

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Существует пять основных моделей здравоохранения, принципиально отличающихся друг от друга:

- а) степенью вмешательства государства,
- б) формой собственности производителей медицинских услуг,
- в) степенью охвата населения программами государственной поддержки,
- г) источниками финансирования.

Ранжирование моделей здравоохранения с точки зрения исторической эволюции

- Национальные системы здравоохранения, полностью построенные на негосударственной (частной) основе
- Негосударственные национальные системы с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий населения
- Негосударственные национальные системы с государственным регулированием программ всеобщего обязательного медицинского страхования
- Национальные системы всеобщего государственного медико-социального страхования
- Национальные системы государственного здравоохранения.

Первые три модели можно отнести к негосударственным;

4 и 5 – к государственным системам здравоохранения.

Для реформирования здравоохранения РФ наибольший интерес, представляют: национальные системы всеобщего государственного медико-социального страхования и негосударственные системы с государственным регулированием программ всеобщего ОМС (3-4 модели).

Национальные системы здравоохранения, полностью построенные на негосударственной (частной) основе

К таким моделям относятся системы без существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан, основанные на простых законах потребительского рынка.

Объем медицинской деятельности формируется путем саморегуляции платежеспособного спроса и предложения.

В развитых странах мира такие системы существовали до конца 19 века. Производители медицинских услуг были представлены независимыми частными врачебными практиками.

Участие государства сводится к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в местах общественного пользования.

В настоящее время такие системы существуют только в ряде наименее развитых стран Азии и Африки.

Организация национальных систем здравоохранения на негосударственной основе с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан.

Второй этап развития здравоохранения связан с развитием сложных медицинских технологий, появлением частных больниц и госпиталей. Но покрытие затрат на лечение стало проблемой для большинства населения.

Начался процесс создания касс взаимопомощи, больничных касс, развитие частного страхового дела. Этот принцип страхования удобен для людей с низкими доходами.

Усиливаются роль государства в формировании правовой базы, вводятся элементы ОМС для отдельных категорий граждан (программы для неимущих и инвалидов в США – «Медикейд» и медицинской помощи пожилым старше 65 лет – «Медикэр»).

Вводится система государственного лицензирования частных производителей медицинских услуг.

Государственная поддержка при такой модели не носит всеобщего характера. Медицинское обслуживание основано на конкуренции и рыночной саморегуляции спроса и предложения.

Значительная часть населения не имеет гарантированной помощи.

Особенность системы - необоснованный объем затрат (13-18 % от ВВП), тенденция к потреблению медицинской помощи имущими слоями, отсутствие эффективных регуляторов цен и объемов медицинской деятельности.

В настоящее время подобные системы существуют в США, большинстве арабских, африканских и ряде латиноамериканских стран.

Медицинское обслуживание обеспечивается в форме добровольного, индивидуального страхования граждан на платной основе, затрачивая более 15 % средств из своего годового дохода.

Организация национальных систем здравоохранения на негосударственной основе с государственным регулированием программ всеобщего ОМС.

Более совершенная и современная модель всеобщего ОМС зародилась в конце 19 века в Германии (бисмарковская модель системы социального медицинского страхования).

Основная характеристика : государство через закон обязывает всех работодателей и самих граждан в обязательном порядке отчислять часть дохода на медицинскую страховку; производители медицинских услуг обеспечивают население медицинской помощью в рамках государственных обязательств (программы ОМС) при посредничестве страховых организаций.

Органы управления здравоохранением непосредственно не участвуют в медицинском обслуживании населения, но контролируют деятельность данной системы, выполняя функции экспертно-аналитических и арбитражных служб, занимаются санитарно-эпидемиологическим благополучием.

Внедрение общенациональных систем ОМС в большинстве развитых стран мира повысило эффективность здравоохранения и резко ограничило затраты.

По эффективности здравоохранение, основанное на принципах ОМС (8-12 % от ВВП) уступает только государственным системам.

Развита в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах.

Организация национальных систем здравоохранения на основе всеобщего государственного медико-социального страхования.

Система предложена в Англии лордом Бевериджем в 1948 г. (бевериджская модель национальной системы здравоохранения).

Характеристика данной модели: государство непосредственно координирует всю вертикаль взаимоотношений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению.

Данная система развита в Великобритании, Греции, Испании, Франции, Швеции, Финляндии, Норвегии, Италии, Португалии.

Государственные органы управления ответственны за сбор средств (налогов). Поступления от налогов составляют 90 % всего бюджета здравоохранения.

Имеется отраслевая налоговая инспекция и четкая система государственного заказа; осуществляется полное управление финансами; существуют государственный и муниципальный секторы – с государственным статусом производителя медицинских услуг.

Отсюда – конкретные программы по объемам, затратам и жесткие регуляторы этих объемов.

Все структуры объединены в две независимые вертикали «Заказчика» и «Исполнителя», участвующих в выполнении общей задачи.

Государственные органы управления координируют их работу.

Система государственного страхования является наиболее экономичной и рациональной моделью в организации медицинского обслуживания населения (6-9 % от ВВП).

Это модель 21 века для стран, где стремятся ограничить расходы, не потеряв в эффективности и качестве .

Государственное регулирование, детальное планирование расходов и услуг и прямое управление структурами «Заказчика» исключают возможность использования ряда рыночных принципов, характерных для негосударственных моделей.

В некоторых странах (Великобритания, Италия, Испания) бесплатная помощь оказывается только на основных этапах курса лечения. Условия ее предоставления существенно отличаются от условий частной медицины.

В этих странах, помимо системы медицинского обслуживания в пределах государственного страхования (ГМС), широко представлен приватный сектор и программы добровольного медицинского страхования (ДМС), использующие негосударственную лечебную базу.

В некоторых странах ДМС почти не развито (в Японии на мед.страхование отчисляется 8.4% от фонда заработной платы : 4,2 % - работодатель, 4,2 %- работник).

ДМС отсутствует в Канаде.

Организация национальных систем здравоохранения на основе монополярной государственной модели.

Монополярная государственная система здравоохранения, существовала в СССР и странах социалистического содружества в 20 веке.

Особенность организации данной системы:

- распорядительно-распределительный принцип управления, централизованный механизм формирования бюджета;
- организация материально-технического и лекарственного обеспечения на основе госзаказа и по фиксированным ценам;
- формирование и развитие лечебной сети в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате;
- отсутствие конкурентной среды и экономических стимулов в работе медперсонала.

Финансирование медицинской деятельности осуществлялось исключительно из госбюджета, причем бюджет не зависел от реальных налоговых поступлений, от конкретной территории, т.е. существовала система единого заказчика медицинской помощи в лице государства.

Исходя из этого, система управления здравоохранением не требовала отдельной независимой структуры заказчика, отвечающего за сбор средств и интересы населения на каждой территории.

Фактически данная система была представлена только вертикалью исполнителя, включающей федеральный (Минздрав), территориальный (областные, краевые), местные органы управления и учреждения здравоохранения.

**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ**