

РАЗНЫЕ МОДЕЛИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОСУДАРСТВАХ

Тинасилов М.Д.¹, Уркумбаева А.Р.²

¹ д.э.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российского медицинского университета», tinassilov@mail.ru

² к.э.н., доцент Алматинского Технологического Университета, u.assiya@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены различные модели системы здравоохранения и их качество, количество и структура выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере охраны здоровья определяются сложной системой экономических, политических, культурных, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране. Например, модели управления системой охраны здоровья и ее модификации, основанные на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования, определяется как социально-страховая или система 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. В связи с этим, авторы предлагают, что выбор модели здравоохранения не является однажды решенной проблемой. В современных системах здравоохранения всего мира постоянно идут процессы реформирования, заключающиеся в многовариантном сочетании различных вышеописанных моделей.

Ключевые слова: охрана здоровья, модели управления, модификация, экономика, финансирование, социальные гарантии, страхование, рынок медицинских услуг, классификация, рынок в здравоохранении.

DIFFERENT MODELS OF HEALTH SYSTEMS IN STATES

Tinassilov M.D.¹, Urkumbayeva A.R.²

¹ doctor of Economics, Professor, «Kazakh-Russian medical University», tinassilov@mail.ru

² Ph.D., Associate Professor Almaty Technological University, u.assiya@mail.ru

Abstract. The article considers various models of the health care system and their quality, quantity and structure of resources allocated by society, the effectiveness of their use in the field of health protection are determined by a complex system of economic, political, cultural, moral, ethical and other relations that have historically developed in the country. For example, models of management of the health protection system and its modifications based on the principles of social insurance and market regulation with a multi-channel financing system are defined as social insurance or a system of regulated health insurance. This model of healthcare is based on the principles of a mixed economy, combining the market of medical services with a developed system of state regulation and social guarantees, access to medical care for all segments of the population. In this regard, the authors suggest that the choice of a health care model is not a once-solved problem. Modern healthcare systems around the world are constantly undergoing reform processes, which consist in a multi-variant combination of the various models described above.

Keywords: *health protection, management models, modification, economics, financing, social guarantees, insurance, medical services market, classification. the market in healthcare.*

Введение. Формы организации национальных систем здравоохранения многообразны. В каждой стране создаются и развиваются свои уникальные системы, отличающиеся способами привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи и сохранения здоровья населения. Качество, количество и структура выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере охраны здоровья определяются сложной системой экономических, политических, культурных, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Существует большое количество классификаций систем здравоохранения. Их множество объясняется многообразием сущностей, принимаемых разными авторами за классифицирующую основу.

К одному из наиболее важных классифицирующих признаков относились степень централизации управления системой здравоохранения. В соответствии с этим признаком, выделяют централизованную, децентрализованную и смешанную модели управления системой охраны здоровья. В том числе, примером централизованной модели управления является российская модель, ориентированная в большей мере на экстенсивное развитие при значительном ограничении самостоятельности первичного звена здравоохранения, то есть медицинских организаций. Особенности функционирования смешанных моделей управления сферой здравоохранения (та или иная степень децентрализации), реализуемых в Великобритании, Канаде, Нидерландах, Японии и других развитых странах, предопределяются национальными приоритетами, политическим устройством, уровнем социально-экономического и технологического развития страны.

Во многих странах, где роль государства в здравоохранении исторически была ведущей, наблюдается последовательная децентрализация некоторых государственных функций и делегирование их региональным и муниципальным органам власти, отдельные функции передаются частному сектору. Децентрализация считается эффективным способом улучшения обслуживания, вовлечения населения в определение приоритетов и уменьшения различий в состоянии здоровья населения. Реализация децентрализованной модели связана с внедрением современных методов и технологий управления, функционированием системы корпоративного менеджмента.

В странах со слабой ролью государства в здравоохранении, наоборот, происходит усиление централизованно регулируемых мер. Считается, что излишняя децентрализация приводит к дроблению служб, ослаблению центральных органов управления здравоохранения, нерациональному и менее профессиональному

оснащению оборудованием и медикаментами, неравенству в потреблении медицинской помощи, политическим манипуляциям в пользу заинтересованных в регионах групп. Становится понятной важность государственного регулирования, равно как и то, что оно должно быть необычайно тонким и профессиональным.

Наиболее исторически значимые национальные модели организации здравоохранения, ставшие основой для формирования многих современных систем. Однако, к недостаткам сложившейся системы относят, что гражданам предоставляется возможность застраховаться по государственной схеме, заплатив определенный процент от своей заработной платы, и получить доступ к государственным больницам и преимущественно частной поликлинической службе, или же застраховаться частным образом, заплатив взнос в соответствии с риском. Действительно, такое положение дел способствует тому, что около 10% наиболее богатых не вносят свой вклад в государственную систему здравоохранения, таким образом, нарушая принцип солидарности: богатые платят за бедных, здоровые за больных. Однако и частная, и государственная системы процветают, а право выбора создает еще более жесткую конкуренцию между страховыми кассами. Необходимо отметить, что жесткой конкуренции способствует значительное (более 100) число «больничных касс».

Такие модели управления системой охраны здоровья и ее модификации, основанные на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования, определяется как социально-страховая или система 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.

Актуальность темы и постановка задач. Для рыночной модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг и средств системы добровольного медицинского страхования, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Медицинские организации - преимущественно, частной формы собственности. Главной движущей силой, основным регулятором и инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок

медицинских услуг. Очень высокий уровень экономической эффективности. При этом заботу о той части населения, которая не может быть вовлечена в рыночные отношения (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем внедрения и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко данная модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения - частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных «Medicaid» и пенсионеров «Medicare».

Современного состояния системы охраны здоровья экспертами установлено - высочайшие в мире расходы при довольно невысоких показателях здоровья. Действительно, при расходах, превышающих 14% от ВВП, продолжительность жизни населения отстает от большинства развитых стран. Так же, 15% населения практически не имеют возможности воспользоваться услугами, вне всякого сомнения, самой передовой медицины, а еще 15% застрахованы не адекватно.

Следовательно, строгий контроль системы здравоохранения со стороны государства позволяет сдерживать расходы (например, путем установления максимальных страховых взносов) и обеспечивать большую степень равенства и солидарности. Роль потребителей медицинских услуг выполняют страховые компании и используются принципы рыночной экономики. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан, государственного бюджета, системы ОМС) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

В социально-страховую модель 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. Основным принципом оплаты, сохранившийся до настоящего времени, - деньги следуют за пациентом - оставляет право пациенту свободного выбора врача, а сумма гонорара зависит от числа пациентов, их пола, возраста и социального статуса. На престарелых, детей до четырех лет, женщин фертильного возраста и жителей бедных районов выплаты выше. Персональная оплата пациентам включает и средства для стационарного лечения, что упреждает необоснованную госпитализацию в случаях, когда лечение в домашних условиях эффективнее и дешевле.

Современные требования пациентов к здравоохранению возросли, как только стало очевидным, что за лечение больше не нужно платить. Резко увеличилось количество врачей на дом (часто без необходимости), врачи начали формировать спрос

и предложение в абсолютно нерегулируемых условиях (лечение здоровых зубов, выписывание очков людям с нормальным зрением, тотальные проводили в профилактических целях и проч.).

Все это позднее вынудило правительство ввести регуляторные меры: были узаконены платежи, обязывающие пациента оплачивать часть лечения. Кроме того, врачей общей практики наделили регулирующей функцией, с возможностью ограничивать доступ к более дорогим узким специалистам, особенно, если в этом не было необходимости.

Таким образом, система государственная, бюджетная, госбюджетная и ее модификации характеризуются 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). Государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая всеобщий доступ и удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Медицинские организации преимущественно государственной формы собственности. Управление здравоохранением - государственное, органы исполнительной власти. Эффективная система мотивации для пациента должна затрагивать ответственность за собственное здоровье и стимулировать ведение здорового образа жизни, соблюдение рекомендаций и выполнение регулярных профилактических мероприятий. Другими словами - необходимо добиться повышения роли самого пациента в системе здравоохранения. Такая обновленная система должна создавать ценность для потребителя — повышать продолжительность и качество его жизни, — при этом разумно расходуя довольно ограниченные ресурсы. Все эти вопросы являются актуальны в сфере экономики здравоохранении

Результаты исследования и рекомендации.

Изучение современных систем здравоохранения, опирающееся на категорию стран, отнесенных к различным уровням социального развития, предполагает выделение следующих моделей, которые детализируют вышеизложенные первичные:

1. универсальная;
2. континентальная;
3. южная;
4. скандинавская;
5. преимущественно частная;
6. модель, используемая в странах с переходной экономикой.

Эти модели принципиально различаются степенью участия государства в финансировании здравоохранения; формами собственности производителей медицинских услуг; степенью охвата населения программами государственной поддержки; источниками финансирования здравоохранения; типом модели управления сферой здравоохранения. В настоящее время системы здравоохранения развитых стран строго не укладываются ни в одну из этих моделей. Реформы эволюционируют, заимствуя друг у друга идеи и отдельные элементы. Современные системы здравоохранения стали, по сути, настолько гибридными, что, порой, трудно сказать, какая модель взята за основу.

Медицинские издержки во всем мире растут так быстро, что уже в среднесрочной перспективе экономика многих стран перестанет их выдерживать. Вряд ли помогут даже бурное развитие и радикальное удешевление медицинских и биотехнологий.

По сути, выбор модели здравоохранения не является однажды решенной проблемой. В современных системах здравоохранения всего мира постоянно идут процессы реформирования, заключающиеся в многовариантном сочетании различных вышеописанных моделей. Само существование такого разнообразия систем и такого количества проводимых реформ, говорит о том, что ни одна из них не идеальна. Каждое государство стремится создать наиболее приемлемое с точки зрения идеологии, экономики и ментальности здравоохранение, поэтому слепое заимствование идей и копирование успешных систем, не всегда приводит к положительному эффекту. В связи с этим необходимо дополнительно исследовать:

- в современных системах здравоохранения всего мира необходимо постоянные процессы реформирования, заключающиеся в многовариантном сочетании различных вышеописанных моделей;
- общемировой тенденцией построения моделей здравоохранения необходимо определить подбора рационального сочетания двух антагонистических систем - централизованного государственного контроля, с одной стороны, и внедрения в здравоохранение рыночных механизмов, с другой;
- все страны, вне зависимости от сложившейся модели национальной системы здравоохранения и ее развития, вести научно-исследовательские работы с идентичными глобальными проблемами в сфере охраны здоровья населения;
- создание эффективной системы мотивации для пациента, формирующей его ответственность за собственное здоровье и стимулирующей здоровый образ жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. **Шейман И.М.** Экономика здравоохранения: учеб. пособие. - М.: ТЕИС, 2001. - 324 с.
2. **Калякин М.А.** Концептуально-методические основы управления социально-экономическими системами: на примере сферы здравоохранения // Управление персоналом. 2008. № 20. С. 45-46.
3. **Семенов В.Ю.** Системы организации здравоохранения: учеб. пособие. — М.: МФП, 2000. - 69 с.
4. **Головина Н.А.** Оценка эффективности функционирования национальной системы здравоохранения и ее субъектов на основе релевантного учетно-аналитического обеспечения // Сибирская финансовая школа. 2013. № 5. С. 34-45.
5. **Джайнакбаев Н.Т., Тинасилов М.Д.,** Глобальные проблемы в сфере охраны здоровья населения. /Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. /Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета №3 /29/ 2020.
6. АКРА (Аналитическое кредитное рейтинговое агентство) доклад «Экономика Казахстана — риски рецессии в 2020 году и перспективы выхода из нее» о состоянии экономики и ее прогнозе до 2024 года.
7. **Новости Экономика и Бизнес Всемирный банк: негативное влияние COVID-19 на экономику Казахстана.** https://kazakh-v.kz/ru/view/business/page_215068_vsemirnyi-bank-negativnoe-vliyanie-covid19-na-ekonomiku-k