

добровольного медицинского страхования. Это обусловлено развитым рынком добровольного медицинского страхования, многочисленностью конкурирующих между собой частных страховых компаний, а также - стабильностью финансового рынка, позволяющей частным медицинским страховым компаниям осуществлять успешную инвестиционную деятельность.

Система национального здравоохранения

Система национального здравоохранения (бюджетная) получила развитие в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии, Италии. Ее концептуальные основы были заложены в докладе английского экономиста У.Бевериджа в 1942 г.¹⁵⁶. Основными чертами этой модели являются: всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из налоговых поступлений, контроль со стороны парламента и управление правительственные органами. В процессе реализации эта концепция получила название программы "национальных медицинских услуг", поскольку их основным поставщиком становилось государство, предоставлявшее их как общественные блага. С тех пор системы здравоохранения, основывающиеся на принципах бюджетного финансирования обычно называются также национальными. В качестве единственного "страховщика" в таких системах выступает, как правило, государство. В рамках этой модели возможны два варианта финансирования здравоохранения: либо путем создания государственных фондов, ресурсы которых в дальнейшем используются для финансирования медицинских учреждений, либо с помощью прямого финансирования медицинских учреждений миняя.

¹⁵⁶ См.: Beveridge W. Full Employment in a Free Society. - London, 1944.

государственные фонды. В большинстве стран с национальными системами здравоохранения определение политики в области здравоохранения и ответственность за фактическое обеспечение медицинской помощи являются задачами министерства здравоохранения. Такова организация системы здравоохранения в Великобритании, в которой обеспечением населения медицинскими услугами занимается Национальная служба здравоохранения (National Health Service - NHS) и ее местные отделения, предоставляющие медицинскую помощь через врачей общей практики. В национальных системах здравоохранения функции центрального правительства и органов управления на местах, как правило, четко разграничены. Основной принцип разделения ответственности заключается в том, что приоритеты и направления развития здравоохранения находятся в компетенции центральных органов управления, а организация и планирование деятельности медицинских учреждений на местах осуществляются местными органами власти. Важной характеристикой бюджетных схем организации здравоохранения является равенство доступа к медицинским

основанную на социальном страховании (модель Бисмарка), и бюджетную модель (или модель национального здравоохранения). Однако в связи с тем, что с течением времени каждое государство было вынуждено совершенствовать действующую систему, ни в одной из европейских стран они не представлены в оригинале [170].

Отметим, что система национального здравоохранения (бюджетная) получила развитие в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии, Италии, концептуальные основы которой были заложены в докладе английского экономиста Уильяма Бевериджа, представленного правительству

Великобритании в 1942 г. Основными чертами этой модели являются: всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансование из средств общего налообложения, контроль со стороны парламента и управление правительственные органами. В процессе реализации эта концепция получила название программы «Национальных медицинских услуг», поскольку их основным поставщиком становилось государство, предоставлявшее медицинские услуги как общественные блага. С тех пор системы здравоохранения, основывающиеся на принципах бюджетного финансирования, обычно называются также национальными. В качестве единственного страховщика в таких системах выступает, как правило, государство. В рамках этой модели возможны два варианта финансирования здравоохранения: либо путем создания государственных страховых фондов, ресурсы которых в дальнейшем используются для финансирования медицинских учреждений, либо с помощью прямого финансирования медицинских учреждений, без привлечения государственных страховых фондов. В большинстве стран с национальными системами здравоохранения определение политики в области здравоохранения и ответственность за фактическое обеспечение медицинской помощи является задачей министерства здравоохранения. Например, такова организация системы здравоохранения в Великобритании, в которой обеспечением населения медицинскими услугами занимаются Национальная служба здравоохранения (National Health Service - NHS) и ее местные отделения, предоставляющие медицинскую помощь врачами общей практики. В национальных системах здравоохранения функции центрального правительства и органов управления на местах, как правило, четко разграничены. Основной принцип разделения ответственности заключается в том, что приоритеты и пути развития здравоохранения находятся в компетенции центральных органов управления, а организация и планирование деятельности медицинских учреждений на местах осуществляются местными

схем организации здравоохранения является равенство доступа к медицинским услугам всех граждан страны, что можно рассматривать как наиболее ценную особенность данной модели здравоохранения, в определенной степени препятствующую формированию социального неравенства в этой области.

Модель национального здравоохранения, в отличие от страховых систем, характеризуется достаточно высокой экономичностью, что проявляется прежде всего в низком уровне административных издержек. Кроме того, государство имеет больше возможностей по сдерживанию расходов на медицинское обслуживание с помощью макроэкономических методов. По этой причине бюджетные системы здравоохранения, как правило, обходятся обществу дешевле, чем системы, работающие как страховые. Это связано с тем, что они более гибко реагируют на смену государственных приоритетов, когда дело доходит до усиления контроля за расходами. При финансировании из налоговых поступлений стимулы к сдерживанию расходов и способность сдерживать расходы объединены в одной структуре, что более эффективно, чем это возможно в случае страховой системы. Однако обратной стороной этого контроля являются

политические издержки в форме роста общественного недовольства и критики со стороны поставщиков медицинских услуг. Таким образом, при бюджетном финансировании доля средств, идущая на здравоохранение, более подвержена колебаниям под влиянием смены политических приоритетов.

По этой схеме функционирует Национальная служба здравоохранения Великобритании как жесткая система бюджетного финансирования с высокой степенью централизации фондов и незначительной ролью местных финансов. Определяющий принцип системы медицинского страхования в Великобритании - общедоступность медицинских услуг для всех жителей страны. Основная черта этой модели - финансирование медицинской помощи, предоставляемой населению, из средств государственного бюджета и частично - за счет части социального налога, выплачиваемого наемными работниками и работодателями. Безусловно, данная система сходна с существовавшей до начала 1990-х годов в СССР и в странах Восточной Европы схемой бюджетного финансирования (модель Н.А. Семашко). В сущности, модель У. Бевериджа сформировалась под влиянием идей, впервые воплощенных в модели бюджетного здравоохранения СССР, которая оказала значительное влияние на построение систем медицинской помощи и в других странах. В отличие от национальных систем здравоохранения для модели Н.А. Семашко были характерны главенствующая роль государства в организации здравоохранения и чрезмерная централизация управления. Кроме того, медицинские работники и администрации медицинских учреждений, как правило, не имели прав в организации своей деятельности, а сама система была неподотчетна населению. Однако следует заметить, что и в Великобритании налогоплательщики, как правило, не имеют информации о расходовании средств, а также отсутствуют четкие критерии качества медицинской помощи.

Что разграничивает основной принцип разделения ответственности заключается в том, что приоритеты и пути развития здравоохранения находятся в компетенции центральных органов управления, а организация и планирование деятельности медицинских учреждений на местах осуществляются местными органами власти [235].

Модель национального здравоохранения в отличие от страховых систем

характеризуется достаточно высокой экономичностью, что проявляется, прежде всего, в низком уровне административных издержек. Кроме того, государство имеет больше возможностей по сдерживанию расходов на медицинское обслуживание с помощью макроэкономических методов. По этой причине бюджетные системы здравоохранения, как правило, обходятся обществу значительно дешевле, чем системы, работающие как страховые, что связано с тем, что в условиях бюджетных ограничений неизбежно приходится экономить и снижать масштабы использования дорогостоящей техники. По данной схеме функционирует Национальная служба здравоохранения Великобритании как жесткая система бюджетного финансирования с высокой степенью централизации фондов и незначительной ролью местных финансов. Определяющий принцип системы медицинского страхования в Великобритании - общедоступность медицинских услуг для всех жителей страны. Основная черта этой модели - финансирование медицинской помощи, предоставляемой населению из средств государственного бюджета и частично - за счет части социального налога, выплачиваемого наемными работниками и работодателями. Безусловно, данная система сходна с существовавшей до начала 1990-х годов в СССР и в странах Восточной Европы схемой бюджетного финансирования (модель Н.А. Семашко). В сущности, модель У. Бевериджа сформировалась под влиянием идей, впервые воплощенных в модели бюджетного здравоохранения СССР, которая оказала значительное влияние на построение систем медицинской помощи и в других странах. В отличие от национальных систем здравоохранения для модели Н.А. Семашко была характерна всеобъемлющая роль государства в организации здравоохранения и чрезмерная централизация управления. Кроме того, медицинские работники и администрации медицинских учреждений, как правило, не имели прав в организации своей деятельности, а сама система была неподотчетна населению. Однако следует заметить, что и в Великобритании налогоплательщики, как правило, не имеют информации о расходовании средств, а также отсутствуют четкие критерии качества медицинской помощи.

отсутствуют четкие критерии качества медицинской помощи. Немаловажным обстоятельством является также то, что в странах с государственным здравоохранением существует также система добровольного медицинского страхования и обширный частный сектор. Необходимо все же отметить, что и Россия, а также бывшие социалистические страны наряду с государственной

системой всегда имели (хотя и небольшой) частный сектор в здравоохранении, однако его роль в общей системе была, конечно, незначительна.

Бюджетные системы финансирования здравоохранения достаточно неплохо себя зарекомендовали на протяжении более 50 лет своего существования, предоставляя населению относительно недорогие и одинаковые по качеству медицинские услуги. Это видно на примере Великобритании, где лишь около 12% жителей страны пользуются услугами добровольного медицинского страхования, за счет которого финансируются небольшое число специфических хирургических операций, зубоврачебные и офтальмологические услуги. В качестве основного фактора, определяющего спрос на добровольное медицинское страхование в Великобритании является необходимость подолгу дожидаться своей очереди на лечение в рамках Национальной службы здравоохранения. Однако данные о связи между размером очереди на лечение и добровольным медицинским страхованием, не вполне убедительны, поскольку очереди становятся все длиннее, а степень охвата населения добровольным медицинским страхованием снизилась. Одна из возможных причин этого снижения - чрезвычайная дороговизна страховых премий, рост которых постоянно опережает темпы инфляции¹⁵⁷. Большинство же медицинских услуг в рамках государственной системы медицинского страхования предоставляется бесплатно. Частично оплачиваются только некоторые виды медицинских услуг, например, выписка рецепта и профилактический осмотр. Исключение составляет стоматологическая помощь, 80% стоимости которой, как правило, оплачивает пациент, но не более 564 фунтов (354 евро). Доля самоучастия в оплате медицинских услуг значительно ниже, чем в других странах ЕС, например, во Франции или Италии, где подобная форма покрытия издержек достаточно распространена. Освобождение от доплат имеет довольно широкий круг застрахованных. Это беременные женщины, дети, получатели социальной помощи и пособия по безработице, больные хроническими заболеваниями, пенсионеры, инвалиды войны. Несмотря на относительно низкие расходы на нужды здравоохранения в Великобритании по сравнению с другими странами Европейского союза и государствами ОЭСР, результаты, достигнутые системой медицинского обеспечения этой страны, являются далеко не худшими, а по ряду показателей и несколько превосходящими параметры качества жизни в ряде европейских стран.

[241]. Немаловажным обстоятельством является также то, что в странах с национальными системами и общественным сектором в здравоохранении существуют также система добровольного медицинского страхования и обширный частный сектор. Следует все же отметить, что и Россия, а также бывшие социалистические страны наряду с государственной системой всегда имели частный сектор в здравоохранении. Однако его роль в общей системе была, конечно, незначительна. При этом бюджетные системы финансирования здравоохранения достаточно убедительно зарекомендовали на протяжении более 50 лет существования, предоставляя населению относительно недорогие и одинаковые по качеству медицинские услуги. Данное обстоятельство очевидно на примере Великобритании, где лишь около 12% жителей страны пользуются услугами частного медицинского страхования, за счет которого финансируется незначительное число специфических хирургических операций, зубоврачебные и офтальмологические услуги. Большинство же медицинских услуг в рамках государственной системы медицинского страхования предоставляется бесплатно. Частично оплачиваются только некоторые виды медицинских услуг, например выписка рецепта и профилактический осмотр. Исключение составляет стоматологическая помощь, 80% стоимости которой, как правило, оплачивает пациент, но не более 564 фунтов (354 евро). При этом доля самоучастия в оплате медицинских услуг значительно ниже, чем в других странах ЕС, например во Франции или Италии, где подобная форма покрытия издержек достаточно распространена. Освобождение от доплат имеет довольно широкий круг застрахованных (беременные женщины, дети, получатели социальной помощи и пособия по безработице, больные хроническими заболеваниями, пенсионеры, инвалиды войны). Несмотря на относительно низкие расходы на нужды здравоохранения в Великобритании по сравнению с другими странами ЕС и государствами ОЭСР результаты, достигнутые системой здравоохранения этой страны, являются далеко не худшими, а по ряду показателей и несколько превосходящими параметры качества жизни в ряде европейских стран (табл. 2.3) [73,229,236].

Источник: Bloor K., Maynard A. Universal Coverage and Cost Control: The United Kingdom National Health Service // Handbook of International Health Care Systems. -New York. - 2008. - P. 268.

Несмотря на положительные качества, присущие бюджетной модели, следует отметить ее недостатки. Во-первых, значительной слабостью бюджетных систем является склонность к монополизму. Его следствием становится снижение качества медицинских услуг из-за отсутствия возможности осуществления контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений со стороны потребителей медицинских услуг. Монополия в здравоохранении приводит к возникновению затратного механизма в расходовании средств без улучшения качественных характеристик здоровья населения. Одним из следствий монополизации в сфере здравоохранения является также усиление дефицита медицинских услуг, что приводит к длительному ожиданию в оказании медицинской помощи. Последнее обстоятельство может служить индикатором, указывающим на степень недофинансирования здравоохранения. Во-вторых, модель характеризуется недостаточной ориентацией на пациента: это приводит к тому, что зачастую врачи предпочитают работать в учреждениях здравоохранения, а не по месту жительства пациента. В-третьих, поскольку управление здравоохранением осуществляется государственными органами и профессиональными работниками здравоохранения, имеющими статус государственных служащих, бюджетная модель отличается излишней бюрократизацией и авторитарностью управления. Преобладание общественной собственности в сфере здравоохранения приводит к ограничению свободного рынка медицинских услуг и контролю за инвестициями. В-четвертых, несмотря на широкий охват населения медицинскими услугами, модели Бевериджа присуще неравенство в распределении медицинской помощи между различными административными территориями. Это проявляется в концентрации ресурсов здравоохранения в столицах и крупных городах. В некоторых случаях это может быть связано и с недостаточной прозрачностью процедур распределения ресурсов,

а также отсутствием достаточной гибкости и эффективности в принятии решений. В-пятых, во всех бюджетных системах существует постоянное давление (особенно со стороны поставщиков медицинских услуг) в пользу увеличения частного финансирования и повышения доли сборов с пользователей независимо от наличия частного страхования. Системы бюджетного финансирования особенно чувствительны к подобному давлению во времена финансовых кризисов. Понятно, что при падении общего уровня доходов граждане противодействуют повышению налогов, а правительства вынуждены реагировать с помощью более жесткого

Несмотря на положительные качества, присущие бюджетной модели, тем не менее характерны определенные недостатки. Во-первых, существенной слабостью бюджетных систем является склонность к монополизму и как следствие снижение качества медицинских услуг из-за отсутствия возможности осуществления контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений со стороны потребителей медицинских услуг. Монополия в здравоохранении приводит к возникновению затратного механизма в расходовании средств без улучшения качественных характеристик здоровья населения. Одним из следствий монополизации в сфере здравоохранения является также усиление дефицита медицинских услуг, что приводит к длительному ожиданию в оказании медицинской помощи. Последнее обстоятельство может служить индикатором, указывающим на степень недофинансирования здравоохранения. Во-вторых, модель характеризуется недостаточной ориентацией на пациента, что приводит к тому, что зачастую врачи предпочитают работать в учреждениях здравоохранения, а не по месту жительства пациента. В-третьих, поскольку управление здравоохранением осуществляется государственными органами и профессиональными работниками здравоохранения, имеющими статус государственных служащих, бюджетная модель отличается излишней бюрократизацией и авторитарностью

управления. Преобладание общественной собственности в сфере здравоохранения приводит к ограничению свободного рынка медицинских услуг и контролю за инвестициями. В-четвертых, несмотря на широкий охват населения медицинскими услугами модели Бевериджа присуще неравенство в распределении медицинской помощи между различными административными территориями, что проявляется в концентрации ресурсов здравоохранения в столицах и крупных городах. В некоторых случаях это может быть связано и с недостаточной прозрачностью процедур распределения ресурсов, а также отсутствием достаточной гибкости и эффективности в принятии решений. Наконец, к недостаткам модели Бевериджа, как правило, относят большую зависимость финансирования от меняющихся политических приоритетов, что отчетливо видно на примере Англии, расходы на здравоохранение в которой на протяжении последних 20 лет неоднократно менялись под воздействием политической конъюнктуры [162].

Далее отметим, что страховая система здравоохранения (модель Бенчера)

Страховая система здравоохранения (модель Бисмарка) распространена во многих странах мира. В Европейском союзе она представлена в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции. В XIX в. на волне индустриализации возникли большие фирмы, работники которых стали самоорганизовываться в профсоюзы. Медицинские фонды взаимопомощи, образованные работниками, часто пользовались поддержкой нанимателей, которые находили для себя выгоду в том, что их работники имели доступ к качественной медицинской помощи. Таким образом, сложилась модель, предусматривающая медицинское страхование для всех или некоторых работников фирмы, при этом контроль в значительной степени оставался за работниками, однако наниматели оказывали определенную финансовую и управленческую поддержку. В правление канцлера О. Бисмарка медицинские фонды были преобразованы в обширную и устойчивую систему медицинского страхования. Тем самым были заложены основополагающие принципы страховой модели медицины, которые в дальнейшем послужили образцом для других индустриальных государств. Именно тогда были созданы три отрасли социального страхования, существующие в немецкой системе социальной защиты и по сей день: страхование по старости и инвалидности, страхование по болезни и страхование от несчастных случаев на производстве. Система здравоохранения Бисмарка начала формироваться в конце XIX - начале XX вв., когда во многих европейских странах были приняты законы об обязательном медицинском страховании. Реализация идей социальной солидарности в сфере здравоохранения и дефицит средств на оплату медицинской помощи, потребовали вмешательства государства в процесс организации и контроля обязательного страхования. В результате этого сформировалась система регулируемого медицинского страхования, основными чертами которой являются всеобщность охвата населения, трехстороннее участие наемных работников, предпринимателей и государства в финансировании страховых фондов, контроль за деятельностью страховых медицинских организаций, согласование тарифов на медицинские услуги и контроль качества оказываемой медицинской помощи. Необходимость введения страховой медицины была обусловлена также наличием обширного частного сектора в здравоохранении с высокими ценами на медицинские услуги. Поэтому наряду с политическими и социальными причинами введение страховой медицины, важную роль в ее появлении сыграла идея обеспечения доступности медицинских услуг населению [19].

В основе модели страхового здравоохранения лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов,

далее отметим, что страховая система здравоохранения (модель Бисмарка) распространена во многих странах мира. В Европейском союзе представлена в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции. Основополагающие принципы этой модели заложены в конце XIX в. в Германии канцлером О. Бисмарком, подготовившим основы прогрессивного для того времени социального законодательства, которое в дальнейшем послужило образцом для других индустриальных государств. Именно тогда были созданы три отрасли социального страхования, существующие в немецкой системе социальной защиты и по сей день: страхование по старости и инвалидности, страхование по болезни и страхование от несчастных случаев на производстве. Система здравоохранения Бисмарка начала формироваться в конце XIX - начале XX века, когда во многих европейских странах были приняты законы об обязательном медицинском страховании. Реализация идей социальной солидарности в сфере здравоохранения и дефицит средств на оплату медицинской помощи потребовали вмешательства государства в процесс организации и контроля обязательного страхования. В результате этого

сформировалась система регулируемого медицинского страхования, основными чертами которой являются: всеобщность охвата населения, трехстороннее участие наемных работников, предпринимателей и государства в финансировании страховых фондов, контроль за деятельностью страховых медицинских организаций, согласование тарифов на медицинские услуги и контроль качества оказываемой медицинской помощи. Необходимость введения страховой медицины была обусловлена также наличием обширного частного сектора в здравоохранении с высокими ценами на медицинские услуги. Поэтому, наряду с политическими и социальными причинами введение страховой медицины, важную роль в ее появлении сыграла идея обеспечения доступности медицинских услуг населению [19].

В основе модели страхового здравоохранения находится профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями, которые аккумулируют социальные отчисления с заработной платы и осуществляют страховые выплаты. Финансирование систем подобного вида, как правило, не производится из государственного бюджета - принцип бюджетной универсальности противоположен этой модели социального обеспечения. Однако в зарубежных

В основе модели страхового здравоохранения лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями. Они аккумулируют социальные отчисления от заработной платы, из которых и осуществляются страховые выплаты. Финансирование систем подобного вида, как правило, не производится из государственного бюджета – принцип бюджетной универсальности противоположен этой модели социального обеспечения. Однако в современных условиях существования социального государства в Европе с его обширной сетью социальных программ модель Бисмарка не всегда основывается только на этом принципе. Поэтому для малообеспеченных членов общества, не имеющих возможности получать медицинские услуги по ряду причин (например, вследствие отсутствия необходимого страхового стажа), национальная солидарность реализуется также через системы социальной помощи. В этом случае речь может идти о вспомогательных механизмах, которые являются отступлениями от основной логики бисмарковской модели. Несмотря на существование принципа обязательности социального страхования (например, в Германии обязательность медицинского страхования предписана законом), он соблюдается не в полной мере. Это связано с существованием потолочных уровней заработной платы, превышение которых означает невозможность участия в программах обязательного медицинского страхования (возможно только добровольное страхование), или лимитированием отчислений (в этом случае в рамках обязательного медицинского страхования отчисления производятся только в пределах потолочной заработной платы, а

социальные выплаты исчисляются в отношении к этому уровню). Таким образом, в основе этой модели лежит принцип коммутативной справедливости, когда величина страховых отчислений определяется в первую очередь величиной страховых взносов.

Медицинское страхование в данной модели, как правило, является обязательным для всех работающих по найму. В большинстве стран ЕС медицинским страхованием охвачено практически все население: так, например, в Люксембурге только 1-3% населения остаются незастрахованными: в

в основе модели страхового здравоохранения находится профессиональной солидарности, предусматривающей существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями, **которые** аккумулируют социальные отчисления с заработной платы и осуществляют страховые выплаты. Финансирование систем подобного вида, как правило, не производится из государственного бюджета – принцип бюджетной универсальности противоположен этой модели социального обеспечения. Однако в современных условиях существования социального государства в Европе с его обширной сетью социальных программ модель Бисмарка не всегда основывается только на этом принципе. Поэтому для малообеспеченных членов общества, не имеющих возможности получить медицинские услуги по ряду причин (например, вследствие отсутствия необходимого страхового стажа), национальная солидарность реализуется через системы социальной помощи. В этом случае речь может идти о вспомогательных механизмах, которые являются отступлениями от основной логики бисмарковской модели. Несмотря на существование принципа обязательности социального страхования (например, в Германии обязательность медицинского страхования предписана законом), который соблюдается не в полной мере, **что** связано с существованием

пределных уровней заработной платы, превышение которых означает невозможность участия в программах обязательного медицинского страхования (возможно только добровольное страхование), или лимитирование отчислений (в этом случае в рамках обязательного медицинского страхования отчисления производятся только в границах предельной заработной платы, а социальные выплаты исчисляются в отношении к этому уровню) [84,95]. Таким образом, в основе этой модели лежит принцип коммутативной справедливости, когда величина страховых отчислений определяется в первую очередь величиной страховых взносов.

Медицинское страхование в данной модели, как правило, является обязательным для всех работающих по найму. Величина страховых взносов рассчитывается на основе размера заработной платы и доходов. При этом происходит перераспределение средств от более высокооплачиваемых к менее