые модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние три – к государственным типам организации здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы, включающие элементы разных моделей [2–8].

Модель здравоохранения без государственного регулирования основана на простых законах потребительского рынка. Основной источник финансирования медицинской помощи – личные средства граждан. В данном случае оплата осуществляется по факту оказания услуги. Виды и объем медицинской помощи и цены формируются путем саморегулирования спроса и предложения. Для такой модели характерно отсутствие существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан, и, как следствие, неимущие слои населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи. Производители медицинских услуг представлены преимущественно врачами частной практики, которые имеют стабильно высокий доход. Участие государства сводится к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в общественных местах. Государство также берет на себя обязанность по изоляции и лечению больных,

представляющих опасность для общества (инфекционных, психиатрических и т.п.). Такая система здравоохранения существует в ряде стран Азии и Африки.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан возникла в эпоху раннего капитализма. Ее появление было связано с развитием сложных медицинских технологий, требовавших больших дополнительных материальных и финансовых затрат. Это, в свою очередь, поставило перед населением и государством проблему оплаты дорогостоящего лечения. Одним из решений проблемы стало создание больничных касс, развитие частного медицинского страхования. Страховые компании использовали принцип общественной солидарности, при котором богатый платит за бедного, молодой – за старого, здоровый – за больного. Это оказалось удобным для большинства пациентов. Механизм страхового дела оттачивался в течение десятилетий, формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между участниками рынка медицинских услуг. Со временем усиливалась роль государства в создании нормативной базы, вводились отдельные элементы обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан (программы для малоимущих, инвалидов и пенсионеров в США). Таким образом, появилась государственная поддержка отдельных категорий граждан в получении медицинской помощи. Однако эта поддержка государства не носила всеобщего характера.

При этой модели взаимоотношения между производителями, финансирующими, контролирующими и потребляющими субъектами основываются на свободном выборе, независимости и двусторонних договорных обязательствах. Основной источник финансирования медицинской помощи при данном типе организации здравоохранения – личные средства граждан и доход юридических лиц, покупающих дорогостоящие страховые полисы для своих сотрудников. Свободное ценообразование, большой выбор медицинских учреждений и врачей создают благоприятную конкурентную среду на рынке медицинских услуг. Высокая стоимость ограничивает доступность медицинской помощи для широких слоев населения, а наличие прямой зависимости заработка врачей от количества принятых пациентов и назначенных диагностических манипуляций создает предпосылки для формирования приоритета в лечении «легких» заболеваний, гипердиагностики, выполнения значи-

тельной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний, недостаточного внимания к помощи на дому и профилактике. Неэффективное использование ресурсов и преобладание затратных хозяйственных механизмов в здравоохранении приводят к постоянному росту доли ВВП, выделяемой государством на социальную поддержку населения. Такая форма организации характерна для здравоохранения США (до начала проведения реформ Б.Обамы), ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

Более прогрессивная и совершенная модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан зародилась в конце XIX века в Германии и получила дальнейшее развитие в большинстве европейских стран. Отличительная черта такой модели заключается в том, что государство с целью обеспечения гарантированной медицинской помощью большинства населения (за исключением самых богатых) обязывает всех работодателей и самих граждан отчислять часть дохода на медицинскую страховку в рамках государственных нормативов по программе обязательного медицинского страхования. Работодатели перечисляют деньги в страховые компании, те, в свою очередь, – в лечебные учреждения, которые оказывают медицинскую помощь населению. Основным недостатком такого механизма сбора, объединения и распределения средств – отсутствие у большинства пациентов информации о стоимости страховки. Наиболее обеспеченные слои населения имеют возможность приобрести дорогостоящую страховку у компании системы добровольного медицинского страхования, что позволяет им пользоваться некоторыми преимуществами в объеме и условиях оказания медицинской помощи. Централизованная система финансирования, основанная на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях), обеспечивает большое внимание с их стороны к контролю объемов расходов при оказании медицинских услуг. Наличие нескольких основных источников финансирования, регулируемое ценообразование в здравоохранении, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи, благоприятствуют привлечению достаточного объема средств в сферу охраны здоровья для обеспечения высокого, гарантированного государством, уровня качества оказания медицинской помощи. Основная роль государственных органов управления здравоохранением при этом сводится к выполнению функ-

ции экспертно-аналитических, арбитражных служб и контроля над санитарно-эпидемиологическим благополучием в стране. В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется регулируемой системой страхования здоровья.

В СССР после Октябрьской революции 1917 г. была создана монополярная государственная модель здравоохранения, в основу деятельности которой (одной из первых в мире) были положены принципы доступности медицинской помощи и всеобщего охвата. Высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях, тотальное обязательное воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем иммунизации населения и развитая инфраструктура социальной сферы – основные положительные черты данной модели здравоохранения. Изначально отрасль была ориентирована на высокий уровень централизации управления, что, со временем, привело к формированию малоэффективной бюрократической системы. Низкая заработная плата и отсутствие экономических стимулов в работе медицинских работников, недостаток дополнительных платных и сервисных услуг, отсутствие конкурентной среды, диспропорции между лечебным потенциалом стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи способствовали развитию неформальных платежей. Отсутствие системы независимого контроля над качеством медицинской помощи при наличии строгого контроля над условиями ее оказания, формирование и развитие медицинских учреждений в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и организация материально-технического и лекарственного обеспечения на основе госзаказа и фондового снабжения по фиксированным ценам, низкая эффективность использования ресурсов – все это определило экстенсивный путь развития классической монополярной государственной модели здравоохранения.

Несомненно, этот вид организации системы здравоохранения сыграл положительную роль в эпоху политических кризисов и войн в обществах с устойчивыми и традиционными представлениями о медицине как о социальном благе, в равной степени доступном и бесплатном для всех граждан. В монополярной государственной системе не предусмотрено использование механизмов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования.

Сегодня данная форма организации здравоохранения, в несколько модернизированном варианте, функционирует в Республике Беларусь,

Швеции, Великобритании и некоторых других странах.

После провозглашения независимости, в Беларуси был принят ряд изменений, направленных на нивелирование недостатков классической модели Семашко. После проведения в Витебской области эксперимента по внедрению нового механизма хозяйствования в здравоохранении, был получен богатый практический и теоретический опыт, обобщение которого позволило сделать выводы для совершенствования модернизации действующей системы планирования, финансирования и управления в сфере охраны здоровья. В частности, сегодня финансирование организаций здравоохранения производится с учетом количества прикрепленного к ним на обслуживание населения, активно проводится работа по развитию рынка платных услуг, удовлетворяющих требования пациентов к ассортименту и качеству оказываемой медицинской помощи. В настоящее время в республике уделяется большое внимание развитию такой сферы услуг, как медицинский туризм. Учитывая современное развитие отрасли здравоохранения и цены на оказание медицинской помощи иностранным гражданам, данный вид платных медицинских услуг является одним из самых перспективных. Так, количество иностранных граждан, получивших медицинскую помощь в Республике Беларусь, с 2006 по 2010 гг. выросло с 32,6 тыс. чел. до 97,8 тысяч, а выручка от экспорта услуг здравоохранения за этот же период – с 2,3 до 9,1 млн долл. США. Вместе с тем, в республике проводится работа по снижению диспропорций между развитием стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, принимаются меры, направленные на укрепление первичного звена и преодоление различий в обеспеченности медицинской помощью городского и сельского населения.

В других странах модель Семашко была изменена в большей степени. Акцент, преимущественно, делался на внедрение механизмов развития экономического соучастия пациентов в лечении, повышении заинтересованности медицинского персонала в качественном оказании медицинской помощи, что было вызвано стремлением государств снизить постоянный рост расходов на сферу охраны здоровья. В частности, функции управления здравоохранением в подавляющем большинстве стран переданы местным органам управления, то есть осуществлена децентрализация управления. Предоставленное пациентам право на свободный выбор врача и, в некоторых странах, лечебного учреждения, оплата труда меди-

цинских работников за объем выполненной работы совместно с действующей системой независимого контроля над качеством оказываемой медицинской помощи используются как действенные элементы материального стимулирования работников сферы здравоохранения. Услуги, предлагаемые созданной системой добровольного медицинского страхования, гармонично дополняют предоставляемый комплекс лечебно-диагностических процедур, предоставляемых на бесплатной основе. Также введены принципы повышения личной заинтересованности граждан в соблюдении назначенных рекомендаций, своевременном прохождении профилактических осмотров и приобретении лекарственных средств по назначению врача. Однако, несмотря на постоянно проводимые реформы, в сфере охраны здоровья большинства стран, использующих данный тип организации здравоохранения, сохраняются длительные сроки ожидания плановой медицинской помощи (в Великобритании, например, в среднем от 4 до 6 месяцев, в Швеции – до 3).

После Второй мировой войны в некоторых развитых странах мира (Италия, Испания, Япония, Канада и пр.), путем заимствования положительных сторон у советского государственного здравоохранения, были внедрены новые формы страховой медицины, которые существенно отличаются от предыдущих частных образцов обязательного медицинского страхования и основаны на всеобщем государственном медицинском страховании. Основной источник финансирования при данном типе организации системы здравоохранения – средства целевых страховых фондов. Со всем небольшой долей занимают бюджетные средства и личные средства граждан. Для сферы охраны здоровья стран с моделью всеобщего государственного медицинского страхования характерно прогрессивное развитие медицинской помощи, использование новейших технологий и дорогостоящего оборудования. Правительствами и заинтересованными структурами активно разрабатываются и внедряются в жизнь механизмы, направленные на оптимизацию работы отрасли и экономию денежных средств. Заслуживающими внимания и достойными подражания являются сфера социального ухода за пожилыми людьми и инвалидами, системы профилактики заболеваний и реабилитации, постоянно развивающийся институт общей врачебной практики. Заработная плата врачей чаще всего фиксированная, с надбавками и бонусными платежами за количество принятых пациентов и выписанных рецептов. Правда, такая форма оплаты труда медицинских работников, без

наличия должного независимого контроля, порождает «конвейерный» характер оказания помощи, предпочтение отдается тем заболеваниям, на диагностику и лечение которых временные затраты врачей минимальны. Характерно частое необоснованное назначение лекарственных средств и дорогостоящих диагностических процедур. В некоторых странах, с целью экономии, определен лимит на количество выполняемых в стационаре исследований и манипуляций. Практически во всех странах с данными типом организации здравоохранения у пациентов есть возможность выбора лечащего врача и лечебного учреждения. Активно практикуется доленое участие пациентов в оплате медицинской помощи и лекарственных средств (размер соплатежей варьирует в разных странах от 4 до 30% стоимости медицинских услуг, и, как правило, установлен максимальный размер выплат).

Изменения в организации и финансировании здравоохранения, которые могли бы привести эту сферу в соответствие с реалиями постиндустриального общества, широко и повсеместно обсуждаются во многих странах, а некоторые из них уже перестраивают свои медицинские системы.

Опыт функционирования различных моделей здравоохранения показывает, что большинство негативных сторон той или иной системы здравоохранения, вне зависимости от типа ее организации, вызваны мерами по экономии средств, выделяемых на сферу охраны здоровья. Постоянный рост затрат весьма характерен для медицины как для высокотехнологичной, динамично развивающейся отрасли.

Вместе с тем, следует отметить, что вне зависимости от источника финансирования здравоохранения, будь то ассигнования из бюджета, средства специализированных компаний или фондов, прямые платежи, в любом случае первоначальным донором денежных средств является население, для которого, в принципе, нет существенной разницы, кому платить часть своего дохода – государству, страховым организациям или медицинским работникам. Важно, чтобы плата за медицинские услуги, при ее наличии, была приемлемой и доступной для всего населения. Безусловно, наличие фондов медицинского страхования позволяет точнее спланировать бюджет сферы охраны здоровья и снизить денежную нагрузку на население при возникновении заболевания, но в период реформирования и модернизации производственных отраслей (к которым, в силу ошибочного, но широко распространенного мнения, медицина не относится) здравоохранению отво-

дится второстепенная роль. В данной ситуации приоритет следует отдавать рациональному и эффективному использованию средств в сфере охраны здоровья, внедрению программ, направленных на профилактику заболеваний, снижение инвалидизации населения путем развития центров реабилитации, открытия специализированных школ (школы сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, школы молодых матерей и т.д.). Необходимы разработка и внедрение механизмов повышения личной заинтересованности населения в укреплении и сохранении здоровья, а также стимулирование медицинского персонала в оказании качественной медицинской помощи большему числу пациентов.

Если у государства нет возможностей за счет выделенных средств финансировать растущие потребности в медицинских услугах, то оно, в первую очередь, обязано четко и однозначно определить гарантии и стандарты предоставления тех или иных бесплатных услуг для населения или отдельных его групп с учетом реальных источников финансирования. Должны быть определены правила распределения тех услуг, которые, в силу финансовых ограничений, не могут быть общедоступными. По возможности, при распределении «бесплатных» услуг следует использовать механизмы, которые расширяют свободу выбора потребителя, стимулируют конкуренцию между теми, кто предоставляет эти услуги. Организации здравоохранения в рамках установленных для них стандартов и правил должны быть наделены самостоятельностью, позволяющей оптимизировать формы и методы предоставления своих услуг. Задача государства при этом – стимулировать в здравоохранении частное финансирование, способствовать тому, чтобы для потребителей, готовых оплачивать услуги самостоятельно, это не замещало государственные гарантии, а на законных основаниях дополняло их.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 106 с.
2. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П.Щепин, В.А.Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С.183–188.
3. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. – Всемирная организация здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. – 241 с.
4. Медико-социальное страхование. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование (доклад Секре-

- тариата). – Всемирная организация здравоохранения, Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2005. – 6 с.
5. *Алексеев, В.А.* Об итогах международной практики реформирования здравоохранения и рекомендациях ВОЗ / В.А.Алексеев, М.Ю.Сафонова // *Здравоохранение.* – 2011. – №3. – С.65–71.
  6. *Сачек, М.М.* Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М.М.Сачек, М.В.Щавелева, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения.* – 2011. – №2. – С.4–14.
  7. *Сачек, М.М.* Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 2 / М.М.Сачек, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, М.В.Щавелева // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения.* – 2011. – №3. – С.19–37.
  8. *Крутова, И.Н.* Финансирование здравоохранения в Российской Федерации и странах Организации экономического сотрудничества и развития / И.Н.Крутова, С.Н.Акимова, Е.С.Жесткова, А.А.Лукшина // *ГлавВрач.* – 2009. – №6. – С.6.

## SOCIO-ECONOMIC MODELS OF HEALTH CARE

**A.A.Zhadan**

Five models of health care, differentiated by the degree of financial and regulatory state participation, were determined and characterized. It was emphasized that regardless of the source of health care financing, a primary donor of the monetary funds was the population. The payment for medical services, if any, should be acceptable and accessible to all people. But if the state does not have the opportunities to finance the growing requirements for medical services from allocated funds, it, first of all, must clearly and uniquely define guarantees and standards on rendering certain free services for the population and for its separate groups based on real finance sources, as well as distribution rules and the possibility of obtaining the services that can not be available to all because of financial restrictions.

*Поступила 21.03.2012 г.*

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА – ВЫСОКОЕ ИСКУССТВО В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

<sup>1</sup> Н.Н.Пилипцевич, <sup>1</sup> Т.П.Павлович, <sup>2</sup> А.Н.Пилипцевич, <sup>3</sup> Е.А.Короед

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

<sup>2</sup> УЗ «7-я городская поликлиника г. Минска», г. Минск

<sup>3</sup> Мстиславская центральная районная больница, г. Мстиславль, Могилевская область  
Совет Республики Национального собрания Республики Беларусь

*Проблема взаимоотношений врач–пациент является главенствующей в медицинской этике. В ней появилось много новых аспектов. Их решение требует всестороннего обсуждения, оценки и, возможно, законодательного регулирования. Врач стал ответственным «за здоровье всех», всем обязан, лично заинтересован, с него основной спрос. Сформировался пациент наступающий, требующий, угрожающий, а не обращающийся с просьбой о медицинской помощи. В деле достижения самой высокой ценности на земле – здоровья, как минимум, нужны уверенный в своих профессиональных действиях, уважаемый, эффективно работающий врач и заинтересованный в своем здоровье, взаимодействующий с врачом пациент.*

В современной медицине понятие «больной», в основном, относится к людям, находящимся на стационарном лечении. Оно все чаще заменяется понятием «пациент», означающим в переводе с латинского «страдающий», с французского – «терпеливый», «пассивный», «безучастный». Исторически сложилось так, что организация здравоохранения, оказывающая стационарную помощь людям, называется больница, от слова «боль», т.е.

это учреждение, призванное облегчать страдания людей, купировать все болевые ощущения.

Медицинской наукой давно установлено, что одно и то же заболевание у разных пациентов имеет индивидуальные проявления. Об этом обычно говорят так – каждый болеет своей болезнью.

Испокон веков врач призван откликаться на зов пациента, независимо от тяжести его болезни, возраста, пола, положения в обществе. Таков непре-