

УДК 614.2

ВАСКЕС АБАНТО Х.Э.

Отделение неотложной медицинской помощи Оболонского района г. Киева

Коммунальное некоммерческое предприятие (Центр первичной медико-санитарной помощи № 2) № 3

ВАСКЕС АБАНТО А.Э.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Отделение интенсивной терапии новорожденных Киевского городского центра репродуктивной и перинатальной медицины № 4

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ВОПРОСЫ ЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Резюме. Данные сравнительного анализа здоровья населения, эффективности и доступности медицинской помощи и уровня финансирования здравоохранения показывают, что не только объем финансирования влияет на уровень здоровья населения, но и то, как распределяются финансы в системе здравоохранения, насколько эффективно они используются [8]. В статье делается краткий анализ финансирования разных систем здравоохранения, в том числе с точки зрения Всемирной организации здравоохранения.

Ключевые слова: медицина, система здравоохранения, здоровье населения, Всемирная организация здравоохранения, реформирование здравоохранения, финансирование здравоохранения.

Динамика демографической и эпидемиологической ситуации вызывает изменение характера опасностей, угрожающих здоровью населения, на которые нужно реагировать. Политическое и экономическое развитие в стране, а также социально-культурные особенности населения определяют степень и способ борьбы с этими опасностями [6].

Вокруг моделей финансирования здравоохранения (ФЗ) ведется множество споров. Опыт разных стран показывает, что удачи и провалы бывают при любом типе финансирования. Очевидным фактом является то, что нерегулируемое частное страхование — плохой способ обеспечения всего населения всеми видами медицинской помощи. Большое значение для выбора подходящей модели финансирования имеют также конкретные исторические традиции данного государства, особенности политического строя и законодательной основы, а также обслуживаемого контингента населения [4].

Проблемы, связанные с распределением денег, как правило, сильно отличаются в бедных и богатых странах. В менее развитых странах ФЗ в основном направлено на развитие служб первичного звена, а в экономически развитых странах акцент делается на внедрении новых медицинских технологий, совершенствовании административно-управленческих механизмов и удорожании медицинской помощи. Поэтому проблемы финансирования системы здравоохранения (СЗ) не теряют своей актуальности и для тех, и для других [8, с. 17-42].

Основное воздействие на процесс расстановки приоритетов при ФЗ оказывают правительственные органы (политическая воля, борьба с коррупцией, со-

вершенствование законодательства), производители медицинских услуг (ЛПУ и медики), общественность (население, пациенты), а также данные статистических исследований о медико-санитарных потребностях, стоимости и эффективности имеющихся медицинских услуг (консультаций, вмешательств и процедур), коэффициенте «затрата — выгода» (рис. 1) [15].

В настоящее время в ряде стран Европейского региона, таких как Италия, Греция, Испания и Великобритания, государственная СЗ успешно комбинируется с общественной, при этом для финансирования медицинского обслуживания используются также и средства добровольного медицинского страхования (МС). Согласно опыту большинства европейских стран наиболее эффективный путь увеличения финансирования — это переход от государственной системы ФЗ к модели обязательного социального МС [16, 17].

В странах, признанных ВОЗ лучшими по эффективности и доступности медицинской помощи, обязательным социальным МС охвачено около 80 % населения.

Преимуществами бюджетно-страхового ФЗ является то, что страховые взносы имеют целевой характер и защищены от политических манипуляций. Размер этих взносов не зависит от риска заболевания, объем медицинских услуг является универсальным для всех застрахованных, не зависит от размера взноса и определяется лишь потребностями конкретного че-

© Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э., 2014

© «Медицина неотложных состояний», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

ловека. Взносы осуществляются из бюджета, а также за счет работающих и работодателей. Работодателям не только важны здоровые и эффективно работающие сотрудники, они, следуя западным стандартам, надеются удержать с помощью пакета социальных услуг наиболее ценных сотрудников. Страховые отчисления являются налогом на облагаемыми расходами.

Спрос на услуги СЗ в количественном и качественном отношении меняется в зависимости от финансовой политики, технического прогресса и ожидания потребителей [3]. Поэтому важно рассмотреть СЗ с учетом особенностей ее финансирования [8, с. 42-67].

По признаку финансирования на сегодняшний день в мире сложились три основные формы СЗ: преимущественно частная, бюджетная (государственная) и страховая. Есть также и смешанные варианты [3, 6].

Частное ФЗ, осуществляемое из средств отдельных лиц или группы основателей-акционеров, регулируется соответствующим законодательством. Многие развитые страны стараются не допустить или существенно ограничить непосредственную оплату медицинской помощи пациентами [11, 13].

На фоне имеющегося частного медицинского страхования в стране расходы на медицину США в настоящее время занимают первое место в мире — как в абсолютных цифрах (2,26 триллиона долларов, или 7439 долларов на одного человека), так и в процентах к ВВП (16 %). Причем, согласно прогнозам, к 2015 г. расходы вырастут до 4 триллионов долларов, или 12 000 долларов на каждого жителя [12].

Бюджетные схемы финансируются прежде всего из общих налоговых отчислений в государственный бюджет и охватывают все слои населения. Такие модели получили развитие в Канаде, Великобритании, Швеции, Италии, Германии. Из бюджета Швеции покрывается 91 % затрат на здравоохранение, Италии — 87 %, Канады — 76 %, Германии — 78 %, Великобритании — 86 % [7].

Страховая СЗ получила наибольшее развитие в Германии, Франции, Австрии, Японии, Бельгии, Канаде. Финансирование за счет страховых взносов обе-

спечивает более весомые позиции здравоохранения в системе общественных приоритетов. Децентрализованный характер финансирования (не национальные фонды, а денежные доходы и накопления самих предприятий и населения) создает объективные экономические предпосылки для улучшения здоровья работника, которому удобно не болеть, чтобы получить сэкономленные средства в виде разных льгот [9].

Различают либеральную и социально ориентированную модели МС. Для либеральной характерно доминирование частной собственности в здравоохранении, так как работающий человек полностью оплачивает медпомощь своей семье, а государственную защиту получают лишь социально незащищенные. Социально ориентированная модель характеризуется весомым влиянием государства на стоимость медицинских услуг, правила страхования, обеспечение гарантий определенного уровня медпомощи для всех граждан. Например, большинство жителей Германии получают страховку по болезни благодаря членству в одном из уставных фондов страхования (всего их 1241), которые созданы по географическим или профессиональным принципам. Ставка составляет 13,4 % от фонда оплаты труда предприятий и организаций страховщиков.

Объем и качество медицинской помощи (КМП) находятся в зависимости от происходящих в стране социально-экономических изменений [1]. Потому важно, чтобы эти процессы развивались и совершенствовались наряду с особенностями самих стран и собственными потенциальными возможностями, что закономерно скажется на улучшении здоровья населения.

Каждая из 3 вышеперечисленных СЗ имеет преимущества и недостатки, общими из которых являются: дороговизна, конкуренция, пренебрежительное отношение к больным, относящимся к группе повышенного риска и требующим длительного пребывания в больнице, низкий охват медицинской помощью неимущего населения, ограниченность материальных стимулов для клинической эффектив-



Рисунок 1. Факторы, влияющие на процесс расстановки приоритетов финансирования здравоохранения

ности, судебные тяжбы по поводу КМП, недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике или, наоборот, чрезмерная и необоснованно раздутая медицинская помощь (в США и других странах вызовов на дом врача или бригады медицинской неотложной помощи не существует, они возможны только в частном порядке), высокие административные расходы, особенно в ведении бухгалтерского учета, и многие другие неотъемлемые характеристики страхового (обязательного, добровольного, регулируемого), частного и бюджетного (государственного) здравоохранения. Для незастрахованного человека вызов скорой помощи или посещение травмпункта способны обернуться серьезными финансовыми проблемами. Формально во многих странах люди имеют равный доступ к экстренной медицинской помощи, и доктора не должны спрашивать наличие страховки у прибывших пациентов. Однако незастрахованные больные попадают к врачу гораздо позже; необходимую помощь им приходится долго ожидать в коридорах больницы [10].

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2009 год отмечается, что, несмотря на возрастающие финансовые трудности, в последние 10–15 лет (к дате публикации доклада) большинство правительств в Европейском регионе повышают уровень своих обязательств в отношении финансирования СЗ (рис. 2).

В большинстве стран было зафиксировано возрастание уровня государственных расходов на нужды

здравоохранения в процентах от внутреннего валового продукта.

По мнению ВОЗ, стратегическое управление СЗ (рис. 3) должно осуществляться с целью укрепления политики улучшения здоровья населения, которое «характеризуется выраженной заботой о состоянии здоровья и справедливости во всех направлениях политики, а также подотчетностью по отношению к конечным результатам и мерам здравоохранения» [7].

В 2010 году в своем докладе о состоянии здравоохранения в мире ВОЗ пришла к заключению, что около 20–40 % глобальных расходов на здравоохранение оказываются напрасными [2]. В этом докладе перечислены компоненты образцовой системы ФЗ. Страна находится на правильном пути, если правительство делает следующее:

- демонстрирует политическую волю к развитию системы финансирования здравоохранения, приближается к всеобщему охвату или поддерживает его и вовлекает в этот процесс все заинтересованные стороны, включая население;

- ассигнует достаточные финансовые средства на здравоохранение, которые варьируются в зависимости от контекста. В среднем в Африке их доля незначительно превышает 10 %. Средняя доля общих государственных расходов на здравоохранение в Европе составляет почти 13 %;

- исследует новые источники дохода, такие как разные формы косвенного налогообложения, включая налоги на продажи, так называемые налоги «на

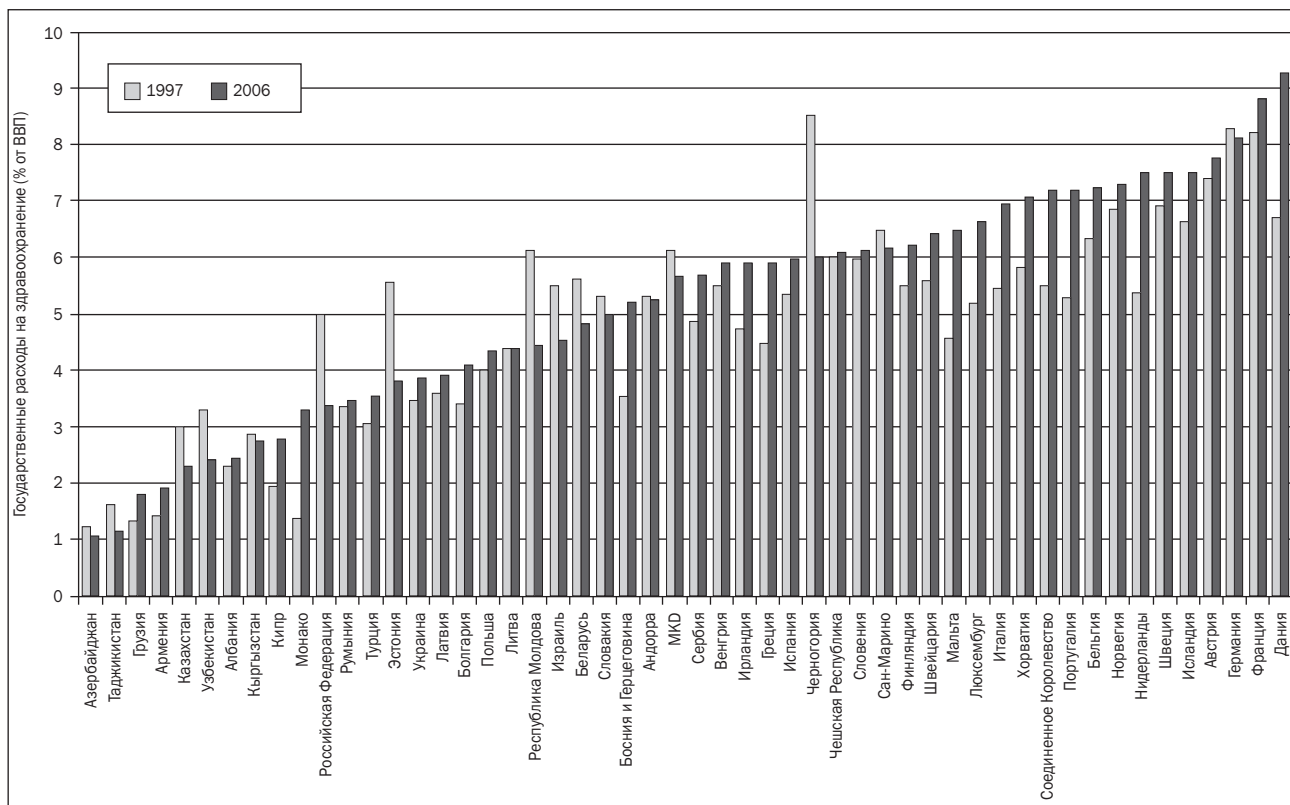


Рисунок 2. Государственные расходы на нужды здравоохранения в процентах от ВВП, Европейский регион ВОЗ, 1997 и 2006 гг. [7]

Примечания: MKD – Международная организация по стандартизации (ISO) для бывшей югославской республики Македонии; данные по Туркменистану отсутствуют.

пороки» (табак и алкоголь) и налоги на валютные операции;

- устанавливает (или установило) такую систему, при которой люди платят за здравоохранение до того, как заболевают, и расходуют финансовые средства, когда заболевают (с помощью медицинского страхования и/или налогообложения);

- стремится к получению наибольшей отдачи от каждого доллара, потраченного на здравоохранение;

- обеспечивает доступ к необходимым службам для уязвимых групп населения.

А как обстоит ситуация с финансированием в Украине?

Официально всем гражданам Украины гарантировано конституционное право на бесплатное медицинское обслуживание, тем не менее повсеместно взимается плата с пациентов (рис. 4) [14].

Правительство пытается ввести ограниченный набор бесплатных медицинских услуг, но на практике решение вопроса, какие услуги должны финансироваться из бюджета, а какие население будет оплачивать за собственный счет, фактически отдано на усмотрение конкретных медицинских учреждений. Такой подход лишает систему прозрачности и, соответственно, способствует росту неформальных платежей за медицинские услуги.

В этом же документе обращаем внимание на некоторые высказывания экспертов ВОЗ по вопросам ФЗ в Украине (по состоянию на 2010 г.):

- Главным источником финансирования являются бюджеты, формируемые за счет прямых и косвенных налогов, и в этом смысле систему финансирования здравоохранения можно в принципе считать прогрессивной. Однако прогрессивный характер финансирования из бюджетных источников нивелирует-

ся значительным объемом теневого сектора экономики, который составляет до 26 % ВВП, особенно в связи с сокрытием высокооплачиваемыми гражданами своих доходов от налогообложения.

- Еще больше усугубляют проблему вертикального неравенства прямые платежи населения за медицинские услуги... Пациенты оплачивают за собственный счет значительную часть услуг. Большинство населения полностью оплачивает лекарства для амбулаторного и стационарного лечения... Идет хаотичный и неконтролируемый рост личных расходов граждан на медицинскую помощь...

- Государственные гарантии бесплатного медицинского обслуживания граждан страны носят декларативный характер и не подкреплены надлежащим финансовым обеспечением.

- У медицинских учреждений и у работников здравоохранения отсутствует заинтересованность в повышении КМП, более рациональном использовании средств и принятии на себя ответственности за состояние здоровья населения... Поскольку конкуренция между поставщиками медицинских услуг практически отсутствует, у руководства также нет заинтересованности в организации действенной системы контроля качества и в поиске путей уменьшения стоимости услуг здравоохранения.

- Проанализировав причины провала реформ здравоохранения, правительство пришло к выводу, что для обеспечения равного и справедливого доступа населения к медицинской помощи, достижения большей эффективности СЗ и повышения влияния ее деятельности на состояние здоровья населения необходимы реформы тех организаций, которые выполняли функции финансирования отрасли, т.е. следует заменить всю советскую систему Семашко на такую модель, которая соответствовала бы новым социально-экономическим условиям.

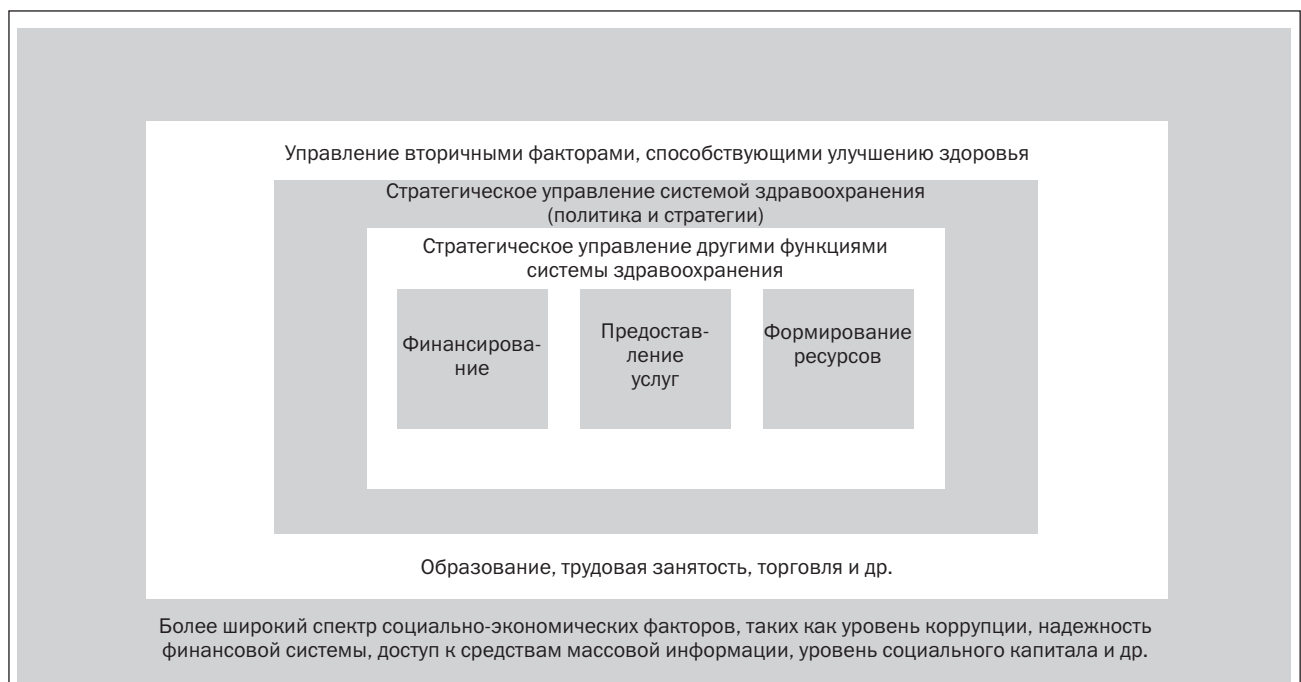


Рисунок 3. Стратегическое управление в отношении различных факторов, влияющих на здоровье

Вопрос нахождения модели финансового обеспечения, которая гарантировала бы экономическую стабильность в сфере здравоохранения, остается актуальным. Бюджеты в каждой стране разные, а государства с относительно небольшими доходами тратят на нуж-

ды здравоохранения не менее 2,5 % ВВП. В 2012 году этот показатель в Украине составлял 3,8 % [8].

В целом на финансирование медицины в Украине в 2013 году выделено около 4,5 % от ВВП страны. В абсолютном выражении речь идет о сумме около

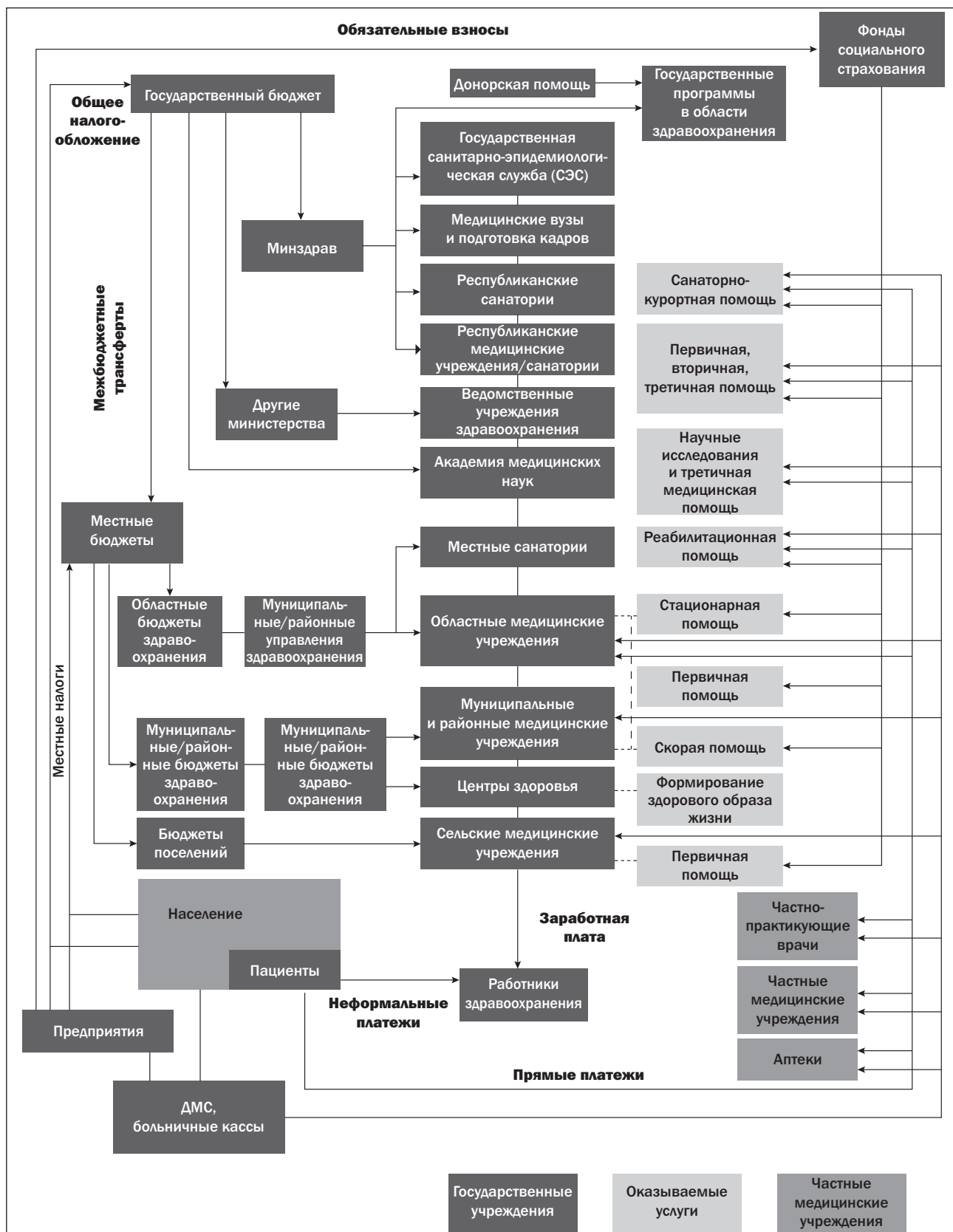


Рисунок 4. Схема финансирования системы здравоохранения в Украине

40 миллиардов гривен. При этом 85 % этого бюджета пойдет на оплату труда медицинского персонала, а 15 % — на закупку медикаментов, обслуживание и модернизацию технической базы. Считается, что 4,5 % от ВВП — самый высокий уровень финансирования медицинской отрасли в Украине за годы постсоветского периода. Для справки: на сегодняшний день ВОЗ рекомендует странам выделять на нужды здравоохранения не менее 5 % от ВВП.

Здравоохранение Украины на 98 % финансируется за счет государственных затрат. Возможно, поэтому отечественного бюджета на здравоохранение, по существу, недостаточно для оптимальной поддержки существующей инфраструктуры. Более того, экономика Украины ориентирована на рынок в течение длительного времени (21 год), но здравоохранение, как и требования со стороны населения, остается на сегодня в основном в советском правовом поле [5, с. 108-112].

Авторы подчеркивают, что все материалы от их имени (в т.ч. изложенные за пределами данной статьи) являются исключительно личным мнением и результатом собственных рассуждений, наблюдений и опыта, и ни в коем случае не претендуют на то, чтобы читатели обязательно их разделяли. Указание места работы авторов является всего лишь справочной информацией о месте основной занятости.

Список литературы

1. Акимова И.М. Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения // Зеркало недели. — 4 февраля 2011. — № 4.
2. Алексеев В.А. Борисов К.Н. Шурандина И.С. Всемирная организация здравоохранения о действующих системах национального здравоохранения. Руководителю ЛПУ // Международное здравоохранение. — 2011. — Т. 2 (1).

3. Васкес Абанто Х.Э. Какую систему здравоохранения выберет Украина? // World of Medicine and Biology / Мир медицины и биологии. — 2013. — 4 (41) — С. 99-104.

4. Васкес Абанто Х.Э. Медицина и закон в Украине // Медицинская фармацевтическая наука: анализ сучасності та прогноз майбутнього. Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції. — Дніпропетровськ, 1–2 листопада 2013 р. — С. 6-12.

5. Васкес Абанто Х.Э. Реформа здравоохранения в Украине глазами практического врача // Медицинская наука та медицинская практика в Україні: проблеми розвитку та взаємодії. Збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції. — Одеса, 8–9 листопада 2013 р. — С. 108-112.

6. Васкес Э., Кресный Д. Медико-социальные аспекты здоровья населения. — К.: Изд-во Европ. ун-та, 2003. — 490 с.

7. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе, 2009.

8. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе. Курс на благополучие, 2012.

9. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2006.

10. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2008.

11. Кимбол А.М. Система здравоохранения США: сравнительное исследование // Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы: Сб. науч. тр. / Под ред. М.В. Удальцовой, М. Ричардсон. — Новосибирск: НГАЭиУ, 2007. — С. 50-64.

12. Кицул И.С. Современное состояние здравоохранения США: взгляд американских ученых (научный обзор) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2009. — № 6. — С. 31-33.

13. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России. — М., 2008.

14. Обзор ВОЗ системы здравоохранения: Системы здравоохранения: время перемен. Украина. — 2010 — С. 36, 197-198, 209-212.

15. Разработка новой европейской политики здравоохранения — Здоровье-2020 от 18 февраля 2011. — ЕРБ ВОЗ, 2011.

16. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008.

17. First Regional Followup Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February 2009. — Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1, accessed 27 May 2009).

Получено 15.02.14 ■

Васкес Абанто Х.Е.

Відділення невідкладної медичної допомоги Оболонського району м. Києва

Комунальне некомерційне підприємство (Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2) № 3

Васкес Абанто А.Е.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Відділення інтенсивної терапії новонароджених Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини № 4

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА ПИТАННЯ ЙОГО ФІНАНСУВАННЯ

Резюме. Дані порівняльного аналізу здоров'я населення, ефективності та доступності медичної допомоги та рівня фінансування охорони здоров'я показують, що не тільки обсяг фінансування впливає на рівень здоров'я населення, але і те, як розподіляються фінанси в системі охорони здоров'я, наскільки ефективно вони використовуються. У статті робиться короткий аналіз фінансування різних систем охорони здоров'я, у тому числі з точки зору Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Ключові слова: медицина, система охорони здоров'я, здоров'я населення, Всесвітня організація охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я.

Vasquez Abanto J.E.

Emergency Department of Obolon District of Kyiv
Public Non-Profit Enterprise (Center for Primary Healthcare № 2) № 3

Vasquez Abanto A.E.

National Medical University named after O.O. Bogomolets
Neonatal Intensive Care Unit of the Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine № 4, Kyiv, Ukraine

HEALTH CARE AND QUESTIONS OF FINANCING

Summary. The data of comparative analysis of population health, efficiency and accessibility of medical aid and health care financing show that not only the amount of financing affects the level of public health, but also how the finances allocated to the health care system, how effectively they are used [8]. The article is a brief analysis of the financing of various health care systems, including in terms of the World Health Organization.

Key words: medicine, health care system, public health, World Health Organization, health care reform, health care financing.