

АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОДНОГО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

© 2019 Г.Ф. Валеева*

Здоровье для каждого человека - это одна из наиболее важных жизненных потребностей. Оно представляет собой универсальную ценность, не имеющую географических границ. Здравоохранение относится к числу приоритетных отраслей развития региона, так как она непосредственно связана с жизнедеятельностью человека. Задачами отрасли являются обеспечение доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение уровня здоровья граждан. Соответственно, необходимость изучения моделей организации здравоохранения для выработки эффективной модели его функционирования не ставится под сомнение. Лишь рационально выстроенная модель способна повысить качество и доступность здравоохранения, что в конечном итоге позволит повысить качество жизни населения. В связи с этим целью исследования является анализ моделей организации здравоохранения как одного из приоритетных направлений развития региона. Методами исследования стали описание, контент-анализ и сравнение. В статье проведен анализ четырех базовых моделей здравоохранения: государственной (модель Бевериджа), рыночной, основанной на всеобъемлющем страховании здоровья (модель Бисмарка) и модели Семашко. Для модели Бевериджа характерна исключительная роль государства в решении вопросов управления системой здравоохранения, для рыночной модели, соответственно, - свободный рынок медицинских услуг. Модель Бисмарка представляет собой социально-страховую модель, поскольку она включает в себя признаки и государственной, и рыночной модели. Согласно системе Семашко провозглашается территориальный принцип оказания медицинской помощи, государство является единым заказчиком медицинской помощи, и финансирование здравоохранения осуществляется только из государственного бюджета. Сегодня для эффективного функционирования региональной системы здравоохранения и улучшения показателей общественного здоровья необходим поиск новых сочетаний структурных элементов рассмотренных моделей.

Ключевые слова: система здравоохранения, общественное здоровье, эффективная модель здравоохранения, государственное регулирование здравоохранения, частная медицина, качество медицинских услуг, страховая модель здравоохранения, отечественная медицина, улучшение качества жизни.

Основные положения:

- ◆ здоровье - одно из важнейших благ для любого человека. Сохранение и развитие общественного здоровья является приоритетной задачей населения и государства. В связи с этим здравоохранение - одна из приоритетных отраслей развития региона, к задачам которой относится обеспечение качества и доступности медицинского обслуживания населения;
- ◆ “классическая” экономическая классификация моделей организации здравоохранения включает в себя: 1) государственную, или модель Бевериджа; 2) модель, основанную на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка); 3) рыночную (частную) модель здравоохранения. Также в качестве базовой и признанной на мировом уровне модели в научном сообществе рассматривается советская модель здравоохранения Н.А. Семашко;
- ◆ модель здравоохранения в современной России имеет смешанные структурные признаки четырех вышеперечисленных моделей;
- ◆ у каждой из моделей есть свои достоинства и недостатки: универсальной системы здравоохранения, подходящей для всех стран, не существует. Для эффективно функционирующей организации здравоохранения как одного из приоритетных направлений развития региона необходима синергия структурных элементов четырех базовых моделей организации здравоохранения с учетом региональных особенностей.

* Валеева Гульнара Фаридовна, аспирант Казанского (Приволжского) федерального университета.
E-mail: gulnara-valeeva93@yandex.ru.

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует здоровье не только как отсутствие дефектов или заболеваний, но и как полное физическое, психическое и социальное благополучие. Иными словами, здоровье, с одной стороны, интерпретируется как некая социальная проблема, которая напрямую зависит от уровня развития общества, но при этом оно является основным показателем качества жизни населения, увеличивающим человеческий капитал. Все это говорит о том, что общественное здоровье выступает немаловажным элементом национального богатства и экономической безопасности, и о том, что для развития системы здравоохранения необходимо построение эффективной модели ее функционирования. Данный вопрос интенсивно изучается в России на протяжении последних 15 лет как в теории (в академической и университетской среде), так и на практике (работниками медицинской отрасли).

Многочисленные исследования доказывают, что здоровье зависит от многих факторов, среди которых наибольший вес имеют:

- 1) образ жизни - 49-53%;
- 2) генетика, биология человека - 18-20%;
- 3) окружающая среда, природные условия - 17-20%;
- 4) уровень развития здравоохранения - 8-10%.

Факт того, что среди факторов, определяющих здоровье граждан, лишь 10% приходится на уровень развития здравоохранения, подвергается сомнению со стороны научного сообщества. Ведь, по мнению ученых, именно система здравоохранения, вернее, ее эффективно реализуемая модель, способствует укреплению общественного здоровья населения.

Методы

Методами проведения данного исследования являются анализ и синтез существующих моделей развития здравоохранения с целью выявления наиболее оптимальной модели, способствующей развитию здравоохранения, укреплению общественного здоровья и улучшению качества жизни населения. Контент-анализ отечественных и международных научных трудов, электронных ресурсов

будет способствовать наиболее достоверному достижению целей исследования.

Результаты

Существуют различные формы организации систем здравоохранения. Основными критериями, формирующими их принципиальное отличие, являются экономические показатели: способы финансирования системы, отношения собственности, методы контроля объема и качества медицинской помощи, а также механизмы стимулирования производителей и потребителей, которыми являются медицинские работники и население. Данные параметры в совокупности определяют модель здравоохранения. Существуют различные типологии моделей здравоохранения. К примеру, M.G. Field, основываясь на различиях в социально-политической структуре общества, классифицирует пять моделей организации здравоохранения: 1) классическую (неупорядоченную); 2) плюралистическую; 3) страховую; 4) национальную; 5) социалистическую¹. Отечественные ученые О.П. Щепин, Я.Д. Погорелов, В.Б. Филатов и другие выделяют модели здравоохранения, исходя из сущности отношений в данной отрасли: утилитарную, коммунитарную и либеральную². Современными исследователями, в том числе М. Фотаки, выделяются девять моделей здравоохранения:

- 1) модель Бевериджа (универсалистская модель);
- 2) модель Бисмарка (модель всеобъемлющего социального страхования);
- 3) модель южных стран (применяется в Португалии, Греции, Испании);
- 4) "скандинавская модель" (институциональная модель);
- 5) либеральная (модель остаточного социального обеспечения);
- 6) консервативная корпоративная модель (применяется в Японии);
- 7) латиноамериканская модель;
- 8) модели индустриальных государств Восточной Азии;
- 9) модели стран с переходной экономикой³.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (S. Hakansson, B. Majnoni, D. Intignano, J.L. Roberts и др.) обобщили данные модели в "классическую" экономическую

классификацию, которая включает в себя три первичные модели здравоохранения:

- 1) государственную, или модель Бевериджа;
- 2) модель, основанную на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка);
- 3) рыночную (частную) модель здравоохранения⁴.

Далее будет проведен анализ функционирования данных моделей.

Первой в истории системой здравоохранения является *немецкая модель*, становление которой произошло в 1881 г., и названа она в честь канцлера Отто фон Бисмарка. Модель эта является социально-страховой, т.е. она включает в себя признаки и государственной, и рыночной модели. Ее целью изначально являлось укрепление здоровья рабочих, которые рассматривались как будущие военнослужащие. Фонды социального страхования, которые оплачивали расходы на лечение и выдавали социальные пособия, со временем трансформировались в больничные кассы. Их структуры составляли взносы от работников (две трети) и работодателей (треть). Спустя годы кассы преобразовались в страховые компании, взносы работодателей стали преобладать над взносами работников, гонорарный принцип платы врачам за предоставленные услуги был усовершенствован путем определения прогрессивного метода оплаты услуг в баллах - это стало мотивацией врачей на обеспечение результативности лечения, а не на назначение лишних дорогостоящих процедур.

Сегодня модель Бисмарка представляет собой систему регулируемого страхования здоровья. Она базируется на принципах смешанной экономики: интегрирует в себе рынок медицинских услуг с социальными гарантиями и развитой системой государственного регулирования, т.е. речь идет об обязательном медицинском страховании всех жителей страны при участии государства как гаранта в удовлетворении потребности всего общества в здоровье; рынок же является механизмом дополнительного удовлетворения потребностей в поддержании и улучшении показателей здоровья населения. Система финансирования в данной модели базируется на прибыли страховых организаций, государственном бюджете и отчислениях из за-

работной платы работников. Именно благодаря этому модель является устойчивой и приспособляемой к современным потребностям общества. Ключевым преимуществом модели Бисмарка выступает равенство пациентов в обеспечении медицинскими услугами независимо от их социального статуса.

Все сказанное характеризует систему здравоохранения современной Германии, а также Нидерландов, Голландии, Швейцарии, Канады, Австрии, Бельгии и Японии⁵. Однако в зависимости от того, какая из характеристик в стране преобладает, модель Бисмарка может быть ближе либо к рыночной модели (Франция), либо к государственной (Канада и Скандинавия).

Модель Бевериджа возникла в Великобритании, как принято считать, в 1911 г. - тогда в Англии был принят закон о государственном страховании, который регламентировал право работников на обеспечение в случае болезни и нетрудоспособности, а также закон о страховании при безработице. Базисные принципы модели Бевериджа были приняты премьер-министром Великобритании Дэвидом Ллойд-Джорджем.

Для модели Бевериджа характерна исключительная роль государства: финансируется отрасль в основном из государственного бюджета за счет налогов с населения и предприятий. Медицинскую помощь население получает бесплатно, исключение составляют лишь небольшой набор медицинских услуг.

Иными словами, государство в данной модели выступает главным покупателем медицинской помощи и ее поставщиком населению, тем самым поддерживая и улучшая общественное здоровье.

Оплата работы врачей здесь пропорционально зависит от количества зарегистрированных и обслуженных пациентов. Главный принцип оплаты в модели Бевериджа, формулируемый как "деньги следуют за пациентом", предоставляет больным право выбора врача, размер оплаты услуг которого ставится в зависимость от числа пациентов, их возраста, пола и социального статуса⁶. Данный принцип стимулирует врачей своевременно и качественно проводить профилактическую работу: это экономически эффективнее, чем бороться с последствиями болезни.

После принятия закона “О Национальной службе здравоохранения” в 1948 г. в Великобритании была утверждена реконструированная Бевериджем система, которая основывалась на всеобщем бесплатном здравоохранении. Однако его гипотеза о том, что бесплатная государственная медицина предоставит возможность эффективнее лечить пациентов и в конечном итоге приведет к уменьшению государственных расходов на здравоохранение, не подтвердилась на практике: наоборот, расходы неоднократно увеличились. Население, осознав, что за медицинскую помощь не нужно платить, стало увеличивать свои требования к системе здравоохранения. Правительство было вынуждено ввести ограничения: оно обязывало пациента частично оплачивать лечение, а врачей общей практики – при возможности ограничивать доступ к дорогостоящим узким специалистам.

В 1990 г. Маргарет Тэтчер объявила об обновлении концепции развития государственной службы здравоохранения Великобритании и разрешила объединяться врачам общей практики на добровольной основе в некое сообщество, именуемое фондодержателями.

По мнению Тэтчер, в результате данной интеграции большая группа специалистов получала годовой бюджет, который включал в себя средства как на лечение, так и на профилактику всевозможных заболеваний, которые требуют дорогостоящего лечения, диагностики и консультаций узких специалистов. В результате этого объединения единственный случай тяжелого заболевания, требующего длительного и дорогого лечения, не мог разорить фондодержателей. Данный принцип фондодержательства на практике оказался эффективным, в результате чего премьер-министр Тони Блэр интеграцию врачей в сообщество фондодержателей зарегламентировал как обязательное.

Сегодня фондодержание считается эффективным нововведением в управлении здравоохранением. Именно фондодержание позволяет Англии сохранять уровень общественного здоровья на высоком уровне и тратить в 1,5-2 раза меньше бюджетных средств (по сравнению с другими развитыми странами, имеющими одинаковый уровень качества медицинского обслуживания). Подушевое

финансирование врачей первичного звена также применяется в некоторых других странах, имеющих государственные модели финансирования, например в Польше, Словакии, Болгарии, однако без столь широких полномочий по фондодержанию.

Для *рыночной модели*, как следует из названия, характерно оказание населению медицинской помощи в основном на платной основе. Здесь отсутствует единая система государственного медицинского страхования, а оплата медицинских услуг осуществляется самими потребителями. Иными словами, медицинские работники выступают в качестве продавцов медицинских услуг, а пациенты – их покупателей, при этом под медицинскими услугами понимается любой другой товар, который можно купить или продать согласно классическим законам рынка.

Ключевым механизмом удовлетворения потребностей в медицинской помощи является рынок медицинских услуг. Очевидно, что не все население в силах оплачивать даже минимальные услуги здравоохранения, например, пенсионеры, малообеспеченные слои населения, безработные, за них ответственность берет на себя государство, разрабатывая и финансируя общественные программы оказания медицинской помощи.

Рыночная модель свойственна системе здравоохранения Соединенных Штатов Америки, дополненной здесь двумя национальными программами: “Medicaid” – программа медицинского обслуживания для бедных и “Medicare” – для пенсионеров.

Рыночная система здравоохранения, приближенная к свободному рынку, обладает всеми его достоинствами и недостатками. Данная модель является одной из наиболее качественных, но одновременно одной из наиболее дорогих моделей – к примеру, по подсчетам, экономический вклад здоровья в экономику США оценивается в 10% ВВП, при этом затраты на организацию системы здравоохранения составляют 14% ВВП.

Можно утверждать, что с точки зрения экономической эффективности рыночная модель здравоохранения требует перерасхода денежных средств. Главным же ее недостатком является необеспечение социальных гарантий населению в получении медицинских услуг.

Модель здравоохранения в современной России представляет собой совмещение структурных признаков трех рассмотренных моделей (немецкая модель Бисмарка, модифицированная английская модель Бевериджа, отдельные компоненты частной страховой медицины) и признанной на мировом уровне советской модели здравоохранения Н.А. Семашко. Многие ученые, классифицируя “классические” модели здравоохранения, рассматривают модель Семашко как одну из базовых трех моделей наряду с моделями Бисмарка и Бевериджа.

Николай Александрович Семашко - основоположник многих важных теоретических и практических принципов здравоохранения - смог создать в СССР социально эффективную систему здравоохранения страны, с незначительными корректировками применявшуюся весь советский период. Согласно данной системе государство являлось единственным заказчиком медицинской помощи, финансирование системы здравоохранения осуществлялось только из государственного бюджета⁷.

Ее целью были обеспечение всех слоев населения страны бесплатными медицинскими услугами и создание единой системы управления здравоохранением с центральным органом и участковым (территориальным) принципом прикрепления к медицинскому учреждению, что было особо актуально для оказания медицинской помощи сельскому населению. Также акцент ставился на профилактический вектор развития здравоохранения, на вопросы медицинского обеспечения материнства, системности лечения (поликлиника - стационар - санаторий) и др.

Исторические предпосылки данных принципов были заложены еще в дореволюционной России, однако только Семашко удалось пролоббировать и эффективно реализовать их. Именно при нем впервые в мировой практике был создан единый высший государственный орган, интегрирующий все отрасли медицинского обеспечения населения страны, - Народный комиссариат здравоохранения. Благодаря данной консолидации показатели здравоохранения были значительно улучшены, особенно это было актуально в рамках новой экономической политики.

Монополизированная государственная система здравоохранения СССР предпола-

ла строго централизованный и регламентированный механизм утверждения бюджета системы здравоохранения, организацию лечебной деятельности на основе государственного заказа, регулирование медицинских услуг в соответствии с государственными нормативами. Все это соответственно делает невозможными предоставление дополнительных платных услуг и конкуренцию среди медицинских поставщиков услуг.

Что касается системы страхования, то все работающие подлежали государственному социальному страхованию, которое осуществлялось за счет государства, фонды государственного социального страхования работали на началах самоуправления.

Обсуждение

Анализ существующих моделей управления здравоохранением показал, что практически во всех странах мира имеются общие проблемы: это рост расходов и недоступность медицинских услуг для некоторых категорий граждан.

Универсальной системы здравоохранения, подходящей для всех стран, не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения расходов между всеми слоями населения, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в различных странах сильно варьируются.

Сложилась двоякая ситуация относительно образцовой модели здравоохранения: с одной стороны, общепризнаны положительные аспекты всеобщего медицинского страхования, а с другой - преобладающей тенденцией в мировой практике является переход от централизованного государственного контроля оказания медпомощи к здравоохранению на рыночной основе. Существенные недостатки выявлены во всех рассматриваемых моделях: в каждой из них есть категория граждан, не удовлетворенных системой здравоохранения и качеством получаемых медицинских услуг.

Заключение

Сегодня для эффективной организации здравоохранения как одного из приоритетных направлений развития региона необходим поиск новых сочетаний структурных элементов четырех базовых моделей организа-

ции здравоохранения - Бевериджа, Бисмарка, Семашко и рыночной модели, а также нужен поиск способов организации и регулирования системы здравоохранения, что является объектом дальнейших исследований.

¹ *Field M.G.* The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // *Social Science and Medicine*. 1980. Vol. 14a, № 5. Н. 401.

² *Фундаментальные основы политики здравоохранения / под ред. О.П. Щепина.* Москва, 1999.

³ *Фотаки М.* Сочетание общественного/государственного и частного в российской системе здравоохранения в свете международного опыта // *Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы) : сборник.* Москва, 1999.

⁴ *Дудник В.Ю.* Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2016. № 3, ч. 1. С. 60-64.

⁵ *Ковалев С.П.* Финансово-экономическая модель системы здравоохранения при переходе к цифровому государству : дис. ... д-ра экон. наук. Москва, 2018.

⁶ *Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В.* От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. Москва : Экономика, 2012. 286 с.

⁷ *Белицкая Е.Я. Н.А.* Семашко и пропаганда его идей в теории и практике советского здравоохранения. Ленинград : Ленингр. организация о-ва "Знание" РСФСР, 1978. 20 с.

Поступила в редакцию 06.02.2019 г.

ANALYSIS OF HEALTH CARE MODELS AS THE PRIORITY DIRECTIONS OF THE REGIONAL DEVELOPMENT

© 2019 G.F. Valeeva*

Health for each person is one of the most important vital needs. It is a universal value that has no geographical boundaries. Health care is one of the priority sectors of the regional development, as it is directly related to human life. The objectives of the industry are to provide affordable health care for the population, to preserve and improve the level of citizens' health. Accordingly, it is necessary to study health care models to develop an effective model of its functioning. Only a rationally built model can improve the quality and accessibility of health care, which ultimately will improve the quality of life of the population. In this regard, the purpose of the study is to analyze health care models as one of the priority directions of the regional development. The research methods are description, content analysis and comparison. The study analyzes four basic health care models: the state (Beveridge model), the market one, based on comprehensive health insurance (the Bismarck model), and the Semashko model. The Beveridge model is characterized by the exceptional role of the state in resolving issues of managing the health care system, and the market model, respectively, is characterized by the free market of medical services. The Bismarck model is a social insurance model, since it includes both the state and the market model. According to the Semashko system, the territorial principle of providing health care is proclaimed, the state is a single order of health care, and health care is financed only from the state budget. Today, for the effective functioning of the regional health system and the improvement of public health indicators, it is necessary to search for new combinations of structural elements of the considered models.

Keywords: health care system, public health, effective health care model, government health regulation, private medicine, quality of medical services, health insurance model, domestic medicine, improvement of the quality of life.

Highlights:

◆ health is one of the most important benefits for any person. Preservation and development of public health is a priority of the population and the state. In this regard, health care is one of the

* Gulnara F. Valeeva, a post-graduate student of Kazan (Volga) Federal University. E-mail: gulnaravaleeva93@yandex.ru.

- priority sectors in the regional development, whose tasks include ensuring the quality and availability of medical services for the population;
- ◆ the “classical” economic classification of health care models includes: 1) the state or Beveridge model; 2) the model based on comprehensive health insurance (Bismarck system); 3) the market (private) health care model. Also, the Soviet Semashko model of health care is considered as the basic and globally recognized model in the scientific community;
 - ◆ the model of health care in modern Russia has mixed structural features of four models listed above;
 - ◆ each model has its advantages and disadvantages: there is no universal health care system suitable for all countries. It is necessary to have a synergy of structural elements of four basic health care models in order to achieve a well-functioning health organization as one of the priority directions of the regional development, taking into account regional characteristics.

Received for publication on 06.02.2019