

Зудин А.Б.¹, Щепин В.О.²
**ТИПОЛОГИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ТРАЕКТОРИИ
РЕФОРМИРОВАНИЯ**

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Россия,
Москва

² ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Россия, Москва

Zudin A.B.¹, Chepin V.O.²

¹ Federal STATE Autonomous educational institution RUDN, Russia,
Moscow

² National research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Зудин Александр Борисович, директор Института медико-биологических проблем РУДН, к.м.н., e-mail: zudin@nptemp.ru

Щепин Владимир Олегович, заместитель директора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, д.м.н., член-корреспондент РАН, e-mail: shchepin131@mail.ru

Резюме. Представлена типологизация национальных систем здравоохранения. Показаны взаимосвязи между траекториями реформирования здравоохранения и выбранным типом национальных систем здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, типология, реформирование.

Summary. Presents a typology of national health systems. Illustrates the relationship between the trajectories of health care reform and for national health systems

Keywords: health care, typology, reform.

В настоящее время, в странах мира, сложились собственные системы медицинского обслуживания населения, каждая из которых обладает только ей присущими характерными чертами, которые во многом предопределены широким спектром факторов: уровень экономического развития страны; степень централизации и

децентрализации государственного управления; авторитаризм, либерализм, или демократизация власти; географические и климатические характеристики территории; социально-культурные особенности и прочее.

Несмотря на различия, представляется возможным во всем многообразии национальных систем здравоохранения выделить основные группы, обладающие сходными чертами и принципами функционирования и развития. Выделяемые типы являются идеальными, что означает наличие в одной и той же стране характеристик нескольких типов систем здравоохранения, но с преобладанием черт какой-либо одной. В основе каждого типа лежат единые базовые элементы, функционирование которых имеет существенные различия. Базовыми элементами национальных систем здравоохранения являются следующие [6]:

1. Организационная структура и механизм управления. Может предполагать централизацию и децентрализацию принимаемых решений. Так, например, Швейцария является классическим примером децентрализации, где департаменты охраны здоровья граждан в кантонах имеют практически полную самостоятельность принимаемых решений. Централизованный механизм управления национальной системой здравоохранения функционирует на основе решений, принимаемых федеральным органом власти, – например, Министерством здравоохранения, как это осуществлялось в СССР и до сих пор практикуется на Кубе, в Китае, Вьетнаме и ряде других стран.

2. Система финансирования, материального и технологического обеспечения системы здравоохранения.

3. Механизм внутреннего функционирования. Особенности организации и предоставления амбулаторно-поликлинической и скорой помощи, обслуживания в стационарах.

Функционирование системы здравоохранения может осуществляться на основе финансирования за счет средств государства (налоговых отчислений в государственный/федеральный бюджет), или соответствующего территориального органа власти (налоговых отчислений в региональный бюджет), а также за счет страховых отчислений организаций, учреждений, коммерческих компаний и самостоятельной оплаты частными лицами. Таким

образом, в соответствии с классификацией, предложенной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), национальные системы здравоохранения следует типологизировать по принципу финансирования [3]. Согласно этому принципу, выделяются три основных типа национальных систем здравоохранения.

1. Государственная - финансирование которой осуществляется за счет государственных бюджетных средств. Специфические особенности данной системы заключаются в том, что государство монополизировало управление системой здравоохранения, определяя перечень и механизм предоставления медицинских услуг, обеспечивая их бесплатность для пациента за счет финансирования из средств государственного бюджета. Эффективное развитие такой системы зависит от наполняемости бюджета, что связано с повышением налоговых ставок и затрудняется в периоды экономической нестабильности. Современные демографические тенденции (старение населения) обуславливают практически постоянную потребность в дополнительных материальных ресурсах.

Следует отметить, что государственный тип национальной системы здравоохранения не предполагает гибкости в выборе пациентом лечащего врача или лечебного учреждения, а медицинское обслуживание, как правило, сопряжено с большими очередями, бюрократизмом, ограничениями в возможности использования медицинских технологических и иных инноваций, а также неравномерностью обеспеченности лечебными учреждениями, квалифицированной и эффективной медицинской помощью в зависимости от места проживания (центр/ периферия, город/ село) [4].

Принципы функционирования государственной национальной системы здравоохранения были разработаны и внедрены в практику Союза Советских Социалистических Республик первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко (1918-1930). Система была принята в качестве базовой и в странах социалистического блока (Восточная Европа). Целевыми ориентирами системы являлись обеспечение доступности медицинской помощи населению и превентивный характер медицинского обслуживания (профилактика заболеваний), что в короткие сроки позволило достичь высоких показателей здоровья населения страны. В частности, продолжительность жизни советского гражданина в 1972 г. по

сравнению с 1926 г. увеличилась на 26 лет. Мировая общественность признала принципы формирования национальной системы здравоохранения Н.А. Семашко лучшими в мире, а в 1978 г. Всемирная организация здравоохранения рекомендовала ее для внедрения в других странах.

Таблица 1

Основные черты государственной национальной системы здравоохранения

	Показатель	Характеристика
1.	Основной принцип функционирования	Медицинские услуги являются общественным благом
2.	Источники финансирования	Государственный бюджет (федеральный и/или региональный уровень)
3.	Доступность медицинских услуг	Всеобщая, не зависит от уровня доходов пациентов
4.	Контролирующие органы	Орган государственной власти (министерство здравоохранения, департамент, иное ведомство)
5.	Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий, в рамках государственных программ
6.	Внедрение инноваций	Медленное
7.	Ценообразование	Финансовые средства рассчитываются на основе социальных нормативов
8.	Страны-представители	Дания, Австралия, Ирландия, Великобритания, Новая Зеландия, Испания, Куба, Норвегия, Греция, Португалия и др.

В табл. 1 представлены основные черты государственной системы здравоохранения.

2. Частная или рыночная, в которой оплата медицинских услуг осуществляется пациентами. По сути, она является антиподом государственной системы и основной ее чертой является платность и возмездность всех оказываемых медицинских услуг. В рамках нее,

параллельно существуют три источника финансирования: частные расходы граждан на основе личных средств, или средств, аккумулируемых в системе добровольного медицинского страхования; государственные отчисления, предусмотренные планами реализации соответствующих целевых программ и гарантий охраны здоровья; обязательные отчисления организаций, учреждений и предприятий на финансирование специальных программ медицинской помощи и обслуживания (типа Medicare и Medicaid).

Наиболее ярко черты рыночной национальной системы здравоохранения представлены в Соединенных Штатах Америки, поэтому ее часто называют американской. Принципы функционирования свободного рынка во многих отраслях экономики и сферах жизнедеятельности в США существенным образом повлияли и на развитие национальной системы здравоохранения. В стране существует мощное лобби в лице профессиональных медицинских ассоциаций, которые регулируют и определяют траекторию развития рынка медицинских услуг, самостоятельно, без государственного вмешательства, определяя нормативы финансирования, себестоимость услуг, ценообразование и т.д. [5].

Параллельно, с чисто рыночной системой здравоохранения и медицинского обслуживания, в 1970-х годах были разработаны и по настоящее время реализуются инициированные государством программы, обеспечивающие доступность минимального числа медицинских услуг для малоимущих и социально не защищенных граждан. Это – государственные программы: Медикэр (Medicare), которая позволяет гражданам старше 65 лет покрыть расходы на лечение широкого перечня заболеваний, и Медикэйд (Medicaid), в рамках которой, малоимущие имеют возможность получить скорую медицинскую помощь. По сути, программы Медикэр и Медикэйд – это гарантированный минимум медицинского обслуживания для всех категорий граждан, однако, поскольку указанные программы ограничены в средствах и объемах предоставляемых услуг, не все население США имеет возможность получить медицинское обслуживание в необходимом объеме.

Кроме того, в США, начиная с 1960-х гг., были образованы так называемые Организации по поддержанию здоровья (Health Maintenance Organizations), выступающие плательщиками услуг,

предоставляемых в медицинских учреждениях клиентам организаций. Организации по поддержанию здоровья выступают как страховой фонд, имеющий возможность аккумулировать средства граждан и в дальнейшем оплачивать их лечение. Экономическая эффективность этих организаций связана с тем, что ими реализуется (финансируется) и контроль за назначениями в стационары (что зачастую является неоправданным), с переносом обслуживания пациентов в амбулаторные условия.

Таблица 2

Основные черты частной национальной системы здравоохранения

	Показатель	Характеристика
1.	Основной принцип функционирования	медицинские услуги являются частным благом
2.	Источники финансирования	личные средства; частное страхование; государственное финансирование (минимальный уровень, специальные программы)
3.	Доступность медицинских услуг	ограничение в рамках государственных программ; определяется платежеспособностью пациента
4.	Контролирующие органы	субъекты страхового рынка
5.	Ассортимент доступных медицинских услуг	широкий
6.	Внедрение инноваций	масштабные исследования; хорошее финансирование прикладных разработок; быстрое внедрение
7.	Ценообразование	на основе рыночного механизма
8.	Страны-представители	США, Колумбия, Нигерия, Филиппины и др.

Основными плюсами рыночной системы здравоохранения являются следующие: широкий перечень медицинских услуг, доступных пациентам; быстрый и свободный доступ к медицинским услугам, отсутствие очередей; высокий уровень обслуживания и

внимания к пациенту; возможность и легкость получения специализированного лечения; высокий качественный уровень госпитализации и обслуживания в стационаре. Основные характеристики частной национальной системы можно представить в виде таблицы 2.

В своей публикации Семенов В.В. отмечает [7]: «Страны, имеющие в основном частную систему и рыночные механизмы в здравоохранении, в первую очередь, США, а также развивающиеся страны, ищут пути для обеспечения всеобщности охвата и широкой доступности медицинской помощи, а также сдерживания расходов. В свою очередь, страны, имеющие в основе финансирования здравоохранения общественные фонды и плановую систему управления, в первую очередь, Великобритания, Швеция, Россия, страны Центральной и Восточной Европы, заинтересованы в развитии конкуренции медицинских учреждений, расширении прав граждан и повышении эффективности использования ресурсов. Страны, имеющие в основе здравоохранения систему медицинского страхования такие, как Франция, Германия, Нидерланды, Швеция, Япония, Бельгия, стремятся унифицировать схемы страхования, сдерживать расходы, регулировать конкуренцию. В результате проходящих изменений, в здравоохранении различных стран можно увидеть, что постепенно стирается грань между бисмаркской и бевериджской системами. При этом в Бельгии, Германии, Люксембурге, Нидерландах, Франции и других странах, за счет застрахованных частично оплачивается медицинская помощь незастрахованных. В свою очередь, в таких странах, как Великобритания, Греция, Дания, Испания, Италия, Португалия и т.д., имеющих национальные системы здравоохранения, увеличивается объем средств, взимаемых с тех, кто может платить, в виде платы за предоставленную медицинскую помощь. Однако, различия между странами в доступности, уровне охвата населения, видах и условиях оказания бесплатной медицинской помощи еще достаточно велики, а может быть, даже увеличиваются. Общим для обеих сторон систем здравоохранения является то, что и при обязательном медицинском страховании, и в государственной системе нет прямой связи между величиной платежей (налогов) и объемом предоставляемой медицинской помощи, все должны платить и все должны иметь

равный доступ к медицинской помощи».

Как уже было сказано ранее, государственная и частная система здравоохранения – это идеальные типы, в чистом виде не существующие в настоящее время ни в одной стране мира. Поэтому в актуальных научных исследованиях принято называть третий тип – смешанную систему.

3. Социально-страховая – финансирование которой осуществляется на основе сочетания государственных финансов (социальная часть) и частных расходов (страховая часть), посредством функционирования накопительных фондов, пополняемых за счет страховых накоплений физических и юридических лиц. Данная система, по сути, является гибким сочетанием государственной и рыночной систем здравоохранения. Доступность медицинского обслуживания (ограниченный, но минимально необходимый объем услуг) гарантируется государством всем гражданам, независимо от уровня доходов. В то же время рыночные механизмы системы здравоохранения (платежеспособный спрос и предложение на рынке медицинских услуг) позволяют пациентам получать специфические медицинские услуги сверх гарантированного минимума, оплачивая их самостоятельно.

В рамках данной системы, которая в настоящее время функционирует, в частности, в Российской Федерации, параллельно реализуется система обязательного медицинского страхования (ОМС), которая охватывает все население страны и предполагает обязательные отчисления в соответствующие страховые фонды, которые, в свою очередь, оплачивают медицинские услуги, входящие в перечень минимально гарантированных. Таким образом, государство обеспечивает равенство и доступность медицинского обслуживания. Одновременно функционирует система добровольного медицинского страхования (ДМС), в рамках которого потребитель имеет возможность накопить собственные средства и получить дополнительные от страхового фонда для покрытия расходов на медицинские услуги, не включенные в программу ОМС. Таким образом, за счет многоканального финансирования (бюджетное финансирование, отчисления с заработной платы физических лиц, прибыли страховых фондов, оплата из личных средств), с одной стороны, обеспечивается устойчивость финансовых основ

национальной системы здравоохранения, а с другой – обеспечивается ее гибкость.

Социально-страховую национальную систему здравоохранения иначе называют бисмарковской, поскольку ее основы были разработаны и внедрены в 1881 г. Отто фон Бисмарком - канцлером Германии. Идеологической основой разработки принципов социально-страховой системы послужил тезис о том, что государство заинтересовано в поддержании высокого уровня здоровья рабочих как потенциальных военнослужащих. И соответственно, здоровье граждан – приоритетная задача государства в плане обеспечения собственной обороноспособности. В основу социально-страховой системы здравоохранения были положены законы о компенсациях работникам железной дороги (1838 г.) и о шахтерских сообществах (1854 г.). «Больничные кассы» позднее сменили изначально созданные фонды социального страхования, оплачивавшие, помимо расходов на лечение, пособия по безработице, пенсии и т. д. Кассы получали две трети своих взносов от работников и треть от работодателя. В России такая система появилась в начале XX века, когда была осознана необходимость эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения. Это положило начало формированию системы медицинского страхования населения; в стране была создана сеть республиканских, губернских, уездных и окружных Фондов медицинской помощи застрахованным. Данная система существовала в нашей стране до революции 1917 г. и была ликвидирована в связи с внедрением государственной. В настоящее время социально-страховая система организации национального здравоохранения реализуется в большинстве стран мира (Япония, Франция, Канада, Швейцария и др.).

Преимущества социально-страховой национальной системы здравоохранения заключаются в том, что, прежде всего, в ней предполагается возможность экономии государственных бюджетных средств, которые могут быть направлены на проведение фундаментальных медицинских исследований, финансирование целевых программ, реализацию инновационных проектов в здравоохранении и медицинском обслуживании. При этом у пациентов сохраняется возможность получения широкого спектра медицинских услуг за счет личных средств и средств ДМС.

Таблица 3

Основные черты социально-страховой национальной системы
здравоохранения

	Показатель	Характеристика
1.	Основной принцип функционирования	медицинская услуга - общественное благо, однако в определенных ограничениях
2.	Источники финансирования	обязательное медицинское страхование (ОМС) добровольное медицинское страхование (ДМС) средства государственного бюджета личные средства
3.	Доступность медицинских услуг	гарантированный минимум доступен всему населению; услуги сверх минимума доступны при наличии соответствующего дохода
4.	Контролирующие органы	частно-государственный контроль
5.	Ассортимент доступных медицинских услуг	минимально необходимый и гарантированный в рамках программ ОМС широкий спектр в рамках программ ДМС
6.	Внедрение инноваций	в системе ОМС затруднено в системе ДМС осуществляется легко
7.	Ценообразование	в системе ОМС – государственное в системе ДМС – на основе рыночных механизмов
8.	Страны-представители	Россия, Франция, Австрия, Германия, Канада, Бельгия, Нидерланды, Швейцария, Япония и др.

Однако социально-страховая система имеет и свои недостатки. В работе Губиной Н.А. отмечается, «Что касается отрицательных черт данной системы, то их уже в полной мере можно ощутить в нашей стране. Во-первых, это заметная тенденция к росту

стоимости медицинской помощи при одновременном сужении границ бесплатно предоставляемых услуг и лекарственных средств. Во-вторых, это неравномерность распределения денежных средств между различными регионами. Например, размеры государственного финансирования, бюджетные ассигнования и средства системы ОМС в Чукотском, Таймырском, Ненецком, Ханты-Мансийском автономных округах в 4-5 раз превышают уровень расходов в республиках Северного Кавказа. В-третьих, низкий приоритет общественных мер охраны здоровья, профилактической медицины и санитарного просвещения. Это объясняется тем, что существующие методы финансирования медицинских организаций жестко привязаны к числу обращений к врачам и не стимулируют работу по профилактике заболеваний. В-четвертых, высокие административные расходы, касающиеся обработки информации, а также финансовых расчетов и т.д.» [2]. Основные характеристики социально-страховой национальной системы можно представить в виде таблицы 3.

Таким образом, в перспективе, наиболее эффективное развитие может продемонстрировать только социально-страховой тип организации национальной системы здравоохранения. Именно поэтому, Всемирная организация здравоохранения определяет ее как систему, в наибольшей степени, соответствующей интересам государства и граждан. Однако, даже в тех странах, где на сегодняшний день социально-страховая система функционирует достаточно давно, происходят определенные преобразования, реформы, направленные на развитие и модернизацию отдельных элементов системы здравоохранения.

Литература

1. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. /Современное здравоохранение: политика, экономика, управление/. М., 2013.
2. Губина Н.А. /Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт// Дисс. к.э.н. – СПб, 2009. - с.27.
3. Ковалева И.П. /Финансовые, экономические и социальные аспекты развития здравоохранения в условиях сжатия // Новая наука: стратегии и вектор развития: Международное научное периодическое издание по итогам Международной научно-практической конференции (19 ноября 2015 г., г. Стерлитамак) / в 2 ч. Ч.1 - Стерлитамак: РИЦ АМИ, 2015. – с.130-136.

4. Маркес П. Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения: [http://site resources. worldbank.org /INTRUSSIANFEDERATION /Resources /Public_Spending_report_ru.pdf](http://site.resources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf).
 5. Медик В.А., Юрьев В.К. /Общественное здоровье и здравоохранение/: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.
 6. Мировая демографическая ситуация. 2014 г. / Организация Объединенных Наций. Нью-Йорк, 2014. - с. 44.
 7. Семенов В.В. /Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом// <http://www.insur-info.ru/press/96031/>.
-

***Ибрагимов А.И.¹, Загоруйченко А.А.¹, Акчурин М.Р.²,
Котенко О.Н.³***

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ПОТОКАМИ
ПАЦИЕНТОВ В ЦЕНТРАХ ДИАЛИЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В МОСКВЕ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им.
Н.А. Семашко», Россия, Москва

² Медицинский центр высоких технологий Поликлиника №1,
Россия, Москва

³ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 Департамента
здравоохранения Москвы, Россия, Москва

***Ibragimov A.I.¹, Zagoruichenko A.A.¹, Akchurin M.R.,² Kotenko
O.N.³***

**CURRENT TRENDS FLOW OF CONTROL PATIENTS AT THE
CENTER OF DIALYSIS IN MOSCOW**

¹ National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

² Medical Center of High Technologies Clinic №1, Moscow

³ GBUZ "City Clinical Hospital № 52 DMD", Moscow

Ибрагимов Анис Исмагилович – д.м.н., профессор, старший научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении, e-mail: otdel-77@mail.ru;