

ТЕНДЕНЦИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Е.О.Зайцев

Руководитель Странового бюро ВОЗ в Республике Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

Использование таких категорий, как "система здравоохранения, финансируемая за счет налогов" или "система обязательного медицинского страхования", является концептуально не адекватным и может ограничивать рассмотрение решений в реформировании систем здравоохранения. Всемирной организацией здравоохранения предложен рамочный подход, который позволяет функционально анализировать систему здравоохранения и определять возможные реформы. Приведены три составляющих финансирования здравоохранения: сбор денежных средств, их аккумуляция и покупка услуг, и подчеркнуты общеевропейские тенденции в рамках этих составляющих. Из видов покупки услуг фокус сделан на принципах оплаты медицинских услуг, оказываемых врачами первичного звена. В этом плане подчеркнута общеевропейская тенденция использования комбинации трех составляющих: подушевого финансирования, оплаты за услуги и оплаты за достигнутые результаты.

Модели систем здравоохранения vs Рамочный подход ВОЗ

Часто системы здравоохранения разделяют в соответствии с источником финансирования и классифицируют как: «страховая медицина», «государственная система здравоохранения» и «частное страхование» или пользуются «ярлыками», такими как модель Бисмарка, Семашко, Бевириджа или Американская модель. На самом деле, такие классификации мало помогают оценить эффективность проведенных и возможных в будущем реформ. Постулат, что если перейти от одной модели к другой (например, от государственной к страховой медицине), то автоматически решатся все проблемы, существующие в настоящее время в отдельно взятой системе здравоохранения, не правомочен. Все больше растет понимание того, что страны могут проводить реформы без радикальных изменений источника финансирования.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (ВОЗ, 2000) предлагает рамочный подход, который позволяет функционально анализировать любую систему здравоохранения и определять возможные реформы, которые приводят к достижению конечных целей здравоохранения. На рис. 1 представлена упрощенная схема этого подхода. Справа обозначены три конечные цели здравоохранения: отзывчивость, здоровье, финансовая защищенность. Следует отметить, что, наряду с показателями здоровья, ВОЗ предлагает рассматривать в качестве конечных целей также отзывчивость системы здравоохранения к немедицинским

нуждам и финансовую защищенность семей от катастрофических расходов. Слева на рисунке приведены 4 функции системы здравоохранения: 1) оказание услуг, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне; 2) финансирование системы здравоохранения; 3) генерирование ресурсов, включая человеческие ресурсы, закупка лекарственных средств и медицинского оборудования; 4) руководство системой здравоохранения и координация, в том числе межсекторальная.

На рис. 2 представлена развернутая схема и показаны взаимосвязи конечных целей системы здравоохранения с промежуточными задачами (такими как качество и эффективность) и функциями системы здравоохранения.

Составляющие финансирования системы здравоохранения

Выделяют три составляющих финансирования здравоохранения: сбор денежных средств, их аккумуляция и покупку услуг (рис. 2).

Связь между сбором денежных средств и населением отражает тот факт, что население вы-

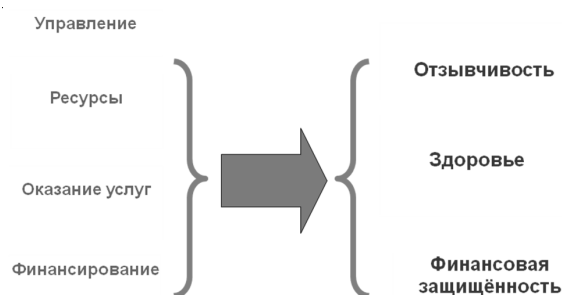


Рис. 1. Функции и конечные цели



Рис. 2. Взаимосвязь системы финансирования здравоохранения с задачами политики, другими системными функциями и общими целями системы здравоохранения (источник: Joe Kutzin, 2008)

ступает в качестве источника всех средств (кроме средств, поступающих из других стран или внешних организаций по оказанию помощи). В некоторых системах право на гарантированное медицинское обслуживание зависит от вклада, сделанного данным лицом или от его имени, тогда как в других системах данное право вытекает из наличия статуса гражданина или постоянно проживающего в данной стране. Наличие или отсутствие такой связи между взносом и предоставлением прав является важным концептуальным различием в моделях финансирования здравоохранения Бисмарка и Бевериджа.

Следует подчеркнуть, что правительство не является «источником» средств, оно собирает налоговые поступления, источником которых является население. Таким образом, категории, обычно используемые для классификации источников финансирования, фактически касаются преимущественно механизмов осуществления взносов.

Сбор денежных средств может проводиться обществом (государством) или индивидуально гражданами, т.е. *быть общественным или частным.*

Общество (государство) направляет на финансирование системы здравоохранения средства из: общих доходов правительства (нецелевые налоговые поступления);

целевых поступлений за счет налогов на заработную плату, которые обычно предназначены для обязательного медицинского страхования (ОМС), часто именуемых как «взносы на социальное медицинское страхование».

Непосредственно от граждан финансовые средства поступают в систему здравоохранения: в виде добровольных предварительных платежей (как правило, при добровольном медицинском страховании (ДМС), а также с индивидуальных медицинских накопительных счетов);

при прямых платежах населения в момент обращения за помощью, в том числе за счет грантов, займов/кредитов.

В рамках этих широких категорий существуют значительные вариации, которые могут иметь немалое значение для достижения стратегических целей. Например, распределительный эффект от различных источников налоговых поступлений, таких как подоходный налог, налог на прибыль

корпораций и налог на добавленную стоимость, не одинаков. Аналогично, существуют различные механизмы осуществления предварительных добровольных платежей, например оценка премии, исчисляемая на основе предыдущего опыта, и оценка премии на основе уровня премий, распространенных в данной общине, которые также по-разному влияют на уровень справедливости. Реформы финансирования здравоохранения могут повлечь за собой изменения в механизмах осуществления взносов и (или) создание новых учреждений по сбору платежей, что, в свою очередь, может привести к распределительным последствиям для лиц, первоначально осуществляющих взносы.

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода существуют контекстуальные ограничения при выборе возможных альтернативных источников финансирования здравоохранения. Важным примером таких ограничений является пример стран с высокой долей людей, не работающих в формальном секторе экономики. В такой ситуации налогообложение прибыли или доходов затруднено, следовательно, налоговые поступления этих стран формируются в основном за счет налогов на потребление (например, налога на добавленную стоимость)

В настоящее время прослеживается следующая общеевропейская тенденция в части сбора денежных средств – это:

комбинация различных механизмов финансирования;

снижение удельного веса прямых платежей населением (платных услуг) и увеличение удельного веса различных видов предоплаты.

В странах СНГ повсеместно проявляется интерес к ОМС, но некоторые государства-члены Содружества с его внедрением не спешат.

Вторая составляющая финансирования системы здравоохранения – это *аккумуляция* или *пул денежных средств*.

В наиболее общем смысле аккумуляция денежных средств определяется как накопление предварительно оплаченных поступлений на нужды здравоохранения от имени населения для перечисления, в конечном счете, поставщикам. Цель аккумуляции – перераспределение рисков, т.е. обеспечение принципов «здоровый платит за заболевшего», «богатый – за бедного», «молодой – за пожилого».

Аккумуляция возникает, когда средства выделяются агентствами по сбору платежей (в соответствии с возможными механизмами распределения) одной или нескольким организациям по объединению средств. Иногда это распределе-

ние происходит в рамках одной организации (например, в рамках частного страхового фонда, который собирает премии и объединяет их от лица плательщиков премий), в то время как в иных случаях функциональные обязанности могут быть разделены между различными учреждениями (например, сбор налогов на заработную плату, осуществляемый налоговыми органами или многоцелевыми «социальными фондами», с последующим выделением части доходов, предназначенных для здравоохранения, из накопленных этими агентствами средств в фонд ОМС). Объединение средств для оказания медицинской помощи осуществляется широким кругом различных государственных и частных организаций и органов управления, включая национальные министерства здравоохранения, децентрализованные подразделения этих министерств, местные органы власти, фонды социального медицинского страхования, частные коммерческие и некоммерческие страховые фонды, общественные неправительственные организации (НПО) и др. Эти организации, в свою очередь, выделяют объединенные средства покупателям медицинской помощи.

В большинстве случаев объединение и закупка осуществляются одной и той же организацией. В этом случае распределение неявное и осуществляется в пределах одной организации. Однако распределение ресурсов также может осуществляться между организациями по аккумуляции средств, например, распределение доходов с учетом рисков конкурирующим страховым фондам либо неконкурирующим территориальным органам управления здравоохранением.

Изменение форм аккумуляции средств может оказывать влияние не только на уровень защиты населения от финансовых рисков, связанных с потреблением медицинской помощи, но и на обеспечение справедливости в распределении ресурсов здравоохранения, на возможности систем создавать стимулы для повышения эффективности организации процесса предоставления услуг, а также эффективности управления системой здравоохранения в целом. Следовательно, целесообразно не только рассматривать объединения рисков в целях обеспечения финансовой защиты, но и то, как финансовые пулы могут быть реорганизованы для успешного решения других стратегических целей. Кроме того, вопросы объединения средств должны рассматриваться не только для медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном уровне, но и для всей системы здравоохранения, включая финансирование услуг здравоохранения, оказываемых на популяционном

уровне, и вертикальных программ.

Касательно пула денежных средств, основными европейскими тенденциями являются:

перераспределение рисков в пользу более нуждающихся (принцип общественной солидарности);

отход от фрагментации (множества пулов) к общему пулу.

Третья составляющая финансирования здравоохранения – это *покупка услуг*.

Закупки – обобщающий термин, определяющий осуществляемый в интересах населения процесс передачи объединенных средств производителям медицинских услуг. Вместе с объединением средств закупки позволяют обеспечивать страховым покрытием отдельных лиц. Иными словами, происходит объединение финансовых средств и закупка услуг от имени всего населения или некоторой его части. Основные проблемы в области закупок связаны с организациями, выполняющими данную подфункцию, с рыночной структурой закупок, а также используемыми для закупок механизмами. Проблемы, касающиеся организаций и рыночной структуры, очень схожи с проблемами, возникающими при объединении средств, с учетом того, что обычно данные подфункции выполняются одной и той же организацией. В настоящее время особое внимание уделяется необходимости перехода от пассивных закупок к активным или стратегическим закупкам. Минимальным требованием для данного перехода является осуществление отчислений хотя бы некоторым поставщикам медицинских услуг на основе информации об их деятельности или о потребностях населения в медицинских услугах. Таким образом, изменение содержания и роли информационных систем стало неотъемлемой частью процесса проведения реформ в сфере осуществления закупок в регионе. В целях изменения стимулов, направленных на повышение качества или эффективности системы оказания медицинской помощи, применяются специфические механизмы, включающие в себя изменения процедур заключения контрактов с производителями и их оплаты. К таким механизмам могут относиться ретроспективные административные процедуры, направленные на осуществление проверки качества и адекватности оказанной медицинской помощи или, как минимум, выявление случаев составления недобросовестных отчетов.

Ключевым вопросом, связанным с обеспечением эффективности применения стратегических методов закупок, является согласованность применения таких методов с организационными и институциональными механизмами работы с производителями услуг. Например, в ситуации, когда руководители государственных учреждений

лишены самостоятельности в области финансового управления (т.е. они не имеют права перемещать средства с одной статьи бюджетной сметы на другую), изменения в системе оплаты их услуг будут неэффективными. Аналогично этому, введение методов оплаты, направленных на перенос финансовых рисков на производителей, не будет эффективным, если производители не несут финансовой ответственности за свои долги. Подобная ситуация наблюдалась в ряде стран Европейского региона, где, например, государственные больницы существуют в условиях «мягких бюджетных ограничений» (Duran et al., 2005; Hensher and Edwards, 2005; Chawla, 2006).

Покупка услуг – самая реформируемая составляющая системы финансирования здравоохранения в Европе. Здесь важны четыре группы вопросов:

1. Для кого покупать услуги? Каков охват? Какие приоритеты?

2. Что покупать? Что включается/исключается из гарантированного пакета? Все ли покупаемые интервенции имеют хорошую доказательную базу?

3. У кого покупать? Акцент на профилактику, первичную помощь, высокие технологии? За какую цену?

4. Как платить? Как финансово стимулировать достижение конечных целей?

Виды оплаты труда врачей на уровне первичной помощи

Оплата медицинских услуг, оказываемых врачами первичного звена, является одним из видов закупки услуг. Эта оплата может быть временной (заработная плата) или основываться на количестве населения (подушное финансирование), проделанной работе (Fee-for-service (оплата за оказанные услуги)) или достигнутых результатах (P4P (оплата за результаты)) (Ensor and Langenbrunner, 2002). В таблице отражены достоинства и недостатки различных видов оплаты труда врачей первичного звена.

Наблюдаемая общеевропейская тенденция – комбинация нескольких видов оплаты в следующей пропорции:

- подушное финансирование – 60%;
- оплата за оказанные услуги – 20–30%;
- оплата за достижение результатов 10–20%.

Причем, эта тенденция в Европейском регионе характерна как для систем здравоохранения, финансируемых за счет налогов, так и систем обязательного медицинского страхования.

Заключение

Изучение тенденций финансирования систем здравоохранения в Европейском регионе позволяет утверждать, что:

Достоинства (+) и недостатки (-) различных видов оплаты медицинских услуг, оказываемых врачами первичного звена

Критерии	Виды оплаты медицинских услуг			
	Зарботная плата	Подушевое финансирование	Fee-for-service (оплата за оказанные услуги)	P4P (оплата за результаты)
Продуктивность	-	-	+	+
Сдерживание стоимости	+	+	-	-
Отзывчивость	-	+	+	+
Целесообразность	-/+	+	-	+
Профилактика	-	+	-	+
Качество	-	+	+	+
Административное обслуживание	+	+/-	-	-

1. Реформирование системы финансирования может решать проблемы здравоохранения и способствовать достижению поставленных целей.

2. Основные реформы могут проходить на этапе покупки услуг.

3. Стратегическая закупка услуг позволяет достичь поставленных целей оптимальным способом.

4. Большее значение имеет именно стратегическая покупка услуг, а не механизм поступления средств.

5. Разница между общественным (бюджетным) финансированием и социальным страхованием не такая большая.

6. В любой стране существует комбинация различных механизмов как сбора средств, так и закупки услуг.

7. Платная услуга хуже, чем любая система предоплаты.

Следует отойти от стереотипов моделей и ярлыков для систем здравоохранения и применять рамочный подход ВОЗ при анализе ситуации и предложении реформ. Важно анализировать, как система функционирует (как осуществляются ее четыре функции) и насколько полно достигаются конечные результаты.

TRENDS IN HEALTH CARE SYSTEMS FINANCING IN THE EUROPEAN REGION

Ye.O.Zaitsev, Head of the WHO Country Office in the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

The use of such categories as tax-financed health care system or compulsory health insurance is conceptually inadequate and may limit decision-making as regards reforming health care systems. A framework approach allowing to analyze the functional health care system and to determine possible reforms has been proposed by World Health Organization. The following three components of the health care financing have been described: collection of monetary funds, monetary funds accumulation and purchase of medical services. All-European trends within the framework of these components have been accentuated. Among types of purchasing services, focus has been placed on principles of payment of medical services rendered by primary care professionals. In this connection, the all-European trend to use the following combination of the three components has been emphasized: per capita funding, payment for services and payment for results achieved.